USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

MCHIP
Maternal and Child Health Integrated Program

Fournir les Services de DIU du Postpartum

Manuel de Référence

Juillet 2013

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

MCHIP
Maternal and Child Health Integrated Program

Fournir les Services de DIU du Postpartum

Manuel de Référence

Juillet 2013

ACCESS-FP est une subvention secondaire entrant dans le cadre du Programme ACCESS, Accord de Coopération associé #GPO-A-00-05-00025-00, Accord de Coopération principal de référence #GHS-A-00-04-00002-00. ACCESS-FP met l'accent sur la satisfaction des besoins des femmes en planification familiale et en santé de la reproduction pendant la période postpartum. Des interventions sont conçues dans le but de compléter celles du Programme ACCESS dans la promotion et le passage à l'échelle de la planification familiale du postpartum à travers des interventions communautaires et cliniques. ACCESS-FP vise à repositionner la planification familiale grâce à l'intégration avec des programmes de santé maternelle, néonatals et infantile, y compris la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Pour de plus amples informations sur ACCESS-FP, veuillez prendre contact avec Catharine McKaig, Directrice du Programme ACCESS-FP à l'adresse suivante : cmckaig@jhpiego.net.

Jhpiego est une organisation internationale de santé à but non lucratif affiliée à l'Université Johns Hopkins. Depuis près de 40 ans, Jhpiego a renforcé les capacités des agents de santé de première ligne en concevant et en mettant en œuvre des solutions efficaces, de faible coût et pragmatiques afin de renforcer l'offre de services de soins de santé au profit des femmes et de leurs familles. En appliquant des innovations sanitaires basées sur des preuves à la pratique quotidienne, Jhpiego travaille à aplanir les obstacles à l'offre de soins de santé de qualité au profit des populations les plus vulnérables du monde.

Publié par :
Jhpiego
Brown's Wharf
1615 Thames Street
Baltimore, Maryland 21231-3492, USA
www.jhpiego.org

Droit d'auteur et d'utilisation de l'information
Jhpiego a le plaisir de rendre ce matériel disponible à des fins de santé publique, pour qu'il soit utilisé pour le renforcement des capacités des cliniciens et des conseillers en santé pour la prestation de services de DIUPP dans le cadre des programmes de planification familiale. Jhpiego encourage l'usage de ce matériel à ces fins. Le matériel ne peut être modifié ou adapté en aucune manière, ne peut pas être utilisé, reproduit, distribué, affiché ou exploité à des fins commerciales, pour profit ou but monétaire. Si vous téléchargez plusieurs copies ou partagez les fichiers, veuillez aviser Jhpiego à info@jhpiego.net. Le contenu du manuel de référence Services du DIUPP (*Postpartum Intrauterine Contraceptive Device (PPIUD) Services)*, guides, matériel de présentation et la documentation connexe est protégé par les lois américaines et internationale des droits d'auteurs. Toute publication ou distribution des documents électroniques ou sur papier pour les fins autorisées, doit inclure l'avis du droit d'auteur et la reconnaissance de Jhpiego pour la source du matériel. Les utilisateurs ne peuvent falsifier ou supprimer des informations relatives au droit d'auteur, comme le titre du matériel, les attributions d'auteur, les droits d'auteurs, les désignations de propriété, les marques déposées, ou autre information d'identification et le matériel contenu dans un fichier qui est téléchargé.

Droit d'auteur © 2010 détenus par Jhpiego. Tous droits réservés.

Auteurs :	Jeffrey M. Smith, Barbara Deller, Chandrakant Ruparelia, Rashmi Asif et Susan Tredwell,
Editeur :	Rebecca C. Fowler
Assistance en matière de rédaction :	Sheetal Khadka, Dana Lewison, Chris Merriman et Stephanie Suhowatsky
Graphique :	Youngae Kim
Micro-édition :	Renata Kepner
Illustrations :	Raju Babu Shakya, Népal (graphiques originaux) et ZMQ Software Systems, Inde (versions électroniques)

Photos par le personnel de Jhpiego.

ISBN 0-929817-95-8

MARQUE DEPOSEE : Tous les noms de marque et de produit sont des marques déposées ou des noms déposés de leurs sociétés respectives.

Révisé en juillet 2013

FOURNIR LES SERVICES DE DIUPP

Manuel de Référence

ABREVIATIONS ET ACRONYMES vi
REMERCIEMENTS vii
PREFACE viii
1. INTRODUCTION 1
2. BESOINS EN PLANIFICATION FAMILIALE DU POSTPARTUM 3
Contexte 3
Définitions 3
Les composantes d'une Planification et d'un Espacement Idéal des Grossesses pour la Sante (PEIGS) 3
Principaux résultats de recherche sur les risques liés aux grossesses rapprochées 4
Besoins non couverts en PFPP 5
Facteurs contribuant a un espacement court de naissances 6
Retour à la fertilité 6
Reprise de l'activité sexuelle 6
Allaitement maternel et MAMA 7
Implications pour la programmation de la planification familiale 7
Problèmes de counseling et PEIGS 8
Principaux messages sur la PEIGS pendant le counseling sur la planification familiale 8
3. LE DIU POSTPARTUM : VUE D'ENSEMBLE 10
Contexte 10
Qu'est-ce que les DIU ? 11
Types de DIU 11
Mécanisme d'action 11
Durée d'action du DIU 11
Efficacité du DIU 12
Effets secondaires du DIUPP 12
Moment d'insertion du DIUPP 13
Differences et caractéristiques clés du DIUPP 13
Avantages de l'insertion du DIUPP 13
Limitations du DIUPP 14
Risques sanitaires potentiels & effets indésirables associés au DIUPP 15
Approche de santé publique face à la question d'expulsion spontanée 16

4. SERVICES DE DIUPP DANS LE CADRE DES SOINS INTRAPARTUM ET POSTPARTUM 17
Contexte 17
Modifications de l'utérus 17
Implications pour l'insertion du DIUPP 17
Modifications du col de l'uterus 18
Implications pour l'insertion du DIUPP 19
Insertion du DIUPP et gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) 19
Les éléments clés des services DIUPP 20
Les scénarios des services DIUPP 21
5. LE COUNSELING ET L'EVALUATION INITIALE DES UTILISATRICES POTENTIELLES DU DIUPP ... 24
Contexte 24
Counseling pour le DIUPP 25
A quel moment doit-on faire le counseling sur le DIUPP ? 25
Counseling prénatal 26
A quel autre moment peut-on conseiller des femmes sur l'insertion du DIUPP ? 28
Counseling post insertion 29
Evaluation de la cliente 29
Première évaluation 29
Critères d'éligibilité médicale 30
6. PRATIQUES DE PREVENTION DES INFECTIONS ET LE DIUPP 31
Contexte 31
Objectifs principaux de la prévention des infections pendant l'insertion du DIUPP 31
Questions de prévention des infections dans le contexte intrapartum et postpartum 31
Rôle de la prophylaxie antibiotique 31
Procédés de base de prévention des infections et le DIUPP 32
Procédures spécifiques de prévention des infections concernant l'insertion du DIUPP 33
Cadre convenable 33
7. PROCEDURE D'INSERTION DU DIUPP 37
Contexte 37
Première confirmation/ préparation de l'utilisatrice potentielle du DIUPP 37
Deuxième évaluation 38
Qui doit faire l'insertion et quand doit-on la faire ? 39
Après la seconde evaluation 39
Types d'insertion 40
Importance d'utiliser une technique d'insertion appropriée 41
Considérations en vue de réduire les expulsions spontanées du DIU 41
Instruments et matériels destinés à l'insertion du DIUPP 43
Prévention des infections pendant l'insertion du DIUPP 43
Techniques d'insertion du DIU 43
Insertion post placentaire du DIU à l'aide d'une pince 43
Insertion dans le postpartum immédiat du DIU 51
Insertion per césarienne du DIU 51
Soins post insertion immédiats et counseling 52

8. SOINS DE SUIVI ET GESTION DES PROBLEMES POTENTIELS CONSECUTIFS A L'INSERTION DU DIUPP 54
Contexte 54
Objectifs principaux des soins de suivi des clientes du DIUPP 54
Visite routinière de suivi postpartum 54
Identification et gestion des effets secondaires communs et problèmes potentiels 55
Quelques principes généraux de prise en charge 56
Prévenir les problèmes liés à l'insertion du DIUPP 56
Identification et gestion des problèmes courants rencontrés pendant ou immédiatement après une insertion 56
Autres effets secondaires et problèmes courants rencontrés après l'insertion du DIUPP 58
9. SERVICES CLINIQUES LIES AU DIUPP 64
Contexte 64
Critères minimum de fourniture des services liés au DIUPP 64
Critères de prestation de services 65
Utiliser les standards de performance pour les services de DIUPP 65
Enregistrement des données 67
ANNEXE A : AIDE-MEMOIRE POUR LE COUNSELING DE LA PFPP 68
ANNEXE B : CRITERES D'ELIGIBILITE MEDICALE POUR L'UTILISATION DU DIU/ DIUPP 70
ANNEXE C : AIDE-MEMOIRE POUR LA SECONDE EVALUATION DE LA CLIENTE POUR LE DIUPP 72
ANNEXE D : STANDARDS DE PERFORMANCE POUR LE DIUPP 73
Standards de performance pour les services de qualité en planification familiale (PF) 73
Ministère de la santé et de l'hygiène publique 73
République de Guinée 73
ANNEXE E : EXEMPLE D'UNE FICHE DE COLLECTE DE DONNEES POUR LES SERVICES DE DIUPP 77
REFERENCES 78
DIX POINTS CLES CONCERNANT LES SERVICES DE PFPP/ DIUPP 80

Abréviations et acronymes

ARV	Anti rétroviral
BCF	Battement du cœur fœtal
CEM	Critères d'Eligibilité Médicale
CPN	Consultation prénatale
DHN	Désinfection à haut niveau
DIU	Dispositif intra utérin
DIUPP	Dispositif intra utérin du postpartum
EDS	Enquête Démographique et de Santé
GATPA	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
IST	Infections sexuellement transmissibles
NFS	Numération de la formule sanguine
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MIP	Maladie Inflammatoire Pelvienne
OMS/ WHO	Organisation Mondiale de la Santé
PEIGS	Planification et Espacement Idéal des Grossesses pour la Santé
PF	Planification Familiale
PFPP	Planification familiale du postpartum
PI	Prévention des infections
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SMI/ PF	Santé Maternelle et Infantile/ Planification Familiale
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
UNFPA	Fonds des Nations Unies en matière de Population
USAID	United States Agency for International Development
UNICEF	Fonds de Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Remerciements

Les contributeurs tiennent à remercier les personnes et organisations suivantes pour leurs contributions et commentaires sur le manuel initial produit pour une utilisation en Inde, ainsi que pour leur leadership et leur vision dans la mise en œuvre du programme de DIUPP en Inde—qui ont contribué à former la base solide de ce matériel global :

- Loveleen Johri et Monique Mosolf, U.S. Agency for International Development (USAID)/ Inde ;
- MK Sinha et Rinku Srivastava, State Innovations in Family Planning Services Agency (SIFPSA) ;
- Vinita Das et Anju Agarwal, Queen Mary's Hospital, Chhatrapati Shahuji Maharaj Medical University (CSMMU)/ Lucknow ;
- Sudha Salhan, Suneeta Singal, Safdarjang Hospital, Delhi, et Shashi Khare de NSCB Medical College, Jabalpur ;
- Kiran Ambwani, Sushma Dureja, Jayalal Mohan et Amrita Kansal, Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW), Nouvelle Delhi ; et
- Somesh Kumar, Bulbul Sood et toute l'équipe de Jhpiego en Inde.

Nous aimerions remercier également Vicente Bataglia de l'hôpital national d'Asunción, au Paraguay, pour ses conseils techniques et pour les révisions du matériel de l'Inde ; Ricky Lu, Directeur de la Santé reproductive et de la Planification familiale de Jhpiego, Baltimore, pour l'examen du matériel pour l'Inde et du matériel global ; Yolande Hyjazi, Directrice sur le terrain de Jhpiego en Guinée ; Tsigue Pleah, Conseillère Technique Senior de Jhpiego, Baltimore ; Jeff Spieler—Conseiller Technique Senior, Science et Technologie, Bureau de la Population et de la Santé Reproductive, USAID, Washington D.C.—pour la révision technique du manuel de référence global ; et Linda Benamor pour son assistance à la traduction.

Le financement du guide d'apprentissage *Services Contraceptifs du Dispositif Intra-utérin du Postpartum (DIUPP)* a été rendu possible grâce au soutien apporté par Service Delivery Improvement Division, Office of Population and Reproductive Health, Bureau for Global Health, U.S. Agency for International Development (Division Amélioration des services, Bureau de la population et de la santé reproductive, Agence des Etats-Unis pour le développement international), par le biais de ACCESS-FP, et MCHIP dans le cadre de l'Accord de Coopération #GPO-A-00-05-00025-00, et de l'Accord de Coopération Leader with Associates #GHS-A-00-04-00002-00. Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'Agence Américaine pour le développement international.

Veuillez noter que ce manuel de référence global et les documents connexes ont été adaptés à partir du guide d'apprentissage *Providing Postpartum IUCD Clinical Services* learning resource package (pour son utilisation en Inde ; Jhpiego Corporation 2010)—également financé par l'Agence américaine pour le développement international (U.S. Agency for International Development) par l'intermédiaire d'ACCESS-PF, produit en collaboration avec MOHFW, gouvernement de l'Inde ; National Rural Health Mission (Mission nationale sur la santé en milieu rural), MOHFW, gouvernement de l'Uttar Pradesh ; SIFPSA ; et CSMMU.

La vidéo présentée dans ce paquet, « *Immediate Postpartum IUCD Insertion : Computer Simulation to Train Doctors and Paramedical Staff to Develop Skills in Postpartum, IUCD Insertion Technique* », (*Insertion du DIUPP*, simulation par ordinateur pour former les médecins et le personnel paramédical afin de développer des compétences en techniques d'insertion en DIUPP) a été développée par ZMQ Software Systems, Inde (www.zmqsoft.com); son contenu est fourni par Jhpiego grâce au financement détaillé plus haut pour le matériel de l'Inde.

Préface

La planification familiale en postpartum (PFPP) sauve des vies. La planification familiale est une intervention clé dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle, néonatale et infantile, en prévenant des grossesses non désirées et des naissances trop rapprochées. La période du postpartum représente une fenêtre critique pour recevoir des services de planification familiale, car beaucoup de femmes auront accès aux services de santé pendant la grossesse et l'accouchement—pendant lesquels elles peuvent être introduites et liées aux services de PFPP. En outre, au cours de la période du postpartum, de nombreuses femmes :

- Ne sont pas conscientes du risque de grossesse ;
- Veulent soit espacer soit limiter des naissances futures et souhaitent utiliser la contraception ; et
- Ne sont sans doute pas susceptibles d'accéder autrement à la planification familiale, ou aux services de postpartum, parce qu'elles sont occupées et ont tendance à mettre les besoins de leur famille avant les leurs.

Le dispositif intra utérin du postpartum (DIUPP)—inséré immédiatement après la délivrance du placenta ou jusqu'à 48 heures après la naissance—est un bon choix pour les femmes en postpartum qui allaitent, ainsi que pour celles qui n'allaitent pas. Comme le DIUPP est inséré immédiatement après la naissance, il est *préférable* de fournir un counseling aux femmes pendant la période prénatale, si possible—bien avant le travail et l'accouchement. Avec le DIUPP, la femme peut quitter le centre de santé avec une méthode de contraception sûre, extrêmement efficace, de longue durée, et réversible, déjà en place. Le DIU la protégera contre la grossesse pendant 12 ans (Copper T 380A), mais il peut être retiré à n'importe quel moment, pour n'importe quelle raison, avec un retour immédiat à la fertilité.

Conformément avec notre objectif—répondre aux besoins importants non satisfaits de planification familiale chez les femmes en postpartum, ACCESS-FP est fier de présenter ce paquet global de ressources d'apprentissage *Services Contraceptifs du Dispositif Intra-utérin du Postpartum*. Ce matériel, entre les mains de formateurs et d'apprenants capables, servira à préparer les prestataires de services à fournir des services de DIUPP complets, de haute qualité, et élargir l'éventail d'options en planification familiale disponibles pour les femmes en postpartum. L'insertion du DIUPP requiert des compétences différentes de celles de l'insertion d'intervalle, mais ces compétences peuvent être acquises par des prestataires de services expérimentés, et par les prestataires de santé maternelle, néonatale et infantile ou de planification familiale qui n'ont pas d'expérience de cette méthode.

Nous espérons que les prestataires dans le monde entier saisiront cette chance extraordinaire—que représente la PFPP et le DIUPP—de sauver des vies et améliorer de nombreuses vies, en :

- Prenant le temps d'éduquer et de conseiller les femmes sur le DIUPP, parmi d'autres méthodes qui s'offrent à elles ; et
- Passant quelques minutes—en particulier pendant la période du postpartum immédiat—pour fournir le DIU aux femmes en postpartum qui choisissent cette méthode.

Pour les prestataires et les établissements visant à établir ou renforcer considérablement les programmes de PFPP/ DIUPP, les deux publications d'ACCESS-FP offrent une large gamme d'information et d'orientation pour soutenir ces efforts :

Blanchard, H, et Deller, B. (ACCESS-FP). 2008. *Workshop on Comprehensive Postpartum Family Planning Care)* (learning resource package). Jhpiego : Baltimore, Maryland.

Anthony Kouyate, R. et Nash-Mercado, A. (ACCESS-FP). 2010. *A Guide for Developing Family Planning Messages for Women in the First Year Postpartum (Un guide pour l'élaboration des messages de PF pour les femmes en Postpartum de la première année)*. Jhpiego : Baltimore, Maryland.

http://www.k4health.org/toolkits/ppfp

1. Introduction

La période qui précède et qui suit immédiatement l'accouchement, représente une précieuse opportunité pour la femme ou le couple d'apprendre et de bénéficier des avantages des services de PF. Ce sont des moments où les femmes ont plus de probabilité d'avoir accès aux soins formels de santé, à travers les consultations prénatales et l'accouchement assisté ; elles sont sensibilisées pour espacer ou limiter les grossesses suivantes.

La période du postpartum prolongée pose cependant un défi aux femmes, spécialement dans les pays en développement, car les femmes en postpartum qui ne sont probablement pas en train d'utiliser la contraception sont exposées aux grossesses non désirées.

Une étude sur les femmes en postpartum à partir de 27 enquêtes démographique et de santé, sur 6 années, a montré que 40% des femmes qui ont eu l'intention d'utiliser la contraception durant la première année du postpartum, n'ont pu y avoir accès.

Cependant, bien que seulement un petit pourcentage des femmes (3% à 8%) veuille un autre enfant dans les 2 ans qui suivent leur dernier accouchement, 35% ont eu un enfant dans cet intervalle de temps.

Ces statistiques s'expliquent entre autre par le non prédictibilité du retour de la fertilité, le retour des activités sexuelles et la confusion parmi les prestataires et les clients qu'entrainent les effets contraceptifs de l'allaitement maternel. L'allaitement maternel est différent de la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA).

En plus, malgré le fait que la majorité des femmes reçoivent au moins quelques consultations prénatales et qu'il existe un nombre croissant d'accouchements assistés, une très faible proportion de femmes recherche les services du postpartum ; ce qui explique que les femmes n'ont pas l'opportunité d'avoir accès aux services postpartum.

Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen contraceptif très efficace, de longue durée d'action, réversible qui est sûr et peut être utilisé par la plupart des femmes en postpartum, y compris celles qui allaitent. Il est aussi relativement bon marché, pratique et a un très faible taux de complications.

Le DIU du postpartum (DIUPP), inséré dans les 10 minutes ou jusqu'à 48 heures après l'accouchement :

- Est facilement accessible pour les femmes qui accouchent dans les établissements de soins de santé ;
- N'a aucun effet sur la quantité ou la qualité du lait maternel ;
- Est sans danger pour les femmes séropositives ;
- Est réversible et peut être retiré à tout moment (avec le retour immédiat de la fertilité)- au cas où la femme changerait d'avis à propos de la contraception ou de la reproduction ;
- Ne nécessite pas une action quotidienne de la part de l'utilisateur pour être efficace, et

- Ne nécessite pas une visite séparée dans l'établissement ou, s'il est inséré dans les 10 minutes de la naissance, une procédure séparée.

Une femme qui choisit le DIUPP peut quitter l'établissement, après son accouchement, avec une contraception fiable déjà en place, lui permettant de prendre le contrôle de sa fécondité tout au long de la période postpartum et pour aussi longtemps qu'elle le souhaitera (jusqu'à 12 ans pour le cuivre T 380A).

Ceci est d'autant plus important dans les pays en développement, où, lorsque les femmes recherchent des services de santé, c'est en général au cours de la grossesse ou lors de l'accouchement.

Saviez-vous que plusieurs femmes en postpartum :

- Veulent limiter leurs grossesses ou retarder la prochaine grossesse pour au moins 2 ans
- Souhaitent utiliser la contraception et ont l'intention de l'utiliser après le retour des règles
- Seront fertiles (ovulation), avant le retour des règles (4 à 6 semaines postpartum)
- Reprendront une activité sexuelle dans les premiers mois du postpartum
- Croient à tort que tant qu'elles allaitent leur bébé, elles sont protégées de la grossesse
- Sont très occupées, en particulier dans les pays en développement, et ne sont pas susceptibles de retourner à l'établissement sanitaire pour les soins postpartum ou la planification familiale
- Ne veulent pas exprimer un besoin de contraception pendant la période postpartum, de peur d'être jugées, dans les cultures où l'abstinence postpartum est de coutume
- Finissent par ne pas utiliser la contraception, en particulier dans les pays en développement, et contractent une grossesse très peu de temps après la dernière naissance, ce qui augmente les risques pour les mères et les enfants de présenter des problèmes de santé ; peuvent prévenir les décès et la morbidité, pour elles-mêmes et leurs enfants, à travers la PFPP

Que pouvez-vous faire ? Il suffit de prendre quelques **minutes supplémentaires**, *immédiatement après la délivrance du placenta, pour donner aux femmes en postpartum qui choisissent le DIUPP, une contraception* **sûre et efficace pour une durée d'au moins de 12 ans**.

En permettant aux femmes/ couples d'espacer leurs grossesses ou de prévenir les grossesses non désirées, la planification familiale, y compris la planification familiale du postpartum (PFPP), contribue à assurer la survie maternelle et néonatale. Les prestataires de services (sages-femmes, infirmières, médecins, etc.) pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) ont de nombreuses occasions, dans le cadre des soins pour les femmes et leurs enfants, d'introduire et de conseiller les femmes sur le DIUPP, entre autres options de la PFPP.

Ce manuel et le matériel d'accompagnement visent à préparer les prestataires de SMNI, ainsi que les éducateurs et les conseillers de santé, pour l'offre des services de qualité de DIUPP à leurs clientes, dans le cadre d'un programme global de PFPP.

2. Besoins en planification familiale du postpartum

CONTEXTE

En juin 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a réuni plus de 30 experts techniques dans le but d'examiner les éléments de preuve scientifique disponibles au niveau mondial concernant l'espacement optimal des naissances et de répondre aux questions suivantes :

1. L'espacement des grossesses a-t-il des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés ?
2. Combien de temps une femme devrait-elle attendre avant de tomber à nouveau enceinte après un accouchement ?
3. Combien de temps une femme devrait-elle attendre pour tomber enceinte après une fausse couche ou un avortement provoqué ?

L'ensemble des recommandations qui est appelé Planification et Espacement Idéal des Grossesses pour la santé (PEIGS) repose sur les conclusions de cette consultation technique.[1]

DEFINITIONS

Pour pouvoir conseiller les femmes et les familles sur une planification et un espacement idéal des grossesses pour la santé, il est impératif de bien comprendre plusieurs termes.

- **L'intervalle entre un accouchement et la grossesse suivante** désigne la période de temps qui sépare une naissance vivante et le début de la grossesse suivante.
- **L'intervalle entre un accouchement et l'accouchement suivant désigne** la période de temps qui sépare une naissance vivante et la prochaine naissance vivante.

Lors de l'examen d'études scientifiques ou de messages techniques, il est possible de convertir l'intervalle entre accouchement et grossesse en intervalle entre accouchement et accouchement en y ajoutant neuf mois ou environ une année.

LES COMPOSANTES D'UNE PLANIFICATION ET D'UN ESPACEMENT IDEAL DES GROSSESSES POUR LA SANTE (PEIGS)

Toute mère et tout prestataire de services de santé maternelle/ infantile ou de planification familiale devrait connaître et comprendre les trois messages clé suivants de la PEIGS :

1. Après une naissance vivante, une femme devrait attendre au moins 24 mois (mais pas plus de cinq ans) avant d'essayer de tomber enceinte à nouveau afin de réduire le risque de survenue de conséquences maternelles, périnatales et infantiles négatives. Les femmes devraient planifier d'avoir un espacement sain d'environ 36 mois entre un accouchement et l'accouchement suivant, ou un intervalle de trois ans entre les enfants.
2. **Après une fausse couche ou un avortement provoqué, une femme devrait attendre au moins six mois avant d'essayer de tomber à nouveau enceinte** afin de réduire le risque de survenue de conséquences maternelles et périnatales négatives.
3. **Les adolescentes devraient retarder l'âge de la première grossesse jusqu'à l'âge de 18 ans** afin de réduire le risque de survenue de conséquences maternelles, périnatales et infantiles négatives.

[1] Organisation Mondiale de la Santé, Rapport 2006 d'une Consultation technique de l'OMS sur l'Espacement des Naissances

PRINCIPAUX RESULTATS DE RECHERCHE SUR LES RISQUES LIES AUX GROSSESSES RAPPROCHEES

Plusieurs études réalisées dans le monde ont montré que les conséquences maternelles, périnatales et infantiles négatives sont liées aux grossesses rapprochées. Les risques sont particulièrement élevés pour les femmes qui deviennent enceintes très peu de temps après une grossesse précédente, une fausse couche ou un avortement (Voir Tableau 2.1 pour un résumé des résultats de recherches.[2])

- Une ***femme*** qui tombe enceinte après un intervalle court entre les accouchements, court un risque accru :
  - D'accoucher avant terme
  - D'avoir un enfant avec un poids en dessous de la normale à la naissance
  - D'avoir un enfant trop petit par rapport à l'âge gestationnel
  - De décès néonatal ou infantile
- Une ***femme*** qui tombe enceinte trop peu de temps après une fausse couche ou un avortement provoqué court des risques accrus de :
  - Anémie
  - Rupture prématurée des membranes
  - Avortement
  - Fausse couche
  - Mortalité maternelle
- Une grossesse précoce (lorsque que la mère a moins de 18 ans) s'accompagne d'un risque accru de complications de santé pour les mères et les nouveau-nés comparé à des femmes dont l'âge est compris entre 20 et 24 ans. Les mères adolescentes dont l'âge est compris entre 15 et 19 ans courent deux fois plus le risque de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement que les mères qui ont plus de 20 ans ; les filles de moins de 15 ans courent un risque cinq fois plus élevé de mourir. Une analyse des données de l'Enquête démographique et de santé (EDS) provenant de 52 pays en développement a montré que les enfants conçus dans un intervalle de moins de 24 mois après leur aîné immédiat couraient un risque d'un a deux fois plus élevé (1,1 – 2.3) de mourir pendant la première année de la vie que ceux bénéficiant d'un espacement génésique de 36 à 47 mois. L'analyse de l'EDS a également montré que les risques de malnutrition aiguë ou chronique augmentent très nettement si l'espacement des naissances est court. Les enfants conçus apres un intervalle génésique de 12 a 17 mois seulement sont 25% plus susceptibles d'avoir une petite taille et 25% plus susceptibles d' être d'un poids insuffisant que ceux conçus après un intervalle de 36 à 47 mois.

Tableau 2.1. Risques de survenue de conséquences négatives pour la santé après un intervalle trop court entre les grossesses, comparés à l'intervalle du groupe de référence utilisé dans l'étude sélectionnée.

Risques accrus lorsqu'une grossesse survient 6 mois après une naissance vivante	
Conséquence négative	Risque accru
Avortement provoqué	650%
Fausse couche	230%
Décès néonatal (<9 mois)	170%
Décès maternel	150%
Naissance avant terme	70%
Mort-né	60%
Faible poids de naissance	60%

[2] Post, M. PESG : tout ce que vous souhaitez connaître à propos de la Planification et de l'Espacement Sain des Grossesses. Extending Service Delivery Project

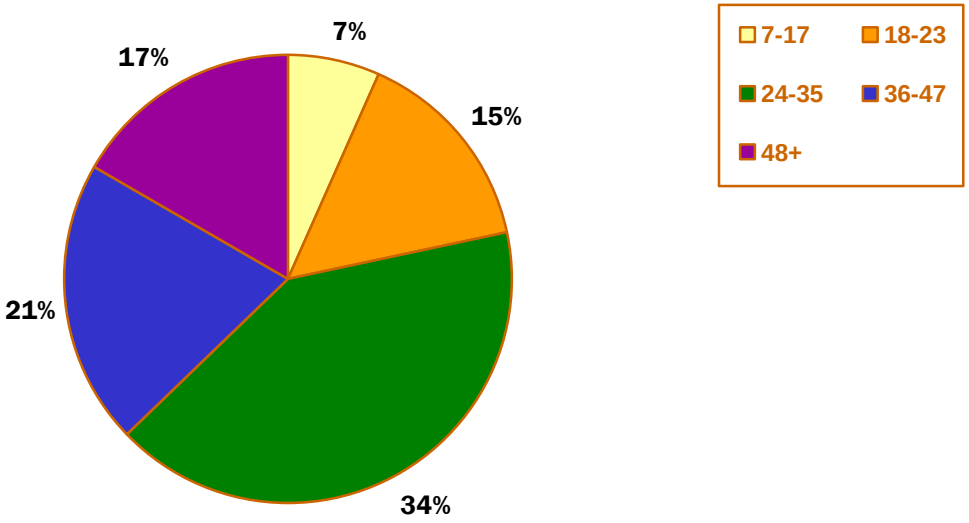
Risques accrus lorsqu'une grossesse survient 6 mois après une naissance vivante		
Les risques sont plus grands lorsque la grossesse survient <6 mois après un avortement ou une fausse couche		
Risque accru	Intervalle de 1–2 mois	Intervalle de 3–5 mois
Faible poids de naissance	170%	140%
Anémie de la mère	160%	120%
Naissance avant terme	80%	40%

Source : Conde-Agudelo, et al, 2000, 2005, 2006 ; Da Vanzo, et al. 2004 ; Razzaque, et al 2005 ; Rutstein. 2005.

BESOINS NON COUVERTS EN PFPP

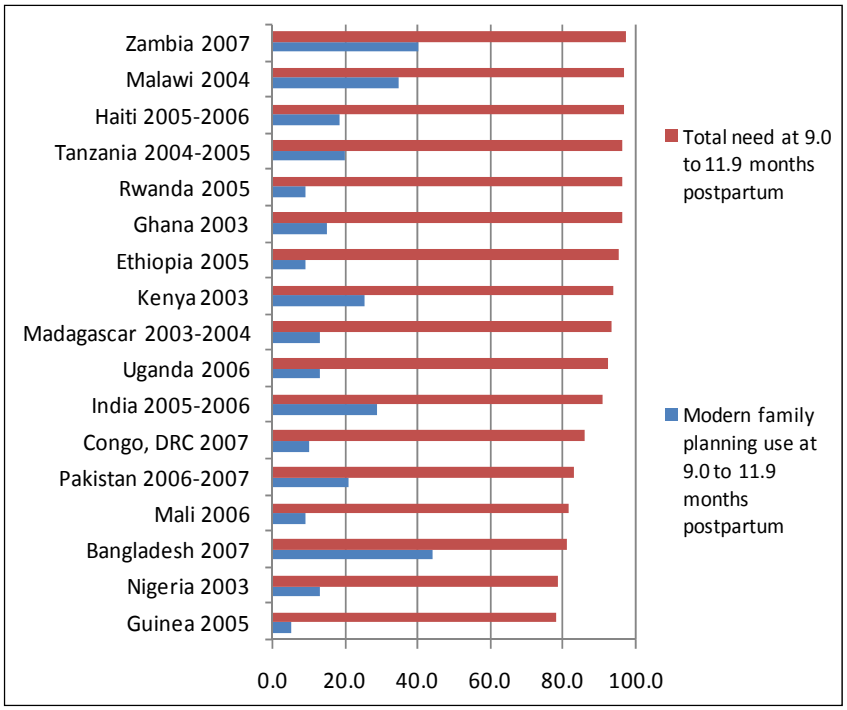
Malgré les nombreuses conséquences négatives sur la santé associées aux grossesses rapprochées, une grande proportion de femmes a des accouchements dont l'espace est inférieur à 36 mois. Au Mali, par exemple, (Figure 2.1) environ 56% des accouchements ont lieu dans un intervalle inférieur à celui recommandé par l'OMS, c'est-à-dire 36 mois. Et dans plusieurs pays en développement, la situation est semblable à celle du Mali ; ce qui se rajoute aux nombreux défis et risques pour la santé auxquels les femmes et les enfants doivent faire face.

Figure 2.1. Espacement des naissances au Mali, - EDS Mali 2006



La planification familiale durant la première année du postpartum représente une opportunité pour réduire de façon significative la proportion de ces grossesses non souhaitées, car les études ont démontré que les femmes ont de grands besoins de PF non couverts au cours de cette période. La définition des « besoins non couverts » se réfère au pourcentage de femmes qui ne souhaitent pas être enceintes, mais qui n'utilisent pas de contraceptifs.

Figure 2. 2. Pourcentage de femmes entre 9 et 11, 9 mois postpartum qui utilisent une méthode de PF versus celles qui en ont besoin- EDS 2003–2007



FACTEURS CONTRIBUANT A UN ESPACEMENT COURT DE NAISSANCES

Étant donné les besoins non satisfaits en planification familiale et la prévalence des intervalles plus courts entre les naissances que celui recommandé, les femmes et les prestataires de services devraient comprendre les facteurs qui contribuent au risque élevé de grossesses non désirées chez les femmes en postpartum.

Retour à la fertilité

- **Les femmes en postpartum sont souvent fertiles à nouveau avant qu'elles ne s'en rendent compte.** Une femme ovule avant que ses règles ou menstruations ne commencent à nouveau. Et les chances de retour à la fertilité d'une femme avant la menstruation augmentent au fur et à mesure que la période postpartum s'étend.
- **Le retour à la fécondité de chaque femme ne peut pas être prédit.** Chez la plupart des femmes non-allaitantes, les menstrues reviennent dans les 4 à 6 semaines postpartum. L'allaitement retarde la reprise de l'ovulation et le retour des règles, mais il ne peut pas être invoqué pour la protection contraceptive à moins que la femme ne pratique la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorhée (MAMA, plus en détail à la page suivante).
- **Les femmes initient souvent l'utilisation de la planification familiale après le retour des règles.** Les études individuelles semblent établir une corrélation entre le retour des menstruations et l'initiation de l'utilisation des contraceptifs et suggèrent que la planification familiale, si elle est utilisée tout le long de la période postpartum est plus susceptible d'être initiée dans le mois qui suit le retour des règles, qui est souvent trop tard. Dans une étude, 8% à 10% des femmes qui étaient encore en aménorrhée postpartum avaient conçu.

Reprise de l'activité sexuelle

- **Les données relatives à la reprise de l'activité sexuelle après une naissance varient considérablement.** Une étude récente de 17 pays en développement s'est intéressée aux pourcentages de couples qui avaient repris une activité sexuelle entre 3 à

5,9 mois postpartum. À une des extrémités se trouve la Guinée, où environ 10% des femmes ont repris une activité sexuelle dans ce délai, à l'autre se trouvent le Bangladesh et le Rwanda, où près de 90% des femmes ont des relations sexuelles à nouveau dans les 6 mois.

- **L'abstinence du postpartum, dans les pays qui la pratiquent, n'est pas toujours strictement respectée.** La recherche qualitative a indiqué que, même parmi les pays pratiquant l'abstinence postpartum, l'activité sexuelle peut se produire irrégulièrement au début, et évolue peu à peu vers une activité plus régulière.
- **Les femmes peuvent être réticentes à demander une contraception « trop tôt » après la naissance**. Si une femme reprend une activité sexuelle plus tôt après la naissance que ce qui est jugé approprié dans sa culture, elle peut supposer que le prestataire va la juger si elle demande une méthode de contraception. En conséquence, la femme peut renoncer à la contraception, même si cela va représenter un risque de grossesse non désirée.

Allaitement maternel et MAMA

- **L'allaitement maternel et la MAMA.** Pour éviter une grossesse non désirée, les femmes qui allaitent doivent utiliser une méthode de contraception (l'allaitement n'est pas un contraceptif). Une option est la MAMA, qui est efficace à 98,5% jusqu'à 6 mois postpartum à condition que la femme allaite exclusivement son bébé à la demande (lorsque le bébé veut, jour et nuit, pas d'autres aliments ou d'autres boissons entre deux tétées), et que ses règles ne sont pas encore revenues. Malgré son efficacité, la MAMA n'est pas encore largement pratiquée.
- **La MAMA n'est efficace que pendant 6 mois.** Pour les femmes utilisant la MAMA, il est probable que leur fécondité revienne (souvent avant la reprise de la menstruation) après 6 mois, même si elles continuent à allaiter. C'est pourquoi les femmes qui ne remplissent pas les trois critères de la MAMA doivent faire la transition pour utiliser une autre méthode de contraception moderne.
- **L'allaitement maternel exclusif diminue au bout de 3 mois.** Bien que beaucoup de femmes allaitent exclusivement leurs bébés dans les premiers mois suivant l'accouchement, le taux diminue de façon significative après 3 mois, permettant ainsi le retour à la fertilité.

IMPLICATIONS POUR LES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Aider les femmes à comprendre qu'elles courent le risque d'avoir une grossesse non planifiée—et leur garantir la disponibilité de services de planification familiale postpartum de haute qualité—est l'objectif des programmes de PFPP et des initiatives de PEIGS. Le lien entre santé maternelle/ infantile et services de planification familiale est essentiel à la réalisation des objectifs de PEIGS et pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de services de planification familiale. Des informations relatives à un espacement optimal des naissances—y compris les avantages de la PEIGS —devraient être incorporées dans l'éducation à la santé, le counseling et la prestation de services destinés aux femmes et à leurs familles partout où elles reçoivent des soins médicaux, à savoir : les cliniques de planification familiale ; les cliniques de consultation prénatale ; les cliniques d'accouchement ; les structures de soins postpartum et postnataux ; les services de vaccination et de santé infantile ; et tout autre service ou structure où des mères et des enfants reçoivent des soins de santé de routine.

Voici entre autres, des propositions d'approches de prestation de service :

- Donner aux clientes des informations complètes sur un espacement optimal des grossesses et sur les avantages de la PEIGS dans le cadre d'une éducation sanitaire de

routine sur la planification familiale et d'un counseling, tant général que portant spécifiquement sur une méthode.

- Souligner l'importance de commencer à utiliser à temps une méthode de planification familiale après la naissance d'un enfant, une fausse couche ou un avortement dans le cadre de soins prénataux, postpartum et après avortement de routine.
- Intégrer les services d'espacement des naissances dans d'autres services de santé, tels que la vaccination et les services de prestation de soins aux nouveau-nés.
- Offrir des services de planification familiale aux femmes pendant qu'elles sont encore à la structure de santé après un accouchement réalisé dans ladite structure.
- Aider les clientes à exercer leur droit qui est d'exercer un choix libre et éclairé concernant la taille de leur famille et leur fécondité.

PROBLEMES DE COUNSELING ET PEIGS

Comme défini ci-dessus, l'intervalle entre un accouchement et le prochain accouchement et l'intervalle entre un accouchement et la grossesse suivante sont liés l'un à l'autre, mais ne désignent pas la même chose. Il est probablement plus simple d'expliquer aux femmes et aux couples les concepts de PEIGS en se servant de l'intervalle entre un accouchement et la survenue de la prochaine grossesse, c'est-à-dire la durée de temps d'attente avant d'essayer de tomber à nouveau enceinte.

Principaux messages sur la PEIGS pendant le counseling sur la planification familiale

En plus des trois principaux messages relatifs à la PEIGS pendant les sessions de counseling sur la planification familiale, les femmes et les couples devraient apprendre comment il est important d'initier une méthode de planification familiale peu de temps après un accouchement, une fausse couche ou un avortement. Les femmes qui ne pratiquent pas l'allaitement exclusif au sein peuvent être à nouveau fécondes dans l'intervalle de quatre à six semaines et dès deux semaines après une fausse couche ou un avortement. Les femmes pratiquant la MAMA devraient faire une transition vers une autre méthode de planification familiale avant que le bébé n'ait six mois.

Tableau 2.2. Messages spécifiques destinés aux clientes

	Pour des couples qui désirent avoir une autre grossesse après une naissance vivante	Pour des couples qui désirent avoir une autre grossesse après une fausse couche ou un avortement	Pour des couples qui désirent avoir une grossesse et qui sont des adolescents (<18)
Retour à la fécondité	Si vous n'allaitez pas votre bébé exclusivement au sein, le retour à un état fécond peut se produire quatre à six semaines après l'accouchement. Envisagez de commencer une méthode de planification familiale peu de temps après l'accouchement.	La fécondité peut revenir dès deux semaines après une fausse couche ou un avortement. Envisagez de commencer une méthode de planification familiale immédiatement après la fausse couche ou l'avortement.	

	Pour des couples qui désirent avoir une autre grossesse après une naissance vivante	Pour des couples qui désirent avoir une autre grossesse après une fausse couche ou un avortement	Pour des couples qui désirent avoir une grossesse et qui sont des adolescents (<18)
Allaitement exclusif au sein	Si vous pratiquez la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) le retour de la fécondité peut se produire lorsque : ▪ Le bébé atteint l'âge de six mois OU ▪ Vous n'allaitez plus votre bébé exclusivement au sein OU ▪ Vos règles ont recommencé Envisagez de commencer une méthode de planification familiale dès que l'une de ces situations se présente		
Planification de la grossesse	Pour la santé de la mère et du bébé, attendez au moins 2 ans, mais pas plus de cinq ans, avant d'essayer de tomber enceinte à nouveau. Envisagez d'utiliser une méthode de planification familiale de votre choix pendant cette période.	Pour la santé de la mère et du bébé, attendez au moins six mois avant d'essayer de tomber enceinte à nouveau. Envisagez d'utiliser une méthode de planification familiale de votre choix pendant cette période.	Pour votre santé et celle de votre bébé, attendez d'avoir au moins 18 ans avant d'essayer de tomber enceinte. Envisagez d'utiliser une méthode de planification familiale de votre choix jusqu'à ce que vous ayez 18 ans.

Rappeler-vous : Un des droits de la femme en matière de contraception est celui de recevoir la méthode de son choix à condition qu'il n'y ait aucune raison médicale lui interdisant de l'utiliser.
En tant que prestataire, nous devons donner aux femmes les informations dont elles ont besoin pour faire leur choix, mais le choix revient à la cliente.

3. Le DIUPP : vue d'ensemble

CONTEXTE

Depuis plus de 30 ans, les femmes utilisent le dispositif intra-utérin (DIU) dans le monde entier comme leur principale méthode de contraception. Il est, en fait, la méthode réversible la plus communément utilisée chez les femmes mariées en âge de procréer dans le monde entier. Selon des estimations récentes, presqu'une femme mariée utilisatrice d'une méthode contraceptive sur cinq utilise actuellement le DIU[3], soit 153 millions de femmes.

La popularité du DIU est peut-être due en partie au degré élevé de satisfaction observé parmi ses utilisatrices. Selon une étude réalisée aux Etats-Unis[4], les femmes utilisant le DIU sont plus satisfaites de leur choix contraceptif que celles utilisant d'autres méthodes réversibles (99% contre 91% pour celles qui utilisent les pilules). Des données provenant d'une étude réalisée aux Etats- Unis et d'une étude réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indiquent que près de 92% des femmes continuent d'utiliser le DIU Copper T 380A une année après l'insertion[5]. Une recherche formative montre que ce qui fait que les utilisatrices du DIU aiment plus la méthode c'est qu'elle :

- Offre une protection très efficace et de longue durée contre la grossesse, avec un retour immédiat à la fécondité après retrait
- Est peu onéreuse au fil du temps (pas d'autres coûts en dehors du coût initial)
- Est pratique, ne nécessite pas une action au quotidien de la part de l'utilisatrice, ou des visites répétées à la clinique pour besoin de réapprovisionnement.[6]

Des résultats d'études récentes confirment que le DIU est une méthode de contraception sûre et extrêmement efficace dont l'utilisation est appropriée pour la plupart des femmes—y compris les femmes en période postpartum et les femmes de moins de 20 ans, indépendamment de la parité. Cet ensemble grandissant de preuves a conduit à des changements significatifs des critères d'éligibilité médicale (CEM) d'utilisation de la contraception, élaborés par l'OMS. Les avantages de l'utilisation du DIU l'emportent en général sur les risques que la plupart des femmes courent, même en cas d'existence de plusieurs conditions que l'on pensait autrefois nécessiter des précautions ou constituer des contre-indications à l'utilisation du DIU, telles que le VIH/ SIDA, la Maladie Inflamatoire Pelvienne (MIP) et la grossesse ectopique.

Le présent manuel de référence met l'accent particulièrement sur les services de DIU en période postpartum, c'est-à-dire l'insertion du DIU au cours de la période se trouvant entre l'accouchement et 48 heures postpartum. Il a été demontré que l'insertion des DIU pendant la période postpartum immédiate est sans danger, efficace et pratique pour les femmes.[7] Pour beaucoup de femmes ayant rarement accès aux services de soins de santé, l'insertion d'un DIU pendant la période postpartum immédiate représente un moyen pratique pour commencer une méthode de planification familiale de longue durée et réversible. La popularité de l'insertion du DIU pendant la période postpartum immédiate dans des pays aussi variés que la Chine, le Mexique et l'Egypte milite en faveur de la faisabilité et de l'acceptabilité de cette approche.[8]

---

[3] Salem, R. 2006. New attention to the IUD : Expanding women's contraceptive options to meet their needs. Populations Reports, Series B, février (7). Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project : Baltimore.
[4] Forrest, JD. 1996. US Women's perceptions of and attitudes about the IUD. Obstet Gynecol Surv 51 :S30-S34.
[5] Association of Reproductive Health Professionals (ARHP). 2004. New developments in intrauterine contraception. In : Clinical Proceedings of the ARHP, Washington, DC, septembre. ARHP :Washington, DC.
[6] Rivera et al. 2006. Essential knowledge about the IUD (electronic version). In : The Maximizing Access and Quality Initiative—IUD Toolkit. (http:/ / www.maqweb.org/ iudtoolkit/ knowledge_base/ index.shtml)
[7] Sevki C et al. 2004. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. Contraception 69(4) : 279-282.
[8] Grimes, DA., Schulz, K. van Vliet H, et Stanwood N. 2003. Immediate Postpartum insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Sys Rev 1 :CD003036

QU'EST-CE QUE LE DIU ?

Les DIU sont des petits appareils flexibles, généralement fabriqués en plastique en forme de T, qui sont insérés dans la cavité utérine par un prestataire de service qualifié. Presque tous les types de DIU comportent un ou deux fils en monofilament qui pendent dans le vagin à travers le col de l'utérus. Tous les types de DIU peuvent être utilisés pendant la période postpartum immédiate, mais certains conviennent moins aux femmes allaitantes.

TYPES DE DIU

Les types de DIU couramment disponibles dans le monde entier sont :

- **DIU libérant du cuivre : Copper T 380A** (TCu 380A, TCu 380A doté d'une charge sûre) ; le TCu 200C, le Multiload (MLCu 250 et le Cu375) et le Nova T
- **DIU libérant une hormone :** Mirena®, le dispositif intra utérin libérant du lévonorgestrel- (LNG-IUS®)

Le Ministère de la Santé recommande aux programmes et aux prestataires souhaitant offrir des services de DIU pendant la période postpartum d'utiliser le Copper T 380A en ce moment. Cette recommandation peut être revisée si l'on dispose davantage de preuves et d'expérience.

MECANISME D'ACTION

Les DIU libérant du cuivre agissent en empêchant la fécondation.[9] Les ions de cuivre réduisent la motilité et la fonction des spermatozoïdes en modifiant l'environnement des sécrétions utérines et tubaires, empêchant ainsi les spermatozoïdes d'atteindre la trompe de Fallope et de féconder l'œuf. Ses actions sont en grande partie locales et ne s'accompagnent d'aucune augmentation mesurable du niveau du cuivre dans le sérum. Etant donné qu'ils n'entrainent pas de conséquences sur la quantité ou la qualité du lait maternel, les DIU libérant du cuivre peuvent être utilisés immédiatement après l'accouchement indépendamment du statut de lactation.

Les DIU libérant une hormone, tels que le LNG-IUS® ou le Mirena®, agissent principalement sur la paroi utérine et sur la glaire cervicale pour empêcher le transport et la survie du spermatozoïde. La petite quantité de lévonorgestrel qui est continuellement libérée inhibe aussi en partie le développement du follicule ovarien et son ovulation. Pour terminer, les DIU libérant du progestatif épaississent la glaire cervicale, créant ainsi une barrière à la pénétration du spermatozoïde. L'utilisation de DIU libérant une hormone est moins courante pendant la période postpartum immédiate.

Pour tous les deux types de DIU, le mécanisme d'action est le même pendant la période postpartum que pendant la période d'intervalle.

DUREE D'ACTION DU DIU

La toute récente preuve scientifique montre que le Copper T 380A est efficace pendant au moins 12 ans.[10] En Guinée, les Directives Nationales règlementant la Planification Familiale approuvent l'utilisation du DIU pendant 10 ans. On devrait conseiller aux clientes à qui l'on a inséré un DIU Copper T 380A de le remplacer ou de le retirer après dix ans à compter de la date d'insertion.

Le Multiload Copper 375 est efficace pendant cinq ans tandis que le Multiload Copper 250 est efficace pendant trois ans.

---

[9] Rivera, R. Yacobson, I. et Grimes D. 1999. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol 181 :1263–1269.
[10] United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, OMS, et al. 1997. Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. Contraception 56 :341–352.

L'efficacité du LNG IUS® est approuvée pendant cinq ans.

Un mot concernant la durée de conservation et le ternissement
Il est important de noter que la date d'expiration figurant sur l'emballage du DIU au cuivre se rapporte uniquement à la durée de conservation de la stérilité de l'emballage, et non à l'efficacité contraceptive du DIU lui-même. Ceci signifie que même si un DIU est inséré la veille de la date d'expiration de l'emballage (à condition que l'emballage ne soit pas déchiré ou endommagé), il est toujours efficace pendant toute la durée de vie de l'efficacité contraceptive, en d'autres termes, le Copper T 380A serait efficace pendant 12 ans pleins à compter de cette date. Les emballages devraient être jetés avec les DIU à la date d'expiration de l'emballage. Les DIU ne peuvent pas être stérilisés à nouveau.

Quelquefois, le cuivre se trouvant sur les DIU libérant du cuivre ternit (c'est-à-dire que la couleur s'assombrit), provoquant des inquiétudes parmi les prestataires sur la sûreté et l'efficacité du DIU dont il est question. Toutes les preuves dont on dispose indiquent que les DIU ternis sont sûrs et efficaces et peuvent être insérés et utilisés de la même manière que les DIU qui n'ont pas terni. Par conséquent, à moins que l'emballage ne soit déchiré ou ouvert (ou que la durée de conservation n'est expirée), un DIU terni est encore stérile et efficace et son utilisation ne représente aucun danger.

EFFICACITE DU DIU

Le DIU est l'une des méthodes contraceptives réversibles et de longue durée les plus efficaces. Son efficacité est essentiellement égale à l'efficacité des implants ou à la stérilisation féminine ou masculine. Par exemple, si 1000 femmes utilisent le DIU TCu380A, seulement six à huit tomberont enceintes au bout de la première année d'utilisation, ce qui signifie qu'il est efficace à plus de 99%. Le LNG IUS® est légèrement plus efficace, avec seulement deux grossesses attendues pour 1000 femmes au bout d'une année d'utilisation.

Avec tous les types de DIU, une femme continue de courir un petit risque de tomber enceinte pendant toute la période au cours de laquelle elle les utilise.

L'efficacité réelle du Copper T 380A n'est pas différente lorsqu'il est utilisé en tant que méthode de planification familiale postpartum. L'efficacité résultant de l'utilisation typique est cependant influencée par le taux d'expulsion plus élevé des DIU insérés pendant la période postpartum.

EFFETS SECONDAIRES DU DIUPP

Indépendamment du moment auquel l'insertion est réalisée, les effets secondaires les plus courants associés au DIU libérant du cuivre consistent en un changement de la quantité et de la durée du flux menstruel ainsi que de la fréquence des crampes menstruelles. L'utilisation du Copper T a été associée à une augmentation allant jusqu'à 50% de la durée/ quantité du saignement menstruel, et ceci représente la cause la plus fréquente de retrait.[11] Les modifications des modes de saignement, tels que les saignotements/ saignements légers (entre les règles), peuvent également se produire au cours des toutes premières semaines. Pour terminer, il est possible que certaines femmes ressentent un inconfort ou des crampes pendant l'insertion du DIU[12] et pendant plusieurs jours qui suivent cette insertion.

Les crampes/ douleurs et les modifications de la quantité/ des modes de saignements ne sont pas d'habitude dangereuses pour la femme et s'estompent souvent un à trois mois après l'insertion du DIU. Les femmes devraient être informées de cet effet secondaire courant avant l'insertion du DIU, faire l'objet d'une évaluation et pouvoir obtenir des conseils après l'insertion en cas de besoin. Des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent

[11] Penney, G., Brechin, S., de Souza, A., et al. 2004. FFPRHCD Guidance (janvier 2004). The copper intrauterine device as long-term contraception. J Fam Plann Reprod Health Care 30 :29–41 ; quiz 42.
[12] Grimes DA. 2004. Intrauterine devices (IUDs). In : Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. (Eds) Contraceptive Technology. Ardent Media, Inc. : New York

amoindrir les symptômes[13] et un bon counseling peut permettre d'encourager la poursuite de la méthode.[14,15]

Aucune preuve n'indique que l'insertion postpartum du DIU augmente la fréquence ou la gravité des effets secondaires comme la modification du flux menstruel et les crampes. Certaines études indiquent que beaucoup d'effets secondaires liés au DIU se confondent aux saignements et crampes habituels que l'on rencontre pendant la période postpartum et que le DIUPP, lorsqu'il est bien inséré, est mieux toléré que le DIU par intervalle. Ceci représente un avantage supplémentaire de l'insertion du DIU pendant la période postpartum immédiate.

MOMENT D'INSERTION DU DIUPP

Un DIU peut être inséré en toute sécurité immédiatement après l'accouchement (48 premières heures) ou pendant un accouchement par césarienne. Il n'est pas recommandé d'insérer le DIU au cours de la période située entre 48 heures et quatre semaines postpartum en raison d'un risque général accru de complications, en particulier le risque d'infection et d'expulsion.

La terminologie et les définitions couramment utilisées sont :

- **Insertion post placentaire :** C'est l'insertion dans les 10 minutes qui suivent l'expulsion du placenta après un accouchement par voie basse.
- **Insertion per césarienne :** C'est l'insertion réalisée au cours d'un accouchement par césarienne, après le retrait du placenta et avant la fermeture de l'incision utérine.
- **Insertion postpartum immédiate :** C'est l'insertion réalisée après la période post placentaire, mais dans les 48 heures après l'accouchement.
- **Insertion postabortum :** C'est l'insertion effectuée après un avortement.
- **Insertion d'intervalle :** C'est l'insertion à n'importe quel moment après quatre semaines postpartum pendant l'intervalle entre les grossesses.

Le DIU **ne doit pas être inséré entre 48 heures et 4 semaines postpartum** à cause d'un risque accru de complications, en particulier les risques d'infection et d'expulsion. Les DIU insérés après 4 semaines postpartum sont considérés comme DIU d'intervalle, car on utilise la même technique d'insertion.

DIFFERENCES ET CARACTERISTIQUES CLES DU DIUPP

Avantages de l'insertion postpartum du DIU

- **Sécurité :** Le profil de sécurité des DIU insérés pendant la période postpartum est similaire à celui des DIU insérés pendant l'intervalle se trouvant entre les grossesses. L'insertion postpartum semble avoir un taux plus faible de perforation utérine, compte tenu peut être de la technique d'insertion qui utilise des instruments moins pointus et de la paroi épaisse de l'utérus. L'insertion postpartum est également sûre parce que le prestataire peut être certain que la femme n'est pas enceinte au moment de l'insertion post placentaire et de l'insertion postpartum immédiate.
- **Accès aux services :** L'intégration de l'insertion du DIUPP aux services d'accouchement optimise les chances pour les femmes et leurs familles d'obtenir une méthode de planification familiale appropriée, de longue durée et réversible avant leur retour à la maison. En général, l'accès à des services se rapportant à des méthodes de planification familiale de longue durée et permanentes, peut être limité dans la

[13] OMS. 2004b. Selected practice recommendations for contraceptive use. OMS : Genève.
[14] Badkman, T., Huhtala, S., Luoto, R., et al. 2002. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. Obstet Gynecol 99 : 608–613.
[15] Zetina-Lozano G. 1983. Menstrual bleeding expectations and short-term contraception discontinuation in Mexico. Stud Fam Plann 14 : 127–133.

communauté pour un certain nombre de raisons, dont le manque de prestataires qualifiés et de structures adéquatement équipées et accessibles. Retourner à la structure de santé pour des services postpartum après l'accouchement peut représenter plusieurs défis pour les mères confrontées à des contraintes aussi urgentes les unes que les autres. Profiter de la période postpartum immédiate pour offrir un counseling sur la planification familiale et réaliser l'insertion du DIU permet d'aplanir un grand nombre d'obstacles à l'offre des services.

- **Coût - Efficacité :** Une étude réalisée au Pérou[16] a comparé le coût de la fourniture du DIU au moment où la femme est à l'hôpital pendant la période postpartum par rapport au coût l'offre du DIU lorsqu'elle retourne plus tard dans une structure de consultation externe. L'étude a trouvé que les coûts de prestations des services de planification familiale postpartum immédiatement après l'accouchement ($9) étaient significativement plus bas que les coûts de l'offre de ces services sur la base d'une consultation externe ($24).

  En outre, l'offre immédiate des services de planification familiale postpartum contribue à soulager les structures de consultations externes qui sont surchargées, permettant ainsi à un plus grand nombre de femmes d'obtenir des services. Dans certains endroits, la suppression des frais de consultation supplémentaires et des coûts de transport était associée à une visite supplémentaire en vue de l'insertion du DIU.

- **Moment et efficacité du service :** L'insertion du DIU pendant la période post placentaire ou postpartum immédiat permet également à la femme et au prestataire d'économiser du temps. L'insertion post placentaire immédiate s'effectue sur la même table d'accouchement et implique une durée de temps supplémentaire de moins d'une minute. Retourner plus tard pour une insertion postpartum pourrait impliquer des visites et des examens supplémentaires à la clinique, et une procédure clinique distincte.

Insertion du postpartum versus insertion d'intervalle : Défis et considérations

Une étude a été réalisée en Egypte en 2004 par Mohammed et des collègues[17] qui ont offert des services de counseling sur la planification familiale (PF) à des femmes pendant les visites de soins prénataux et pendant la période de soins postpartum immédiat. Sur l'ensemble des femmes ayant reçu le counseling, 28,9% ont choisi le DIUPP comme méthode de planification familiale. Suite à la demande de certaines femmes à ce que le DIU leur soit inséré immédiatement pendant la période postpartum, pendant qu'elles sont toujours à l'hôpital, il a été effectivement inséré à 71,2% des femmes. Parmi les femmes ayant choisi le DIUPP, et qui ont cependant opté d'attendre six semaines ou plus pendant la période postpartum pour l'insertion du DIU, le DIU a effectivement été inséré uniquement à 7,1% des femmes. Cette différence dans la fourniture de la méthode qui est multipliée par 10 selon que les femmes optent pour une insertion immédiate ou une insertion différée pourrait refléter l'engagement des femmes vis-à-vis de la méthode de leur choix. Si elles étaient certaines de leur désir d'obtenir la méthode, elles auraient peut-être tendance à demander une insertion immédiate. Le report de l'insertion par certaines femmes traduit donc simplement peut-être le fait qu'elles étaient moins certaines de leur décision ou de leur choix.

La différence énorme indique aussi, cependant, la responsabilité du clinicien à aider les femmes à réaliser leurs objectifs en matière de reproduction et de protéger leur santé ainsi que celle de leurs familles. S'il est très peu probable qu'une femme exprimant son désir d'obtenir une méthode puisse repartir plus tard afin d'obtenir cette méthode, alors les prestataires de service devraient fournir un effort supplémentaire pour la lui offrir pendant son hospitalisation, si tel est son souhait. Les barrières médicales limitant l'offre de services d'insertion postpartum du DIU devraient être limitées à celles reposant sur des preuves, plutôt que sur la tradition ou sur une politique dépassée.

LIMITATIONS DU DIUPP

Les limitations du DIUPP sont minimes et sont les mêmes que pour le DIU d'intervalle. Quel que soit le moment ou le DIU est inséré, il ne protège pas contre les IST y compris le VIH.

Les modifications menstruelles sont des effets secondaires communs du DIU, mais ils peuvent être moins gênants pour les femmes en postpartum.

[16] Foreit, KG., Foreit, JR., Lagos, G., Guzman, A. Effectiveness and Cost Effectiveness of Postpartum IUD Insertion in Lima, Pérou ; International Family Planning Perspectives Vol 19 No. 1 (Mar 1993), p19–24+33

[17] Mohammed, SA., Kamel, MA., Shaaban, OM., et Salem, HT. Acceptability for the Use of Postpartum Intrauterine Contraceptive Devices : Assiut Experience ; Med Prine Pract 2003 ;12 :170–175.

Les femmes chez lesquelles un DIU a été inséré, peuvent mieux tolérer ces effets secondaires lorsqu'elles reçoivent un counseling adéquat et sont rassurées sur le fait que ces signes ne sont pas dangereux pour leur santé.
L'insertion ou le retrait d'un DIU requiert toujours une procédure effectuée par un prestataire formé à cet effet et un environnement clinique approprié. Par contre, l'insertion au cours du postpartum ne nécessite pas de visite supplémentaire ou—quand c'est fait immédiatement après l'expulsion du placenta- une procédure supplémentaire.

L'unique limitation du DIUPP est que les fils ne peuvent pas être visibles immédiatement après l'insertion à cause de la taille de l'utérus en postpartum immédiat. Généralement, les fils descendent dans le vagin à travers le col de l'utérus au moment de la première visite de suivi du DIUPP (entre 4 et 6 semaines). Ceci peut être retardé. Néanmoins, le fait que les fils ne descendent pas, n'affecte pas l'efficacité du DIU, mais peut nécessiter quelques visites de suivi supplémentaires ou des examens pour rassurer la femme et le prestataire de service que le DIU n'a pas été expulsé.

RISQUES SANITAIRES POTENTIELS & EFFETS INDESIRABLES ASSOCIES AU DIUPP

Le DIUPP s'accompagne de plusieurs risques potentiels et d'effets indésirables sur la santé. L'absence d'études bien conçues et révisées par des pairs portant sur le DIUPP laisse sans réponses des questions importantes sur les taux de complications exacts et des variables telles que le moment et la technique d'insertion et la question de la recherche en cours. Cependant, certaines conclusions peuvent être tirées sur la base de découvertes pertinentes faites de part et d'autre des frontières des pays, des sites cliniques et des prestataires de tout genre.

- **Perforation utérine**—Il n'a pas été rapporté de cas de perforation de la paroi utérine pendant l'insertion du DIUPP. Dans une revue systématique récente de la littérature relative à l'insertion du DIUPP, il n'avait été rapporté aucun cas de perforation utérine pendant le placement du DIUPP dans aucune des études passées en revue.[18]
- **Infection**—Le risque de survenue d'une infection génitale haute parmi les utilisatrices du DIU est de moins de 1%, ce qui est beaucoup plus bas que ce que l'on croyait avant. Ce risque minimal est plus élevé au cours des 20 premiers jours après l'insertion, et l'on pense qu'il est lié soit à la technique d'insertion (dû au manque de pratiques appropriées de prévention de l'infection) ou à une infection qui existait au préalable plutôt qu'au DIU lui-même. Après les 20 premiers jours, le risque d'infection parmi les utilisatrices du DIU semble être comparable à celui des non utilisatrices du DIU.[19] L'insertion postpartum semble n'avoir aucun effet significatif sur le risque d'infection de l'appareil génital.
- **Expulsion**—Bien qu'il soit rare que l'on assiste à un échec du DIU une fois qu'il a été inséré, une expulsion spontanée de celui-ci en dehors de l'utérus en est la cause la plus courante.20 Plusieurs facteurs semblent influencer le risque d'expulsion—l'un des facteurs les plus importants est la programmation de l'insertion après l'accouchement. Les taux d'expulsion spontanée du DIU suite à une insertion postpartum semblent être plus élevés que les taux d'expulsion après des insertions d'intervalle et des insertions qui ne sont pas consécutives à une grossesse. Lorsque l'on examine la période postpartum immédiate, l'insertion d'un DIU moins de 10 minutes après la délivrance du placenta, soit après un accouchement par voie basse ou par césarienne, s'accompagne d'un risque d'expulsion plus faible que les insertions réalisées plus tard pendant la période postpartum, à savoir après 10 minutes et jusqu'à 48 heures.[21] L'insertion d'intervalle entre la quatrième et la sixième semaine après l'accouchement s'accompagne du risque d'expulsion postpartum le plus faible.

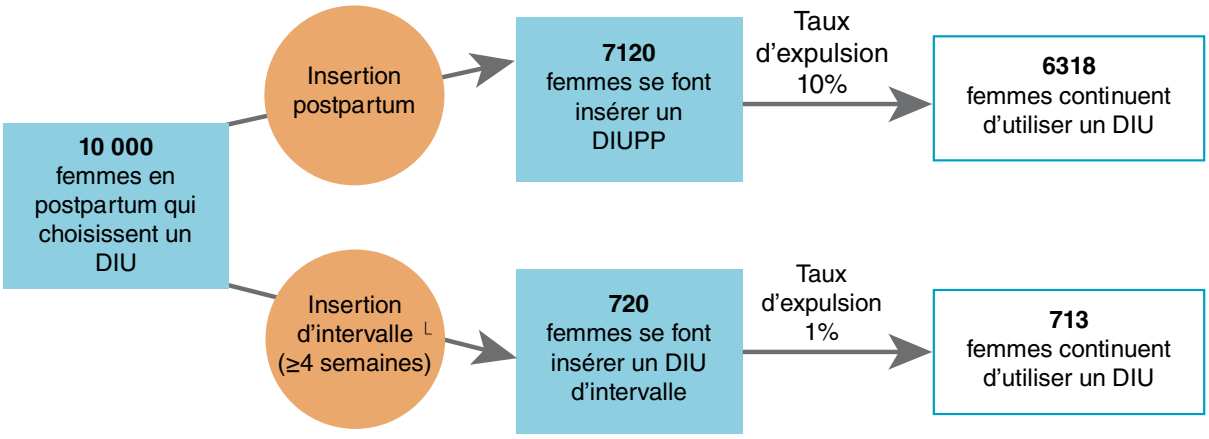
[18] Kapp, N., Curtis, KM., Intrauterine device insertion during the postpartum period : a systematic review ; Contraception 80(2009) 327–336.
[19] Hatcher. R., Trussel, J., Stewart, F., et al. 2004. Contraceptive Technology, 18th ed. Ardent Media, Inc. : New A York.
[20] Association of Reproductive Health Professionals (ARHP). 2004. New developments in intrauterine contraception. In : Clinical Proceedings of the ARHP, Washington DC, Septembre. ARHP : Washington, DC.
[21] Kapp, N. Contraception 80(2009).

Bien que les estimations du risque individuel d'expulsion varient entre les études, une relation systématique est apparue entre le moment de l'insertion du DIUPP et les taux d'expulsion respectifs, indépendamment du site clinique et du pays et de part et d'autres des types de prestataires, des infirmiers et sages-femmes aux docteurs gynécologues obstétriciens. Beaucoup d'études ont identifié d'autres facteurs associés au risque d'expulsion, comme l'âge, la parité, le type de prestataire et l'expérience du prestataire ; cependant, une seule étude a réussi à faire des ajustements concernant l'âge et la parité et seule une étude a démontré que les taux d'expulsion sont plus bas lorsqu'il s'agit de femmes primipares comparativement aux femmes qui sont de grandes multipares. Dans des études ayant relaté des taux d'expulsion pendant les trois premiers mois et à des périodes ultérieures, 80% des expulsions se sont produites dans les trois premiers mois suivant l'insertion. Dans plusieurs études cliniques, les taux d'expulsion variaient beaucoup entre les sites cliniques. Cette discordance entre sites a été attribuée à la compétence du prestataire et à l'absence d'une formation et de techniques d'insertion uniformes entre les sites et insistent sur l'importance de la formation en vue de réduire les taux d'expulsion.

APPROCHE DE SANTE PUBLIQUE FACE A LA QUESTION D'EXPULSION SPONTANEE

Malgré les taux d'expulsion potentiellement plus élevés des DIUPP, les avantages du service sur le plan de la santé publique doivent être pris en compte. Bien que des efforts soient toujours en cours pour encourager les femmes à se rendre aux visites de soins postpartum, des défis demeurent encore. Les taux de visites de soins postpartum — et de counseling, ainsi que de prestation de services de planification familiale pendant les soins postpartum — sont faibles. Supposer que les femmes reviendront plus tard peut souvent avoir comme conséquence que ces femmes restent sans aucune option du tout. Bien qu'il soit possible que le taux d'expulsion soit aussi élevé que 10 à15%, ceci signifie aussi que le taux de rétention dépasse 85 à 90%. Dans des contextes où l'accès aux soins est limité et les soins postpartum rares, ce niveau de réalisation programmatique peut être considéré comme un succès.

Figure 3.1. Approche de la Santé Publique relative au DIUPP



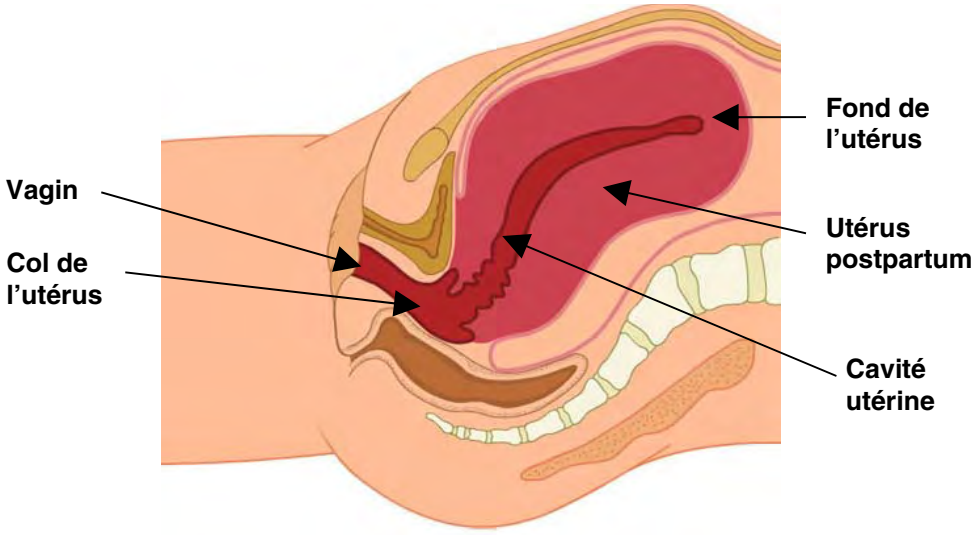
Source : Adaptation de Mohamed SA, Kamel MA, Shaaban OM, Salem HT. Acceptability for the Use of Postpartum Intrauterine Contraceptive Devices : Assiut Experience. Med Prine Pract 2003 ;12 :170–175

4. Services de DIUPP dans le cadre des soins intrapartum et postpartum

CONTEXTE

Les services de DIUPP sont destinés à être pleinement intégrés dans les soins intrapartum et postpartum. Le présent chapitre se penchera sur les changements que subiront le col de l'utérus et l'utérus après l'accouchement et pourquoi ces changements rendent l'insertion du DIUPP possible. Le moment, ainsi que la technique utilisée pour réussir le placement du DIU reflètent cette transformation. En outre, l'enchaînement de l'insertion concomitamment avec une autre intervention obstétricale extrêmement délicate et la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA) feront l'objet de discussions.

Figure 4.1. Anatomie de l'utérus postpartum



MODIFICATIONS DE L'UTERUS

Immédiatement après l'expulsion du placenta, le fond ou le haut de l'utérus se trouve juste au dessous de l'ombilique. Il pèse environ 1kg et a environ la taille d'une grossesse de cinq mois. Il est possible de le sentir facilement à travers la paroi abdominale chez la plupart des femmes. Les parois antérieure et postérieure du corps de l'utérus sont collées l'une à l'autre et mesurent chacune environ quatre à cinq cm d'épaisseur et sont très molles. La partie basse de l'utérus (également appelée segment inférieur de l'utérus) est finement étirée et extrêmement béante aggravant ainsi la mobilité importante du corps de l'utérus qui est d'habitude incliné vers l'avant. Cette disparité dans la consistance et le poids entre le corps de l'utérus qui est lourd et épais et le segment inférieur de l'utérus étiré et plié participe de la grande courbure que l'on peut remarquer suite à une exploration manuelle ou un examen bimanuel. (Voir Figure 4.1). Pendant les 48 heures suivantes, l'utérus conserve environ la même taille et la même consistance. En l'intervalle de deux semaines cependant, il n'est plus possible de sentir l'utérus au dessus de l'os pubien étant donné qu'il est presque descendu complètement dans le bassin. Il n'est plus possible d'apprécier le segment inférieur de l'utérus, et la cavité utérine se redresse et se rétrécie. L'utérus reprend normalement sa taille d'avant la grossesse en l'intervalle de cinq ou six semaines postpartum. Ce processus est généralement appelé involution uterine.

Implications pour l'insertion du DIUPP

Immédiatement après l'accouchement, la longueur de l'utérus est d'environ 30 cm. La longueur de l'utérus diminue au cours des 48 heures qui suivent, mais reste toujours comprise entre 20 et 30 cm. Ceci rend difficile, voire même impossible, une insertion réussie

du DIU au fond de l'utérus à l'aide d'un tube d'insertion standard pour les insertions d'intervalle. Le tube d'insertion standard pour le DIU d'intervalle mesure environ 20 cm, ce qui n'est pas assez long pour permettre d'atteindre le fond de l'utérus. Par conséquent, il est improbable que le DIU soit placé au fond de l'utérus si l'on utilise un tube d'insertion standard. De même, le tube d'insertion n'est pas assez rigide pour franchir l'angle aigu se trouvant entre le vagin et la cavité utérine. Le tube risque probablement de se courber ou le prestataire poussera jusqu'à heurter le tube contre la paroi postérieure de l'utérus.

En lieu et place, on utilise pour l'insertion du DIUPP soit une technique manuelle ou une longue pince d'extraction du placenta muni d'un bout fenêtré (tel que la pince placentaire Kelly). Cet instrument est assez long pour permettre d'atteindre le fond de l'utérus et assez rigide pour franchir l'angle vagino-utérin. Le passage à travers l'angle vagino-utérin est l'une des parties les plus importantes d'une bonne technique d'insertion. Une erreur dans la technique d'insertion communément commise consiste à confondre la paroi postérieure de l'utérus avec le fond de l'utérus. Si le prestataire arrête l'insertion au niveau de la paroi postérieure de l'utérus, et non au fond, le DIU sera déposé au milieu de la cavité utérine, ce qui va aboutir à un taux d'expulsion plus élevé.

Pour s'assurer que le prestataire a atteint le fond de l'utérus, il faudrait observer trois choses. Premièrement, le prestataire sent une résistance de l'instrument au moment où il atteint le fond. Deuxièmement, le prestataire sent que l'instrument a atteint le fond à travers l'abdomen en plaçant la main sur l'abdomen. Et troisièmement, le prestataire remarque que la plus grande partie de l'instrument a pénétré dans l'utérus et le vagin. Si une grande portion de l'instrument demeure encore en dehors du corps de la femme, il est très improbable que l'extrémité distale de l'instrument ait atteint le fond de l'utérus. La confirmation soigneuse d'un placement au fond de l'utérus grâce à l'observation de ces trois critères permettra de réduire le risque de placement du DIU dans la partie centrale de la cavité utérine, qui conduit à un risque d'expulsion accru.

Entre 48 heures et quatre semaines après l'accouchement, l'utérus involu et devient plus petit. La cavité utérine devient plus petite et le col de l'utérus se rétracte et devient plus ferme. L'utérus commence à reprendre sa position tournée vers l'avant ou vers l'arrière et il devient plus difficile d'atteindre le fond. En pareille situation, il est courant que le prestataire croie qu'il a atteint le fond de l'utérus et dépose le DIU au milieu de la cavité utérine. Cela conduit à des taux d'expulsion exagérément élevés[22]. Pour cette raison, l'insertion du DIU entre 48 heures et quatre semaines après l'accouchement **n'est pas recommandée[23].** Bien que le risque accru de perforation ou d'infection constitue un sujet de préoccupation, de tels incidents ont été rarement rapportés dans la littérature.

Pour l'insertion d'intervalle **entre la quatrième et la sixième semaine après l'accouchement**, lorsque l'utérus a retrouvé son état d'avant la grossesse, il est recommandé d'utiliser l'approche typique d'insertion, en se servant de la technique « sans toucher » et du tube d'insertion standard.

MODIFICATIONS DU COL DE L'UTERUS

Immédiatement après la fin de la troisième période de l'accouchement, le col et le segment inférieur de l'utérus sont fins, béants et flasques. Les contours externes du col de l'utérus sont souvent lacérés, et le col est extrêmement mou. L'ouverture cervicale se retracte lentement et pendant quelques jours suivant l'accouchement elle laisse facilement passer au moins deux doigts. D'ici la fin de la première semaine cependant, le canal cervical s'est reconstruit avec le resserement progressif de l'ouverture cervicale et l'épaississement des parois du col. A la fin de l'involution, le col de l'utérus est ferme et étroitement fermé tout en

[22] Theiry, M., van Kets, H., van der Pas, H. Immediate postplacental IUD insertion: the expulsion problem. Contraception 31 :4 ; April 1985.
[23] OMS CEM.

conservant des changements permanents qui caractérisent un col de l'utérus d'une femme ayant déjà accouché.

Implications pour l'insertion du DIUPP

Pendant les 10 premières minutes après l'accouchement, le col de l'utérus est ouvert généralement pour laisser passer soit une petite main ou une longue pince placentaire munie d'un bout fenêtré rendant possible soit une technique d'insertion manuelle ou une technique d'insertion à l'aide d'un instrument. Au-delà de 10 minutes et jusqu'à 48 heures après l'accouchement, cependant, le col de l'utérus n'est plus assez ouvert pour une insertion manuelle mais l'insertion à l'aide d'une pince fenêtrée est en général possible. Entre 48 heures et quatre semaines après l'accouchement, le passage d'un quelconque instrument à travers le col de l'utérus est plus difficile compte tenu du resserrement progressif de l'ouverture cervicale. Comme discuté ci-dessus, l'utilisation d'un tube d'insertion n'est recommandée à aucun moment pendant les quatre premières semaines à cause du risque accru de perforation utérine et de l'improbabilité de pouvoir effectuer un placement au fond de l'utérus. Quatre semaines après l'accouchement, le col de l'utérus laisse facilement passer un tube d'insertion standard entier en vue de réaliser l'insertion.

INSERTION DU DIUPP ET GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)

L'insertion d'un DIU pendant la période postpartum ne devrait jamais interférer avec la réalisation normale des pratiques intrapartum et postpartum de routine. Les conditions médicales de nature à mettre en danger la vie, telles que l'hémorragie postpartum et la pré-éclampsie/ l'éclampsie devraient être traitées suivant les directives nationales et la priorité devrait être accordée à un tel traitement au détriment de l'insertion du DIUPP, qui peut facilement être différée à un moment où la mère est stable au point de vue médical. Une bonne évaluation clinique devrait toujours prévaloir.

Il convient de faire remarquer que la gestion active de la troisième période de l'accouchement, « une bonne pratique obstétricale » qui a fait la preuve de sa capacité à prévenir l'hémorragie postpartum et les décès maternels, devrait être offerte à chaque femme pendant l'accouchement compte tenu du caractère imprévisible de cette complication capable de représenter une menace pour la vie de la mère.

Les étapes de GATPA sont les suivantes :

1) L'administration d'un médicament utérotonique à chaque femme dans la minute qui suit l'accouchement. L'oxytocine est le médicament de choix pour prévenir l'HPP.
2) Retarder le clampage du cordon pendant au moins 1 à 3 minutes pour réduire l'anémie du nouveau-né. Faire la traction contrôlée du cordon ombilical.
3) Vigilance du postpartum: vérifier la tonicité utérine pour s'assurer que l'utérus est contracté. Masser l'utérus en cas d'atonie.
4) etc.

Ces étapes n'augmentent pas le risque ultérieur d'expulsion du DIUPP ni ne rendent l'insertion plus difficile. Aucun aspect de la gestion active de la troisième période de l'accouchement ne devrait être modifié dans le but de pouvoir réaliser l'insertion du DIU. Toutes les trois étapes de la gestion active de la troisième période de l'accouchement devraient être réalisées avec succès avant que l'on essaie d'insérer le DIUPP. Les saignements vaginaux se produisant avant ou après l'insertion du DIUPP devraient faire l'objet d'une prise en charge suivant les directives nationales et associés à un massage utérin, l'utilisation d'utérotoniques et d'autres manœuvres admises selon qu'elles s'avèreront nécessaires.

Les éléments clés des services de DIUPP

Les éléments clés des services de DIUPP sont les suivants (certains peuvent se produire dans un ordre différent ou simultanément avec d'autres) :

- **Counseling/ Education en PFPP :** Les femmes reçoivent des informations de base sur l'espacement idéal des grossesses (ou si elles le désirent sur la limitation des naissances) et sur les méthodes de PFPP à leur disposition (par exemple, l'efficacité, la durée de protection) ; les buts en matière de fertilité de la femme et les circonstances individuelles sont examinés à fin de l'aider à choisir une méthode qui convient à ses besoins.
- **Counseling pour une méthode spécifique :** Des informations plus précises sont fournies sur la méthode aux femmes intéressées par une méthode spécifique, comme le DIUPP, (par exemple, les effets secondaires, les signes d'alerte).
- **Annotation du choix de la femme pour la PFPP sur son dossier :** Si une femme a choisi une méthode, son choix est notifié en bonne place sur son dossier médical afin d'informer les autres prestataires de sa décision. Cela peut être fait peu de temps après le conseil, après que la femme ait eu la chance de discuter de la question avec son partenaire ou d'autres personnes.
- **Evaluation initiale :** Une femme qui choisit le DIUPP est évaluée pour rechercher l'existence des critères/ conditions (selon les CEM de l'OMS pour les DIU) qui rendrait le choix du DIU inapproprié pour elle, ou des raisons médicales pour lesquelles la méthode ne devrait pas être utilisée.
- **Première confirmation du choix de la femme du DIUPP :** Lorsque la femme se présente pour l'insertion, le prestataire confirme qu'elle veut le DIU et quand elle veut qu'il soit inséré. Le prestataire rassure ou conseille la femme, au besoin. (Encore une fois les conseils pour la PFPP/ DIUPP devrait avoir lieu pendant la période prénatale dans la mesure du possible).
- **Se rassurer que les consommables et les instruments sont disponibles et prêts à l'emploi :** Le prestataire s'assure ensuite qu'un DIU stérile, des consommables/ instruments et la source lumineuse nécessaires sont disponibles et prêts à l'emploi.
- **Gestion du travail et de l'accouchement :** Inclure l'utilisation du partogramme, effectuer la GATPA et traiter tous les problèmes qui peuvent survenir ; les soins obstétricaux sont intégrés aux services de DIUPP et peuvent prendre la préséance, le cas échéant.
- **Deuxième évaluation :** Après la naissance, la femme est évaluée pour les conditions résultant du travail et de l'accouchement qui rendrait le DIU un choix inapproprié pour elle, ou pour des raisons médicales pour lesquelles la méthode ne doit pas être utilisée.
- **Deuxième confirmation du choix de la femme du DlUPP :** Immédiatement avant l'insertion du DIUPP, le prestataire dit à la femme, qu'elle/ il est sur le point d'insérer le DIU si la femme est prête. Cela aide à préparer la femme et confirmer son choix.
- **Insertion du DIUPP :** Après que la femme ait pris la décision définitive de l'insertion du DIU, les consommables/ instruments sont disposés et le stérilet est retiré de l'emballage, en utilisant la « technique sans toucher » (décrite à la page 35) . Le DIU est ensuite délicatement inséré selon les pratiques recommandées, soit immédiatement après l'accouchement (expulsion du placenta, per césarienne) ou au début du postpartum (jusqu'à 48 heures).
- **Conseils post-insertion :** La femme reçoit des informations sur les effets indésirables, les signes d'alerte et la date de retour à la clinique pour le suivi. Cela devrait être intégré aux visites du postpartum de routine et des soins du nouveau-né.

- **Suivi :** 4 à 6 semaines après la naissance, la femme revient pour les visites de suivi de routine du DIUPP. Elle est évaluée pour des problèmes potentiels liés au DIU ; tous les problèmes sont gérés ou référés.

Tout au long de l'ensemble des services de haute qualité :

- Les clientes sont traitées avec amabilité, courtoisie et respect ; la femme qui choisit le DIUPP devrait le faire librement et cette méthode devrait être fournie, le cas échéant, conformément aux dernières recommandations fondées sur l'évidence.

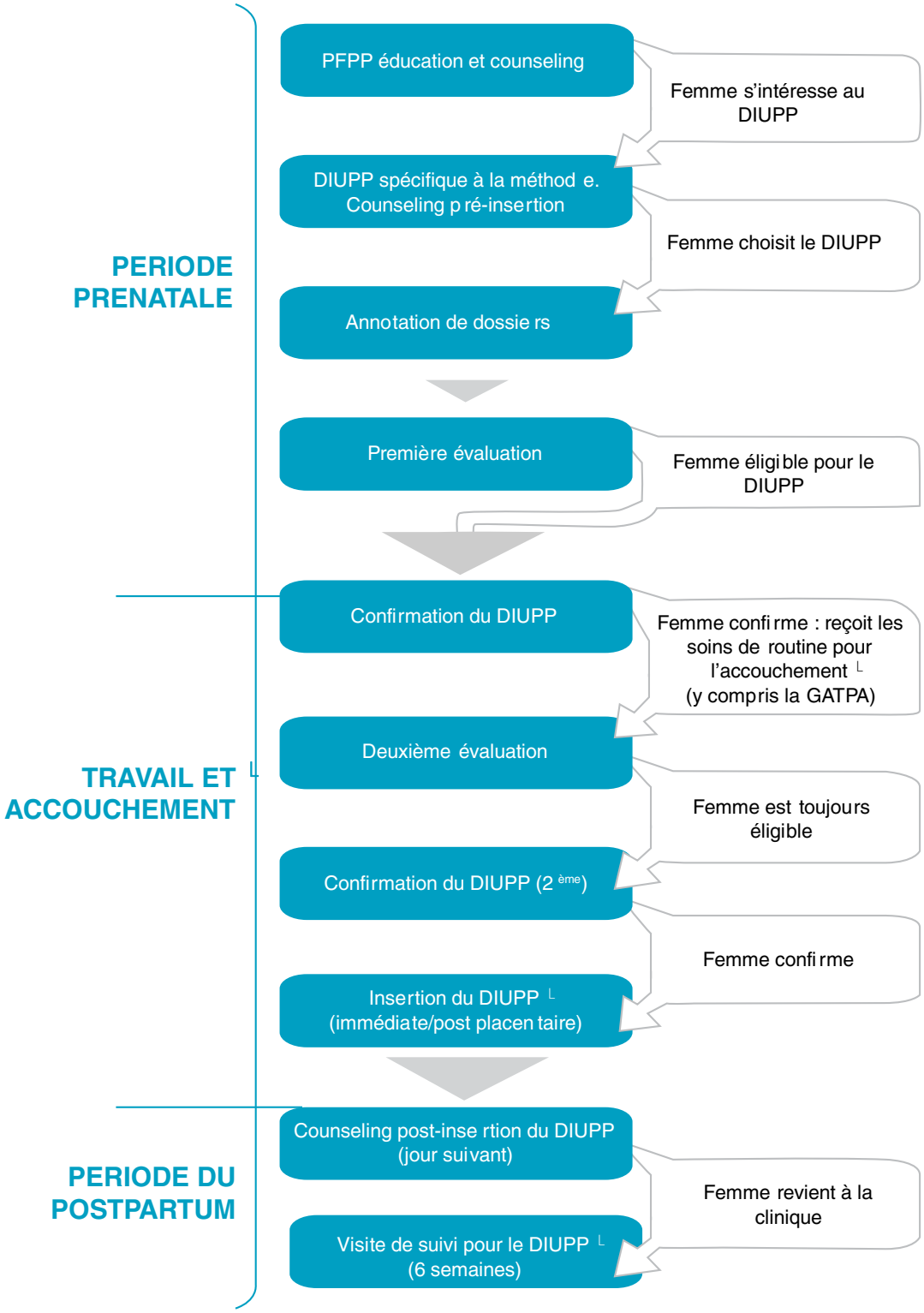
Les prestataires et autres personnels de santé utilisent des pratiques de prévention de l'infection conformément aux normes internationales.

LES SCENARIOS DES SERVICES DE DIUPP

Selon que la femme soit conseillée et ait choisi le DIUPP pendant la période prénatale, à un stade précoce du travail ou après la naissance du bébé, a un effet direct sur la façon dont les services seront fournis, en créant différents scénarios de services de DIUPP. Ces différents scénarios sont décrits et illustrés plus bas :

- Introduction/ counseling pour le DIUPP en prénatal : Cela permet d'avoir plus de temps pour le counseling, donne à la femme l'opportunité d'examiner ses options en PFPP et de choisir librement le DIUPP, et permet au prestataire de procéder à l'examen initial. Cela peut également rendre l'insertion du post-placentaire plus probable (qui est associée à des taux plus élevés de rétention du DIU). La Figure 4.2 présente ce « scénario optimal pour l'offre du DIUPP. »

Figure 4.2. « Scénario optimal pour l'offre du DIUPP » Introduction du DIUPP en prénatal avec insertion post – placentaire ou dans le postpartum immédiat



Introduction/ counseling pour le DIU en intrapartum : les étapes peuvent être raccourcies, si nécessaire, pour permettre à une femme qui a choisit le DIU au début du travail (phase de latence) de bénéficier d'une insertion en postpartum. Toutefois :

- Ceci laisse moins de temps pour le counseling, et peut retarder l'insertion au début du postpartum,—période qui est associée à des taux d'expulsion plus élevés et nécessite une procédure distincte—ou même plus tard. Une femme dans cette situation devrait être conseillée sur les avantages de l'insertion immédiate ; lui rappeler qu'elle peut changer d'avis ou que le DIU peut être retiré à tout moment pour n'importe quelle raison.
- Cela laisse aussi moins de temps pour l'évaluation initiale, bien que si la femme a un accouchement normal par voie basse, il est peu probable qu'elle présente certaines conditions (par exemple, utérus déformé) qui rendrait le DIU un choix inapproprié pour elle, ou qu'il y ait des raisons médicales pour lesquelles la méthode ne doit pas être utilisée.

Introduction/ counseling pour le DIUPP en postpartum : Les services peuvent être initiés après la naissance du bébé, même en postpartum, de sorte que la femme qui choisit le DIUPP peut avoir un DIU inséré avant qu'elle ne quitte l'établissement (dans les 48 heures suivant la naissance).

- Le risque accru d'expulsion après l'insertion d'un DIU au cours de la période du postpartum précoce, par rapport à la période du postpartum immédiat (insertion post-placentaire), peut être minimisé en effectuant la procédure dans les premières 24 heures (par exemple, le matin du Jour 1 du postpartum).
- Bien que ce scénario exige une procédure distincte, il est encore plus pratique, plus rentable et plus susceptible d'aboutir à une réelle insertion d'un DIU, que si la femme devrait revenir pour la procédure après qu'elle ait quitté le centre.

L'introduction/ counseling pour le DIUPP n'est pas recommandée pendant le travail actif, car la femme est susceptible d'être épuisée et incapable de se concentrer, et ne devrait pas être invitée à prendre des décisions importantes en ce moment.

5. Le counseling et l'évaluation initiale des utilisatrices potentielles du DIUPP

CONTEXTE

Le counseling entrant dans le cadre des services de planification familiale postpartum (PFPP) tient compte des besoins en santé de la mère et du nouveau-né pendant la période postpartum immédiate et prolongée, ainsi que des besoins et des choix à long terme de santé de la reproduction des femmes et des couples.

Dans les endroits où il n'existe pas d'activités de sensibilisation sur les DIU destinées aux femmes ou il existe beaucoup d'informations fausses sur la méthode, une sensibilisation et un counseling de qualité sont essentiels pour vaincre les obstacles à l'utilisation du DIU.

Le counseling pour la planification familiale du postpartum est un processus par lequel une personne qualifiée et compétente (un conseiller ou un prestataire de service) consacre explicitement et à dessein son temps, son attention et ses compétences pour aider un couple à :

- Comprendre les avantages de l'espacement idéal des grossesses ;
- Explorer leurs connaissances en matière de santé de la reproduction ;
- Identifier et trouver des méthodes de contraception adaptées à leurs besoins, (accès aux services, les ressources disponibles, etc.),
- Être prêt pour un retour à la fertilité.

Le counseling est une composante essentielle des services de PFPP et devrait impliquer directement la femme et, si nécessaire, son partenaire et d'autres membres de la famille concernés.

Compte tenu du fait que les techniques et approches générales de counseling entrant dans le cadre d'une éducation efficace sur la santé et d'un counseling sur la PF et la PFPP ont été présentées dans d'autres manuels[24,25], le présent chapitre mettra l'accent sur le counseling spécifique au DIUPP.

Pour les utilisatrices potentielles de DIUPP (les femmes qui sont intéressées ou qui ont choisi la méthode), des conseils spécifiques à la méthode permettent de :

- Veiller à ce que le DIU soit un bon choix pour la femme/ le couple et offre ce qu'ils recherchent comme contraception
- Discuter le « scénario optimal de service DIUPP » (les avantages de l'insertion post-placentaire).

Pour les femmes qui ont choisi le DIUPP, l'évaluation initiale permet de déterminer si elles peuvent avoir un DIUPP inséré sur la base des CEM de l'OMS pour les contraceptifs. Cela peut être fait dans le cadre du counseling individuel, car elle n'implique pas l'examen physique seulement mais une série de questions sur les antécédents médicaux de la femme.

Tous les prestataires doivent savoir que, bien que les méthodes de planification familiale ont des risques associés, les risques pour une femme/ couple peuvent être plus grands si elle n'utilise aucune méthode et peut avoir une grossesse non désirée ou inopportune. Quand un prestataire fait un counseling de façon correcte, la cliente est susceptible de :

[24] World Health Organization (OMS) Department of Reproductive Health and Research (WHO/ RHR) et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communications Programs (CCP), INFO Project. Family Planning : A Global Handbook for Providers, Baltimore et Genève : CCP et OMS, 2007

[25] Bluestone, et al. IUD Guidelines for Family Planning Service Program : A Problem-Solving Reference Manual, Jhpiego, 2006

- Faire un choix raisonnable sur les différentes méthodes de contraception pour atteindre ses objectifs de santé génésique ;
- Etre satisfaite de sa méthode choisie ;
- Utiliser la méthode choisie pendant longtemps.

Précipiter ou contourner ce processus de counseling peut amener une cliente à choisir une méthode qui n'est pas appropriée et qui peut l'exposer à des rapports non protégés, aux grossesses non désirées et à d'autres conséquences sur la santé.

COUNSELING POUR LE DIUPP

Idéalement, le counseling pour le DIUPP doit commencer au cours de la consultation prénatale et se fera par étapes :

- la 1ère étape s'inscrit dans le cadre de l'éducation générale sur la santé (souvent collective) sur les avantages de l'espacement des grossesses pour la santé (et de la limitation des naissances, si on le souhaite) et sur les méthodes de PFPP offertes aux femmes dans la communauté. A ce stade, le prestataire peut offrir des renseignements de base sur les DIUPP, entre autres méthodes.

La 2ème étape doit être suivie par des conseils individuels sur les méthodes de PFPP, lors de laquelle le prestataire fourni des informations plus détaillées à la cliente sur la méthode choisie, qui est un choix éclairé et bien adapté à ses besoins individuels. Souvent, la cliente prend le temps pour discuter de ces méthodes avec son partenaire ou d'autres personnes avant de prendre une décision finale. Pour les clientes qui ont choisi l'insertion du DIUPP, le counseling de pré-insertion fournit des informations plus détaillées sur la procédure d'insertion et d'autres attributs de la méthode. Encore une fois, c'est aussi une occasion idéale pour l'évaluation initiale. Et enfin, pour les femmes qui reçoivent le DIUPP, le counseling post-insertion fournit des informations sur le retour pour le suivi, les effets secondaires, les signes d'alerte à reconnaître, que faire si ces cas se produisent, et comment les gérer. (Voir Chapitre 6)

Les messages clés sur l'espacement des grossesses pour la santé sont résumés dans le chapitre 2 à la page 3. Les aides mémoires pour le counseling PFPP sont présentés dans l'annexe A.

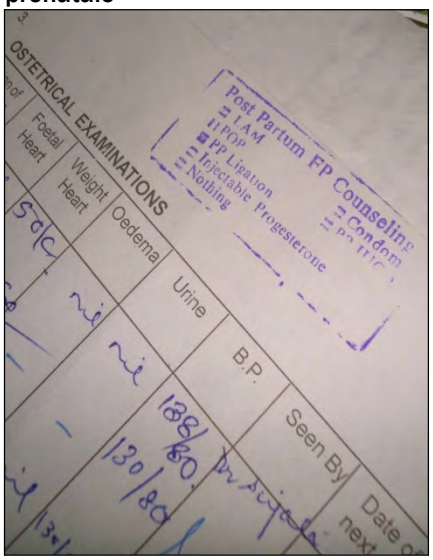
> Rappelez-vous : Tous les couples et tous les individus ont le droit de prendre leurs propres décisions concernant la planification familiale et l'espacement des naissances. Ils ont également le droit aux informations exactes et à jour dont ils ont besoin pour prendre de telles décisions en toute responsabilité, ainsi qu'un accès à une gamme complète de choix contraceptifs sûrs et fiables. La sensibilisation et le counseling sur la planification familiale jouent un rôle central en ce sens qu'ils renforcent la capacité des clients à exercer ces droits de base et d'autres droits. Ils devraient être organisés à un moment et d'une manière qui aide le client à opérer un choix, et non d'une manière qui tend à convaincre, à exercer une pression ou à inciter une personne à utiliser une méthode particulière.

A QUEL MOMENT DOIT-ON FAIRE LE COUNSELING SUR LE DIUPP ?

Etant donné que l'approche la plus efficace des services de DIUPP consiste à insérer le stérilet immédiatement après la délivrance du placenta, il est capital que les femmes reçoivent le counseling sur le DIUPP pendant la période prénatale. Il y a lieu de mettre en place un système pour déterminer si les femmes fréquentant la clinique de visites prénatales ont reçu le counseling et ont choisi une méthode de PF postpartum. L'éducation à la santé peut être offerte à toutes les personnes fréquentant la clinique par un conseillé qualifié au cours des soins prénataux. Puis, un counseling individuel peut être offert aux femmes et aux couples avant, pendant et après l'évaluation prénatale. Des informations spécifiques, telles que mentionnées ci-dessous et dans le Tableau 4.2 devraient être offertes aux personnes manifestant un intérêt pour le DIUPP.

Le choix de la femme concernant la PFPP devrait être enregistré clairement sur sa carte ou fiche de visite prénatale. Ceci est particulièrement vrai pour les femmes qui ont choisi le DIUPP. Ce cachet ou cette note particulière sur la fiche de visite prénatale (voir Figure 5.1) / carnet de consultation prénatale renseignera le personnel de la salle d'accouchement à propos des femmes qui ont choisi le DIUPP de sorte à ce qu'ils puissent prendre les dispositions pour offrir la méthode immédiatement après la délivrance du placenta. La notation faite sur la carte prénatale/ carnet de consultation prénatale devrait être évidente et remarquable de sorte à ce qu'elle serve comme un rappel pour les prestataires de soins prénataux et qu'elle puisse être vue facilement par le personnel de la salle de travail et d'accouchement. Le personnel de la salle de travail devrait vérifier le carnet de visites prénatales à la recherche de cette information lorsque la femme se présente pour les soins d'accouchement.

Figure 5.1. Echantillon de fiche d'enregistrement d'une visite prénatale



Counseling prénatal

Le processus de counseling devrait être adapté aux besoins individuels de la femme. Il devrait reposer sur un environnement de confiance et de respect. Bien que le counseling doit inclure un certain nombre d'informations techniques et factuelles, la femme est souvent plus positivement ou négativement influencée par l'attitude du prestataire et le sentiment qu'elle a à propos de la question de savoir si oui ou non le prestataire garde à l'esprit son intérêt suprême. Les prestataires devraient essayer de tisser un lien avec la femme et de gagner sa confiance avant de lui présenter les détails relatifs au DIUPP.

Une fois la confiance établie, le counseling portant spécifiquement sur la méthode devrait contenir les informations suivantes :

- Informations clés sur les DIU :
  - Efficacité : prévient presque 100% des grossesses (>99% efficace)
  - Comment le DIU prévient la grossesse : provoque un changement chimique détruisant le spermatozoïde AVANT la rencontre du spermatozoïde et de l'œuf ; empêche la fécondation
  - Comment le DIU est utilisé : inséré après l'accouchement et ne nécessite plus de soins supplémentaires (assurez-vous que la femme sait qu'il est possible également d'insérer le DIU à d'autres moments)
  - Pendant combien de temps le DIU prévient-il la grossesse : jusqu'à 12 ans
  - Comment et quand peut-on retirer le DIU : à tout moment par un prestataire qualifié et la fécondité revient immédiatement
  - Comment le DIUPP sera-t-il inséré ?
- Avantages du DIUPP :
  - Faible risque d'infection
  - Insertion immédiate après l'accouchement (post placentaire ou postpartum immédiat)
  - Ne nécessite aucune action de la part de la femme
  - N'affecte pas l'allaitement au sein
  - Dure pendant longtemps et est réversible. Peut être utilisé pour prévenir la grossesse pendant une courte période ou pendant une période aussi longue que 12 ans.

- Limites du DIUPP :
  - Risque d'expulsion plus grand lorsque le DIU est inséré pendant la période postpartum (cependant ce risque est moindre lorsque le DIU est inséré immédiatement après la délivrance du placenta)
  - Les fils peuvent ne pas être visibles au début, ce qui peut requérir un plus grand suivi et une plus grande investigation.
- Les signes d'avertissement à l'intention des utilisatrices du DIUPP (les conseillers devraient également expliquer à la femme qu'elle doit revenir à la clinique dès que possible si elle remarque un des éléments suivants) :
  - Ecoulement vaginal malodorant différent des lochies habituelles
  - Des douleurs dans le bas-ventre, en particulier si elles sont accompagnées de malaises, de fièvre ou de frissons
  - Inquiète que le DIU soit tombé

Le counseling devrait être fait avec la femme, et si elle préfère, avec son mari. Le counseling peut être fait par des conseillers qualifiés, avec l'aide et les éclaircissements du prestataire de soins de santé. Le counseling est mieux fait lorsque le conseiller utilise des supports visuels (poster, DIU de démonstration) pendant le counseling et évalue la compréhension de la femme.

Tableau 5.1. Messages aux clients relatifs aux principaux attributs du DIUPP

La fourniture d'informations correctes sur le DIU et son insertion pendant la période postpartum immédiate constituent une composante très importante de counseling à des clientes potentielles du DIUPP, en particulier dans les régions où la sensibilisation sur la méthode est faible ou où il existe beaucoup d'informations fausses sur la méthode.	
Qu'est-ce-que c'est	Le DIU est un petit dispositif en plastique qui est inséré dans votre utérus.
A quel moment est-il inséré	Il est inséré soit immédiatement après l'expulsion du placenta, pendant un accouchement par césarienne ou au cours des deux premiers jours après l'accouchement, pendant que vous êtes encore dans la structure sanitaire. Ceci est très pratique pour vous, parce qu'au moment où vous quitterez la structure sanitaire, vous aurez en place votre méthode de planification familiale qui est déjà opérationnelle.
Qui peut l'utiliser	La plupart des femmes en période postpartum peuvent utiliser le DIU en toute sécurité, y compris celles qui sont jeunes, celles qui allaitent ou qui font des travaux durs. Il convient en particulier aux femmes qui estiment avoir fini leur maternité, mais qui souhaitent reporter la stérilisation jusqu'à ce qu'elles soient tout à fait sûres. Certaines femmes, à savoir les femmes ayant un utérus mal formé ou courant un risque personnel très élevé de contracter une infection sexuellement transmissible, ne devraient pas utiliser le DIU. Quelquefois, des femmes développent une infection au moment de l'accouchement. Elles devraient attendre après que l'infection ait été traitée pour se faire insérer le DIU.
Efficacité	Le DIU est efficace à plus de 99% en matière de prévention de la grossesse, ce qui fait de lui une des méthodes contraceptives réversibles la plus efficace actuellement disponible.
Mécanisme d'action	Le DIU prévient la grossesse en empêchant le spermatozoïde de féconder l'ovule
Allaitement au sein	L'utilisation d'un DIU pendant la période postpartum n'affectera pas la manière dont vous allaitez votre bébé au sein et ne modifiera ni la quantité ni la qualité de votre lait.
Durée de la protection	Le DIU est immédiatement opérationnel après l'insertion et le Copper T est efficace pendant 12 ans.

La fourniture d'informations correctes sur le DIU et son insertion pendant la période postpartum immédiate constituent une composante très importante de counseling à des clientes potentielles du DIUPP, en particulier dans les régions où la sensibilisation sur la méthode est faible ou où il existe beaucoup d'informations fausses sur la méthode.	
Effets secondaires	Les DIU libérant du cuivre (ex. le Copper T) ont moins d'effets secondaires comparativement aux méthodes hormonales (ex. les pilules), mais souvent ils provoquent une augmentation du flux, de la durée des règles ainsi que des douleurs qui y sont associées. Ces symptômes ne sont habituellement pas remarqués par les femmes en état postpartum, en particulier celles qui pratiquent l'allaitement au sein, parce qu'ils s'atténuent ou s'estompent au cours des premiers mois suivant l'insertion.
Avantages pour la santé et risques éventuels	Le DIU est très efficace pour prévenir la grossesse. Lorsqu'il est inséré pendant la période postpartum, environ 5–10 femmes sur 100 se rendront compte que le DIU est tombé au cours des trois premiers mois. Si une telle chose se produit, vous devriez retourner à la clinique et vous faire insérer un autre DIU afin de continuer à être protégée contre la grossesse.
Protection contre le VIH et d'autres IST	Le DIU n'offre aucune protection contre le VIH ou d'autres IST. Seules les méthodes à barrière (ex. les préservatifs) aident à protéger contre l'exposition au VIH et d'autres IST. Si vous pensez courir « un risque personnel très élevé » de contracter certaines IST, vous ne devriez pas utiliser le DIU.
Coût et avantage	L'obtention d'un DIUPP est peu coûteuse et très avantageuse. Le DIU sera placé avant que vous ne quittiez la structure de santé après l'accouchement. Dans la plupart des cas, seule une visite de suivi à la clinique est nécessaire.
Action supplémentaire et retrait.	Une fois que le DIU est inséré, aucune action supplémentaire n'est nécessaire de votre part. Vous n'avez pas besoin de vous réapprovisionner ou de payer quelque chose d'autre. Lorsque vous avez le DIU en place, vous devriez vous rendre à la clinique pour le faire retirer. Vous pourrez tomber immédiatement enceinte après le retrait. Si vous souhaitez poursuivre l'utilisation pendant une longue période, vous pouvez l'utiliser pendant 12 ans et puis le faire remplacer par un autre.

A QUEL AUTRE MOMENT PEUT-ON CONSEILLER LES FEMMES SUR L'INSERTION DU DIUPP ?

L'idéal serait que la femme reçoive le counseling sur les services de DIUPP pendant la période prénatale. Ceci offre beaucoup d'opportunités de se pencher sur ses préoccupations et de répondre à ses questions. Ceci permet aussi d'avoir une discussion avec le mari et d'autres membres de la famille si l'on considère une telle chose comme étant une partie importante du processus de counseling. Si ceci n'est pas possible parce que la femme n'a pas de consultation prénatale, ou l'a eue dans une structure où le counseling sur la PFPP n'est pas offerte, ou que son choix n'a pas été noté sur son dossier de consultation prénatale, il est acceptable de conseiller les femmes à d'autres moments, comme :

- **Pendant une hospitalisation prénatale :** si une femme fait l'objet d'un examen ou suit un traitement pour une complication prénatale, il est possible de lui offrir un counseling sur le DIUPP. Ceci constitue un bon moment pour discuter avec elle des avantages au point de vue sanitaire de l'espacement des naissances aussi bien pour elle que pour son bébé.
- **Au début du travail :** Si une femme se présente au début du travail (elle est relativement dans une situation confortable, avec des contractions qui ne sont pas fréquentes, et est capable de se concentrer sur les informations qui sont en train d'être fournies) il est possible de lui offrir le counseling sur le DIUPP. Il serait important qu'elle comprenne que la méthode n'est pas une méthode définitive et qu'elle peut changer d'avis à tout moment.
- **Le premier jour postpartum :** pour les femmes qui ne pouvaient pas recevoir le counseling avant l'accouchement, il est possible de le leur offrir le premier jour postpartum.

- **Avant un accouchement par césarienne programmé :** les femmes arrivant à l'hôpital pour un accouchement par césarienne programmé peuvent recevoir un counseling sur l'insertion du DIU pendant l'accouchement par césarienne.

En général, compte tenu du stress lié au travail, une femme **NE devrait PAS être conseillée sur le DIUPP la première fois pendant la phase active du travail**. L'intensité du travail fait que ce moment n'est pas un moment approprié pour opérer un choix éclairé sur la contraception, et il est improbable que ce soit possible pour elle de se concentrer suffisamment sur les informations au point de pouvoir donner son consentement.

Counseling post insertion

Après l'insertion du DIU, le prestataire qui a réalisé l'insertion devrait revenir sur certaines caractéristiques clés du DIU avec la femme.

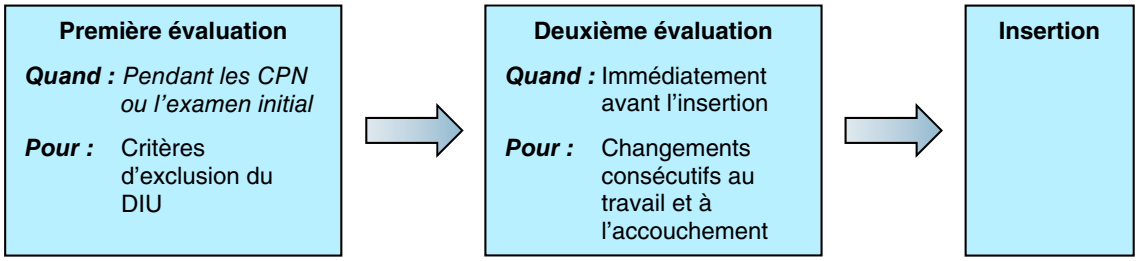
- Les effets secondaires du DIU et les symptômes postpartum normaux
- L'importance de l'allaitement au sein et du fait que le DIUPP n'affecte en rien l'allaitement au sein ni le lait maternel
- Le moment auquel la femme doit retourner pour la visite de contrôle du DIU/ postnatale/ examen médical du nouveau-né
- Doit revenir à tout moment si elle a une préoccupation ou observe des signes d'avertissement
- Signes d'avertissement concernant le DIU
- Comment vérifier qu'il y a ou non expulsion et que faire en cas d'expulsion

Pour les femmes recevant une insertion post placentaire ou per césarienne, il est mieux que ce counseling soit réalisé le jour suivant, lorsque la femme peut se concentrer mieux sur les messages. Si l'insertion avait été faite pendant la période postpartum immédiate, le counseling post insertion peut être fait peu de temps après l'insertion.

EVALUATION DE LA CLIENTE

L'évaluation des femmes dans l'objectif de leur offrir les services de DIUPP devrait se faire en ***deux phases***. La première évaluation consiste en une évaluation générale des antécédents médicaux et de l'éligibilité de la femme vis-à-vis de la méthode. Une deuxième évaluation est faite immédiatement avant l'insertion (pendant la césarienne, après la délivrance du placenta ou en l'intervalle de 48 heures après l'accouchement) en vue d'examiner ces critères qui ont peut être changé du fait du travail et de l'accouchement.

Figure 5.2



Première évaluation

Un **premier examen devrait** être réalisé avec la femme enceinte pendant les visites prénatales et inclut une évaluation des conditions suivantes mentionnées dans les Critères d'Eligibilité Médicale pertinentes pour les services de DIUPP, qui font que le DIU n'est pas un bon choix pour cette femme :

- Une cavité utérine déformée connue (septum utérin, utérus fibrogénique, etc.)
- Ecoulement purulent aigu (semblable à du pus)
- Probabilité personnelle élevée d'exposition à la blennorragie ou Chlamydia
- Maladie trophoblastique maligne ou bénigne
- SIDA, et le fait de ne pas se sentir bien au point de vue clinique ou de ne pas être sous traitement antirétroviral

CRITERES D'ELIGIBILITE MEDICALE

Les Critères d'Eligibilité Médicale de l'OMS constituent la base scientifique de l'évaluation des clientes concernant les méthodes de planification familiale. Ils offrent des orientations détaillées sur le fait qu'une femme ayant une certaine condition peut utiliser ou non en toute sécurité une méthode de planification familiale donnée. Il y a quatre catégories de CEM :

- **Catégorie 1 :** Une condition pour laquelle il n'y a pas de restriction pour l'utilisation d'une méthode contraceptive.
- **Catégorie 2 :** Une condition où les avantages de l'utilisation de la méthode l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
- **Catégorie 3 :** Une condition où les risques théoriques ou avérés dépassent d'habitude les avantages de l'utilisation de la méthode.
- **Catégorie 4 :** Une condition qui représente un risque sanitaire inacceptable si la méthode contraceptive est utilisée.

Catégorie	Assortie d'une appréciation clinique	Assortie d'une appréciation clinique limitée
1	Utilisez la méthode dans toutes les circonstances	Oui (Utilisez la méthode)
2	Utilisez généralement la méthode	
3	L'utilisation de la méthode n'est pas d'habitude recommandée à moins qu'il n'existe pas d'autres méthodes appropriées ou qu'elles ne soient pas acceptables	Non (N'utilisez pas la méthode)
4	Méthode à ne pas utiliser	

6. Pratiques de prévention des infections et le DIUPP

CONTEXTE

Des pratiques de prévention des infections basées sur des preuves font partie intégrale de tous les programmes réussis de DIUPP. Il faut obligatoirement des procédures de prévention des infections qui s'assurent que le personnel est bien formé et que le matériel et les instruments sont adéquatement décontaminés, lavés, traités et évacués. Lorsqu'elles sont correctement et systématiquement exécutées, les pratiques de prévention des infections peuvent réduire le risque d'infection associé aux techniques telles que l'insertion du DIUPP, minimiser les risques de transmission des maladies nosocomiales aux clientes du DIUPP et protéger aussi les agents de santé. Les pratiques de prévention des infections essentielles à la fourniture de services d'insertion postpartum du DIU seront examinées dans le présent chapitre. L'audience est supposée être déjà bien versée dans les éléments essentiels des principes de base de prévention des infections. Voir le Tableau 6.1 à la fin du présent chapitre pour un résumé des procédés importants de prévention des infections pertinents pour le DIUPP.

OBJECTIFS PRINCIPAUX DE LA PREVENTION DES INFECTIONS PENDANT L'INSERTION DU DIUPP

1. Réduction du risque d'infection associé à la technique d'insertion du DIUPP
2. Réduction du risque de transmission d'une maladie nosocomiale aux clientes du DIUPP
3. Protection des agents de santé à tous les niveaux de l'exposition à la maladie

QUESTIONS DE PREVENTION DES INFECTIONS DANS LE CONTEXTE INTRAPARTUM ET POSTPARTUM

Nonobstant comment et quand est réalisée l'insertion du DIUPP, les pratiques de prévention des infections associées à l'insertion du DIUPP doivent être intégrées aux politiques et procédures actuelles de prévention des infections qui s'appliquent aux soins intrapartum et postpartum de routine. De bonnes procédures de prévention des infections ont un impact non seulement sur l'insertion du DIUPP, mais aussi sur l'accouchement et la période postpartum de routine. On ne s'attend pas à ce qu'une infection de base liée à l'accouchement, comme l'endométrite soit associée à l'insertion du DIUPP et une telle infection peut être évitée.

Rôle de la prophylaxie antibiotique

Vu les coûts élevés du test universel de détection des IST, l'utilisation d'une prophylaxie antibiotique de routine pour la prévention des complications autres que postpartum/ DIU par intervalle a été testée dans un certain nombre de grands essais cliniques. Une méta-analyse de ces essais n'a trouvé aucune baisse qui soit associée à la survenue d'une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) avec une prophylaxie[26] antibiotique de routine. L'insertion du DIUPP a constitué le sujet spécifique d'une autre méta-analyse récente qui a indiqué l'existence d'un taux global faible de survenue d'infection liée à l'insertion indépendamment du moment où de la voie de délivrance.[27] L'utilisation d'une prophylaxie antibiotique dans ce contexte n'avait pas été étudiée. Lorsque l'on suspecte une infection utérine postpartum, il faudrait différer l'insertion du DIUPP. A l'heure actuelle, il n'existe pas de preuve quant au rôle de l'utilisation d'une prophylaxie antibiotique dans la prévention des infections liées à l'insertion du DIUPP dans un contexte postpartum.

[26] Grimes, DA., Schulz, KF. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. Cochrane Database Syst Rev 2001 ; CD001327.
[27] Kapp, N, Curtis, KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period : a systematic review. Contraception 80 (2009) 327–336kk

Procédés de base de prévention des infections et le DIUPP

Par définition, les services de DIUPP peuvent s'offrir dans des cadres très différents tout au long du continuum de soins liés à l'accouchement et peuvent nécessiter différents équipements et matériels suivant le moment et la technique utilisée :

Procédure	Moment	Lieu
Insertion post placentaire	Dans les 10 minutes suivant l'expulsion du placenta	Salle d'accouchement
Insertion per césarienne	Après l'expulsion du placenta	Salle d'opération
Insertion postpartum immédiate	Jusqu'à 48 heures après l'accouchement	Salle d'accouchement ou de procédure clinique

Les principaux procédés suivants de prévention des infections liées à l'insertion du DIUPP doivent être exécutés si l'on veut atteindre les principaux objectifs :

- Application systématique des précautions standards
- Utilisation de technique aseptique/ technique sans toucher pendant toute procédure d'insertion
- Utilisation d'équipement traité par la désinfection de haut niveau/ stérilisation avec une évacuation appropriée des déchets après chaque procédure

Application des précautions standards

- Considérez toute personne (patient, cliente ou personnel) comme étant non seulement potentiellement infectieuse mais aussi susceptible d'être infectée. Les précautions standard protègent tout le monde.
- Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau ou induisez-vous les mains avec un baume pour mains à base d'alcool avant de réaliser les insertions du DIUPP.
- Portez des gants sur les deux mains avant de toucher quoi que ce soit d'humide, la peau de la partie génitale basse et la muqueuse, le sang ou d'autres liquides corporels tels que l'urine ou les selles, les instruments souillés, et les déchets contaminés, ou au moment de réaliser des procédures invasives.
- Utilisez des lunettes de protection, des masques faciaux et des tabliers en cas de possibilité d'éclaboussure ou de déversement de sang ou d'autres liquides corporels (ex. pendant la procédure ou pendant le lavage des instruments ou d'autres objets).
- Utilisez un agent antiseptique approprié pour nettoyer et préparer le vagin et le col de l'utérus avant les procédures effractives telles que l'insertion du DIUPP.
- Débarrassez-vous en toute sécurité des déchets et traitez tous les équipements réutilisables suivant les procédures admises.

L'utilisation de la technique aseptique/ technique sans toucher pendant toute insertion du DIUPP

- Utilisez uniquement des DIU stériles provenant d'emballages stériles intacts, non expirés et non endommagés.
- Utilisez uniquement des gants stériles pour toucher le DIU. De préférence, évitez de toucher le DIU.
- Le DIU ne peut pas toucher le périnée, les parois du vagin, les lames du spéculum ou toute autre surface non stérile capable de le contaminer avant l'insertion dans l'utérus.
- Le DIU ne peut pas être passé à travers l'orifice cervical plus d'une fois.

L'utilisation d'un équipement désinfecté à haut niveau/ stérilisé suivi d'une bonne évacuation des déchets après chaque procédure

- Traitez les instruments après utilisation en les décontaminant premièrement, puis en les nettoyant, avant de les stériliser ou de les désinfecter à haut niveau, en vous conformant aux procédures recommandées.
- Les DIU ne peuvent pas être stérilisés à nouveau après contamination.
- En général, tout instrument à placer dans le vagin ou l'utérus, tel que la pince placentaire, la pince à faux germes/ pince à anneau ou une valve/ un spéculum devrait avoir subi un traitement par stérilisation ou par désinfection de haut niveau après utilisation d'une patiente à une autre et souvent d'une utilisation à une autre sur la même patiente s'il existe un risque de contamination potentielle.
- Débarrassez-vous des déchets infectieux en vous conformant aux règles de sécurité afin de protéger les personnes qui les manipulent et de prévenir une blessure ou la propagation de l'infection à d'autres personnes admises à la structure de santé ou à d'autres membres de la communauté.

Procédures spécifiques de prévention des infections concernant l'insertion du DIUPP

Cadre convenable

L'idéal serait que la salle soit située dans un endroit intime, facile d'accès pour les prestataires de soins et leurs patients. La salle devrait également :

- Comporter une table d'examen ou de procédure assortie d'une surface lavable. Pour l'insertion post placentaire, il est possible d'utiliser le même lit ou la même table qui a été utilisée pour l'accouchement.
- Etre bien éclairée et bien ventilée (avec des rideaux bien fixés à toutes les fenêtres ouvertes).
- Etre propre, ordonnée et dépourvue de poussière et d'insectes.
- Avoir un plancher en carreaux ou en béton afin de faciliter le nettoyage.
- Comporter des récipients étanches/ imperforables (munis de couvercles hermétiquement fermés) ou des sacs en plastique pour l'évacuation des déchets contaminés.
- Proximité d'une installation de lavage des mains, y compris un approvisionnement d'eau courante et propre (c'est-à-dire claire, non trouble ou dépourvue de sédiments).

Tenue appropriée pour les clientes et le personnel

La tenue recommandée variera suivant le moment et le lieu de réalisation de la procédure, mais en général :

- Les clientes peuvent porter soit une robe d'hôpital (immédiatement après l'accouchement ou dans la salle d'opération) ou leurs propres vêtements lorsque l'insertion est réalisée quelque temps après l'accouchement (dans les 48 heures postpartum).
- Si l'insertion du DIU est réalisée pendant la période post placentaire, le personnel porte en général un équipement de protection individuelle adapté pour un accouchement par voie vaginale tel que des blouses imperméables ou des blouses à longues manches munies de tabliers en caoutchouc ainsi que des protections des yeux et de la bouche. Seuls des gants stériles devraient être changés avant l'insertion. En cas d'insertion intra césarienne dans la salle d'opération, les équipements habituels de protection individuelle en cas d'opération sont requis, sans changement dans le port de gants stériles exigés en l'absence de contamination. Pour les insertions du DIUPP à l'aide d'instruments réalisées plus tard pendant la période postpartum (dans les 48 heures après l'accouchement), les bras du prestataire de soins de santé devraient également être

recouverts par les longues manches de la blouse compte tenu du risque de contamination pendant le placement intra-utérin du DIU. L'utilisation d'équipements de protection des yeux et de la bouche est facultative.

Mesures spécifiques de prévention des infections en vue de la procédure

- Avant l'insertion du DIUPP
  - S'assurer que les instruments et le matériel sont disponibles et près à être utilisés.
  - S'assurer que l'emballage du DIU n'est pas ouvert ni endommagé et vérifier la date d'expiration. (Indépendamment du moment ou du cadre, l'emballage du DIU ne devrait pas être ouvert jusqu'à ce que la dernière décision d'insérer le DIU ait été prise.)
  - Ouvrez tous les instruments et matériels stériles requis, y compris le DIUPP sur une surface sèche et stérile telle qu'un drap ou un plateau en acier. Il est nécessaire de faire particulièrement attention après l'accouchement afin de garantir un environnement assez stérile. Si possible, il est recommandé d'utiliser une table ou une surface séparée afin de prévenir la contamination croisée avec les instruments utilisés pendant l'accouchement.
  - Si possible, lavez ou demandez à la femme de se laver la zone du périnée avec du savon et de l'eau avant d'apprêter le vagin et le col de l'utérus et de commencer l'insertion. Si l'insertion intervient immédiatement après l'accouchement, il est suffisant de laver la zone périnéale soigneusement avec des compresses ou une serviette stérile en l'absence d'une contamination fécale franche.
  - Il n'est pas exigé de procéder à une préparation antiseptique de la vulve, du périnée et de la région péri-rectale. Il n'existe aucune preuve que le rasage de la zone génitale pour l'accouchement ou l'insertion du DIUPP diminue le taux d'infection.
  - Si disponible, placez un linge sec, stérile entre la région génitale de la cliente et la surface de la table d'examen par souci de confort de la patiente et pour réduire la contamination des instruments stériles et du DIU pendant l'insertion.
  - Lavez-vous abondamment les mains avec du savon et de l'eau ; séchez-les à l'aide d'un linge propre et sec ou laissez-les sécher à l'air.
  - Portez des gants chirurgicaux stériles/ gants d'examen propres sur les deux mains.
  - Utilisez des compresses stériles ou du coton stérile un agent antiseptique adapté à base d'eau devrait être appliqué au vagin et au col de l'utérus deux fois ou davantage avant l'insertion ou le retrait du DIU. Nettoyer en commençant à partir de l'orifice cervical interne vers l'extérieur.
    - Les agents antiseptiques les plus couramment utilisés pour le vagin et le périnée sont : les iodophores, tels que le polyvidone iodé, et la chlorhexidine. En cas d'utilisation d'un iodophore, attendez une à deux minutes après l'application avant de commencer la procédure. Les iodophores tels que le polyvidone iodé nécessitent un temps de contact pour pouvoir agir.
    - N'utilisez pas d'alcool comme antiseptique au niveau des voies génitales. Non seulement c'est douloureux pour la patiente, mais cela peut en réalité augmenter le risque d'infection en séchant et endommager les muqueuses vaginales et cervicales.
  - En cas de contamination des gants pendant le processus d'application de l'antiseptique, changez-les et portez une nouvelle paire de gants avant de commencer l'insertion.
- Pendant l'insertion du DIU (si nécessaire)
  - Seuls des gants stériles ou désinfectés à haut niveau devraient être utilisés pour toucher le DIU au moment de le placer sur la pince placentaire et pendant l'insertion postpartum. De préférence évitez de toucher le DIU et chargez-le dans son emballage stérile. Pendant les procédures d'insertion par intervalle au cours desquelles le DIU est placé sur le tube d'insertion alors qu'il se trouve dans son emballage stérile, des gants d'examen propres sont suffisants étant donné que l'on n'anticipe pas un contact direct avec le DIU lui-même.

- Les gants qui ont été utilisés pour toucher le périnée ou le vagin sont par définition contaminés et ne sont donc plus stériles.
- Pendant toute la procédure, utilisez la « technique sans toucher » pour réduire les risques de contamination de la cavité utérine. L'utilisation de la technique « sans toucher » pendant l'insertion du DIUPP signifie que :
  - On touche le DIU uniquement à l'aide de gants stériles non contaminés et d'équipement stérile.
  - On ne laisse pas le DIU toucher le drap fessier, le périnée, les parois vaginales ou les lames du spéculum (ou toute autre surface non stérile susceptibles de le contaminer)
  - On ne fait pas passer le DIU à travers l'orifice cervical plus d'une fois.
- Au cas où le placement du DIU au fond de l'utérus a échoué et que le DIU est délogé et retiré, un autre emballage stérile de DIU doit être ouvert si le DIU a été contaminé et que l'on envisage de recommencer la tentative d'insertion. En cas de contamination, il faut appliquer un antiseptique supplémentaire et porter obligatoirement une autre paire de gants stériles.

- Après l'insertion du DIU
  - Avant de retirer vos gants :
    - Plongez tous les instruments utilisés dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes afin de les décontaminer, si cela n'est déjà fait.
    - Débarrassez-vous de tous les déchets (ex. Les tampons de coton hydrophile et de gaze) en les mettant dans un récipient imperforable (muni d'un couvercle hermétiquement fermé) ou dans un sac en plastique.
    - Plongez les deux mains gantées dans une solution de chlore à 0,5%. Retirez les gants en les tournant vers l'intérieur.
    - Débarrassez-vous des gants en les mettant dans un récipient imperforable ou dans un sac en plastique.
    - Lavez-vous les mains abondamment avec du savon et de l'eau ; séchez-les à l'aide d'un linge propre et sec ou laissez-les sécher à l'air.
    - Après le départ de la cliente, essuyez la table d'examen avec une solution de chlore à 0,5% pour la décontaminer.
    - Assurez-vous que tous les instruments, gants et autres objets réutilisables sont également traités conformément aux pratiques recommandées en matière de prévention des infections. (Voir Tableau 6.1).

Tableau 6.1. Etapes du traitement des instruments et d'autres objets utilisés dans les services de DIUPP[28]

Instruments/ objet	Décontamination	Nettoyage	Désinfection de haut niveau	Stérilisation
	Est la première étape de manipulation d'instruments souillés ; réduit le risque de transmission du VHB et du VIH	**Elimine tout le sang, tous les liquides corporels visibles et la poussière.**	**Méthode de traitement final recommandée ; détruit tous les virus, les bactéries, les parasites, les champignons et certains endospores.**	**Méthode alternative de traitement final ; détruit tous les microorganismes, y compris les endospores.**
La partie supérieure de la table d'examen et d'autres grandes surfaces	Essuyez en utilisant une solution de chlore de 0,5%.	Lavez avec du savon et de l'eau s'il reste des matières organiques après la décontamination.	Pas nécessaire.	Pas nécessaire.
Les instruments utilisés pour l'insertion ou le retrait du DIU (ex. le spéculum, le forceps placentaire/ ring forceps, écarteur/ spéculum)	Plongez dans une solution de chlore de 0,5% pendant 10 minutes avant de nettoyer. Rincez ou lavez immédiatement.	A l'aide d'une brosse, lavez avec du savon et de l'eau. Rincez avec de l'eau propre. S'ils seront stérilisés, séchez à l'air ou essuyez-les à sec et emballez.	Passez à la vapeur ou faites bouillir pendant 20 minutes. Désinfection chimique de haut niveau par immersion pendant 20 minutes (solution chlorée à 0,1 %). Rincez bien avec de l'eau bouillie et laisser sécher à l'air avant d'utiliser ou de conserver.	Chauffer à sec pendant une heure après avoir atteint 170°C (340°F), ou utilisez un autoclave à 121°C (250°F) et 106 kPa (15 lbs/ in2) pendant 20 minutes (30 minutes si les instruments sont emballés).
Récipients de conservation des instruments	Plongez dans une solution de chlore de 0,5% pendant 10 minutes avant de nettoyer. Rincez ou lavez immédiatement.	Lavez avec du savon et de l'eau. Rincez avec de l'eau propre, séchez à l'air ou essuyez à sec.	Faites bouillir le récipient et recouvrez pendant 20 minutes. Si le récipient est trop grand : Remplissez-le d'une solution de chlore à 0,1% et plongez-le pendant 20 minutes. Rincez avec de l'eau qui a été bouillie pendant 20 minutes et laissez sécher à l'air avant d'utiliser.	Chauffer à sec pendant une heure après avoir atteint 170°C (340°F), ou utilisez un autoclave à 121°C (250°F) et 106 kPa (15 lbs/ in2) pendant 20 minutes (30 minutes si les instruments sont emballés).

A Si non emballés, utilisez immédiatement ; si emballés, peuvent être conservés pendant toute une semaine avant d'être utilisés.
B Evitez une exposition prolongée (plus de 20 minutes 10 minutes) à la solution de chlore (plus de 0,5%) pour réduire la corrosion des instruments et la détérioration des objets en caoutchouc ou en tissu.

[28] Adapté de : Perkins 1983

7. Procédure d'insertion du DIUPP

CONTEXTE

Les chapitres précédents ont discuté des étapes appropriées pour conseiller les femmes autour de toutes les méthodes appropriées de planification familiale postpartum et de la sélection des femmes qui optent pour le DIUPP. Le présent chapitre porte essentiellement sur la procédure d'insertion du DIU pendant la période postpartum immédiate.

Chaque programme et chaque structure clinique déterminera quelle est la technique d'insertion qui lui est appropriée sur la base de ses capacités en termes de personnel et de prestation de services, ainsi que sur la base des normes et politiques nationales et locales.

L'élément principal de services DIUPP est l'insertion d'un DIU, dans les 10 minutes suivant la délivrance du placenta ou jusqu'à 48 heures après la naissance. Parce que l'insertion du DIUPP s'effectue en même temps que d'autres événements sanitaires importants, il est utile de penser à l'insertion non seulement comme une procédure clinique, mais comme un processus entièrement intégré aux soins de l'accouchement, du postpartum et du nouveau–né qui comporte plusieurs étapes :

- La première confirmation (du choix) pour s'assurer que la femme veut toujours le DIUPP ;
- La deuxième évaluation de la femme, afin de s'assurer qu'il n'y a pas de conditions résultant du travail et de l'accouchement qui rendent la pose d'un DIU dangereux en ce moment, suivie par une autre confirmation (préparation de la cliente), et l'insertion du DIU per césarienne, immédiatement après l'expulsion du placenta, ou la période postpartum précoce, le cas échéant ;
- Et enfin des services de counseling post-insertion.

Quand et comment ces différentes étapes du processus seront réalisées, dépendront de divers facteurs, y compris les préférences de la femme et les services qu'elle a reçus jusqu'à présent, les compétences du prestataire et les politiques et les capacités de l'établissement de soins de santé. Le traitement respectueux de la femme et de sa famille et le respect des normes de prévention de l'infection sont partie intégrante du processus d'insertion DIUPP, quel que soit le déroulement de ce processus.

PREMIERE CONFIRMATION/PREPARATION DE L'UTILISATRICE POTENTIELLE DU DIUPP

Avant que la femme ne reçoive un DIU après l'accouchement, le prestataire doit confirmer son choix avec elle encore une fois : avant que le travail ne démarre, si possible, et à nouveau juste avant la procédure.

- La première confirmation est très importante si la femme avait choisi le DIU avant que le travail d'accouchement ne démarre (ex. : en CPN) afin de s'assurer qu'elle n'a pas changé d'avis. En outre, elle donne au personnel de la salle d'accouchement suffisamment de temps pour se préparer à la procédure, par exemple en veillant à ce que les DIU soient disponibles dans le service et à la préparation des fournitures et équipements nécessaires. Confirmer le choix de la contraception de la femme est une question de respect et aussi une opportunité pour la femme de poser des questions qu'elle peut encore avoir et pour le prestataire de lui donner des conseils, au besoin.
- La seconde confirmation se produit après la deuxième évaluation, qui suit la naissance, juste avant l'insertion du DIUPP. Le prestataire explique qu'il/ elle est sur le point d'insérer un DIU, explique brièvement ce que la procédure implique et s'assure que la femme est prête (c'est-à-dire, confirme qu'elle veut encore un DIU).

DEUXIEME EVALUATION

Une deuxième évaluation devrait avoir lieu immédiatement avant l'insertion. Le but de cette deuxième évaluation est de s'assurer que le processus du travail et de l'accouchement n'a pas entraîné une quelconque situation clinique pour laquelle il serait déconseillé d'insérer le DIU. La deuxième évaluation doit procéder à une investigation à la recherche de :

- Chorioamnionite (discuté plus loin)
- Endométrite/ métrite postpartum (catégorie 4)
- Septicémie puerpérale (catégorie 4)
- Plus de 18 heures entre la rupture des membranes et la naissance du bébé (discuté plus loin)
- Hémorragie postpartum non maîtrisée (discuté plus loin)
- Traumatisme génital important dans lequel la réparation risquerait de céder suite à une insertion postpartum du DIU (discuté plus loin) (Voir Annexe B)

Bien que les CEM aient été actualisés ces dernières années afin d'offrir une plus grande orientation sur l'utilisation du DIU en général, les informations spécifiques sur l'utilisation du DIU pendant la période postpartum immédiate sont limitées dans les CEM. Par conséquent, il est nécessaire de passer en revue les CEM en relation avec l'utilisation du DIU pendant la période postpartum et de prolonger la liste des conditions par rapport auxquelles le DIU pourrait ou ne pourrait pas être approprié.

En général, cependant, les critères d'éligibilité médicale relatifs aux services de DIU peuvent être regroupés comme suit :

Diagnostic de la chorioamnionite
La chorioamnionite est une infection intra-amniotique des membranes fœtales et du liquide amniotique avant ou pendant le travail, et qui se caractérise par :
- Température de 38°c
- Douleur abdominale

PLUS un des signes suivants :
- Utérus douloureux à la pression
- Ecoulement d'un liquide amniotique malodorant
- Tachycardie fœtale (>160 Battement/ minute

- **Catégorie 1 :**
  - Insertion postplacentaire, postpartum immédiate, <48 heures ou pendant l'accouchement par césarienne
  - > six semaines postpartum
- **Catégorie 2 :** aucune condition
- **Catégorie 3 :**
  - Entre 48 heures et six semaines
  - Chorioamnionite
  - Rupture prolongée des membranes > 18 heures
- **Catégorie 4 :**
  - Septicémie puerpérale
  - Hémorragie du postpartum non maîtrisée[29]

Quatre conditions méritent de faire l'objet d'une discussion plus approfondie. Il est à noter que ces conditions ne sont pas représentées dans les CEM pour l'utilisation du DIU ; néanmoins elles précisent les exclusions et précautions basées sur des études cliniques et l'opinion des experts.

1. **La chorioamnionite est une** infection qui survient presque toujours pendant le travail, lorsque les membranes sont rompues. L'infection doit être traitée avec des

[29] Cette condition n'est pas spécifiquement mentionnée dans les CEM de l'OMS, mais considéré comme une interprétation prudente des CEM.

antibiotiques et le fœtus doit être extrait en toute rapidité. Le principe de la prise en charge de cette infection consiste à extraire le fœtus, ce qui va délivrer la mère de l'infection. La recommandation après un accouchement normal par voie basse chez une femme souffrant de chorioamnionite consiste à ne pas lui administrer des antibiotiques autres que ceux déjà reçus, cependant, compte tenu de l'infection récente et du risque accru de développer une infection puerpérale, le DIU ne devrait pas être offert à des femmes atteint de chorioamnionite. Elle est mentionnée ici comme une condition de la catégorie 3 (trois).

2. **La rupture prolongée des membranes pendant plus** de 18 heures avant l'accouchement est souvent mentionnée comme un critère d'exclusion dans la plupart des études de recherche portant sur les DIUPP. La rupture prolongée des membranes augmente la colonisation de l'utérus et accroît par conséquent la possibilité que la femme développe une infection utérine Postpartum ou une septicémie puerpérale. Pour cette raison, elle est mentionnée ici comme étant une condition de la catégorie 3 (trois). Il n'existe pas de preuve clinique claire que ceci est cliniquement pertinent, et cette exclusion peut par conséquent faire l'objet d'un réexamen.
3. **L'hémorragie du postpartum persistante :** Dans le cas d'un accouchement suivi d'une hémorragie postpartum persistante, il devient physiquement problématique d'insérer le DIU, et il est possible que le DIU soit délogé compte tenu de l'hémorragie. De même, face à une hémorragie, l'attention devrait être focalisée sur la recherche de la cause de l'hémorragie et sur la stratégie à mettre en œuvre pour réaliser une stabilité hémodynamique, plutôt que sur l'insertion du DIU. Une fois que l'hémorragie a été maîtrisée, si la femme est stable, le DIU peut être inséré à ce moment ou le lendemain matin. Pour ces raisons, l'hémorragie du postpartum a été mentionnée en tant qu'une condition de la catégorie 4 (quatre).
4. **Traumatisme génital important :** Si la femme a subi un grand traumatisme génital suite à l'accouchement, le DIU devrait être inséré avant le début de la réparation de la déchirure/ l'épisiotomie. Recouvrez la paroi postérieure du vagin avec une serviette ou plusieurs tampons de gaze afin de limiter la possibilité de contamination et faites très attention pour éviter la contamination du DIU pendant son insertion. Dans une telle situation, il est recommandé de réaliser une insertion à l'aide d'un instrument. Si l'on examine une femme pendant la période postpartum dans l'intention de lui insérer un DIUPP (en l'intervalle de 48 heures après l'accouchement) et que l'on se rend compte qu'elle a subi un important traumatisme génital, effectuez l'insertion très soigneusement en veillant à ce que la réparation ne cède pas pendant l'insertion.

Qui doit faire l'insertion et quand doit-on la faire ?

La deuxième évaluation devrait être faite immédiatement avant l'insertion par la personne qui va insérer le DIU (par exemple, le prestataire qui a fait l'accouchement).

- Si l'on envisage une **insertion post placentaire**, il serait mieux de procéder à la deuxième évaluation pendant la deuxième phase du travail de sorte à ce que l'insertion puisse être réalisée immédiatement après la délivrance du placenta (GATPA) sans tarder.
- Si l'on envisage de réaliser **l'insertion per-césarienne**, la deuxième évaluation devrait être faite pendant les activités préopératoires précédant la chirurgie.
- Si l'insertion est prévue pour le premier ou le deuxième jour postpartum, la deuxième évaluation devrait être effectuée pendant l'évaluation initiale du postpartum.

Après la seconde évaluation

- **Si aucun critère d'exclusion n'est identifié**, le prestataire pourra informer la femme qu'on peut insérer le DIU en toute sécurité et prendre les dispositions en vue de l'insertion.
- **Si un critère d'exclusion est identifié,** le prestataire doit expliquer la raison pour laquelle le DIU ne peut être inséré et aider la femme à choisir une autre méthode, au moins une méthode temporaire (ou pour la catégorie 3, aider la femme à peser le pour et

le contre pour utiliser cette méthode comparativement à une autre méthode) ; l'Annexe A donne des informations additionnelles pour les options de la PFPP. En plus :

- Il faudrait expliquer clairement que la situation qui a été découverte pendant la deuxième évaluation est une situation clinique temporaire, et que si elle souhaite toujours adopter le DIU comme sa méthode de planification familiale postpartum, il est possible de la lui offrir après quatre semaines. Il faudrait planifier une visite postpartum après quatre semaines et conseiller à la femme de revenir.

TYPES D'INSERTION

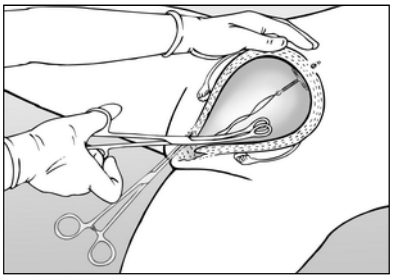
Post placentaire : L'insertion post placentaire du DIU est effectuée immédiatement après l'expulsion du placenta, habituellement dans les 10 minutes.

Le scénario : La femme se trouve dans la salle de travail/ d'accouchement et ne s'est pas encore relevée de la table d'accouchement. Elle est toujours en position gynécologique après l'accouchement, ou adopte la position gynécologique au cas où une autre position aurait été utilisée pendant l'accouchement. L'insertion est réalisée immédiatement après la gestion active de la troisième période de l'accouchement et après la délivrance (l'expulsion du placenta).

Insertion à l'aide d'un instrument (à l'aide d'une pince) : le DIU est tenu dans un instrument (pince placentaire Kelly ou une autre longue pince approprié sans verrou). L'instrument est inséré au fond de l'utérus, et le DIU y est déposé. Cette technique exige que les instruments appropriés soient disponibles dans la salle d'accouchement.

Per césarienne : le DIU est introduit à travers l'incision utérine pendant une césarienne et placé au fond de l'utérus. D'habitude, ceci est fait manuellement, étant donné qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser un long instrument pour atteindre le fond.

Le scénario : La femme a reçu un counseling et a été préparée avant le début de la césarienne. Après l'extraction du placenta, le prestataire insère le DIU, et puis referme l'incision utérine. Il est important de **NE PAS** essayer de faire passer les fils du DIU à travers l'orifice cervical avant la fermeture de l'utérus étant donné qu'une telle chose entraînera certainement le déplacement du DIU et le fera descendre dans la cavité utérine, et il ne sera plus au fond.



Insertion postpartum immédiate : le DIU est inséré plus de 10mn et moins de 48 heures après la naissance du bébé. Le DIU ne devrait pas être inséré après 48 heures postpartum compte tenu du risque plus élevé d'expulsion spontanée.

Le scénario : L'insertion postpartum immédiate est d'habitude effectuée quelques heures après la naissance, voire le lendemain matin du premier jour postpartum. Un conseiller ou un prestataire de soins postpartum peut être désigné pour offrir une causerie éducative dans le pavillon postpartum, et par la suite, des séances individuelles de counseling sur la PFPP/ DIUPP peuvent être organisées avec les femmes qui sont intéressées par le DIUPP. Le même prestataire de soins postpartum ou un autre prestataire qualifié insère par la suite le DIU dans une salle de procédure ou d'examen, dans la salle de postpartum en se servant d'une table d'examen approprié et d'une source d'éclairage. Il vaut mieux que l'insertion postpartum soit effectuée aussi vite que possible après l'accouchement (à savoir, tôt le premier jour postpartum) afin de réduire les taux d'expulsion et d'éviter les problèmes logistiques au moment de la sortie de l'hôpital.

Insertion pendant la période postpartum prolongée : les femmes retournant pour des soins postpartum à la quatrième semaine ou plus tard, peuvent également recevoir le DIU.

La technique d'insertion et les précautions y relatives sont les mêmes que pour l'insertion du DIU d'intervalle.

IMPORTANCE D'UTILISER UNE TECHNIQUE D'INSERTION APPROPRIEE

L'unique stratégie la plus importante pour réduire le taux d'expulsion des DIU qui sont insérés pendant la période postpartum immédiate consiste à s'assurer d'une bonne insertion du dispositif. La technique d'insertion est simple et peut être apprise facilement par les médecins, les étudiants de 2ème et 3ème cycle, les infirmiers/ières et les sages-femmes. Il est cependant fondamental de faire particulièrement attention à la technique d'insertion, étant donné qu'elle peut permettre de réduire significativement les taux d'expulsion. Pour pouvoir avoir un programme réussi de DIUPP, il est important de s'assurer que tous les prestataires de services sont bien formés en matière d'insertion du DIU et sont capables de réaliser une insertion postpartum en toute compétence.

Astuces pour permettre de réduire les expulsions spontanées :

1. Bonne technique
   - Elevez l'utérus.
   - Allez au fond.
   - Faites glisser l'instrument sur le côté.
   - Maintenez l'instrument ouvert tout en le retirant.
2. Bon instrument
   - Utilisez un instrument qui est assez long pour atteindre le fond.
3. Bon moment
   - L'insertion postplacentaire et per césarienne ont les taux d'expulsion les plus faibles.

Jusqu'à présent, il n y a pas eu d'essais cliniques visant à évaluer les interactions entre la gestion active de la troisième période de l'accouchement et l'insertion postplacentaire immédiate du DIU. La gestion active est une pratique de réduction des risques d'hémorragie postpartum très efficace et basée sur des preuves et devrait être appliquée pendant tous les accouchements. Un panel d'experts a été convoqué par l'OMS en 2004 pour discuter de l'interaction potentielle entre les deux pratiques. Ce panel a conclu qu'il n'y a pas de raison de reporter ou d'ajourner l'insertion postplacentaire ou postpartum immédiate du DIU chez une femme qui a bénéficié d'une prise en charge active de la troisième période de l'accouchement . De même, inversement, il n'y a pas de raison de reporter l'administration de l'ocytocine 10 IU dans le cadre de la prise en charge active chez une femme qui a opté pour l'insertion postplacentaire du DIU. Les deux pratiques n'interfèrent pas l'une avec l'autre.

L'utérus est un muscle qui réagit d'habitude bien à l'administration de l'ocytocine postpartum, ce qui provoque une forte contraction du myomètre. Une fois que le DIU est placé au fond de l'utérus, soit grâce à une technique manuelle ou à l'aide d'un instrument, il est probable qu'il y reste grâce aux contractions uterines en cours. Les contractions utérines postpartum sont fortes et uniformes, contrairement aux contractions lors du travail qui émanent du fond de l'utérus pour déscendre en vague dans la partie inférieure de l'utérus et destinées à provoquer une dilatation du col de l'utérus et la déscente du fœtus. Il n'existe pas de preuve permettant de dire que les contractions postpartum pousseront le DIU à l'extérieur de la même manière.

CONSIDERATIONS EN VUE DE REDUIRE LES EXPULSIONS SPONTANEES DU DIU

Certains facteurs concernant la technique d'insertion peuvent avoir un impact sur la rétention du DIU et doivent donc être pris en compte. **Le placement du DIU au fond de l'utérus est capital pour la réduction du taux d'expulsion**, et la plupart des facteurs suivants ont trait à la capacité du prestataire de réaliser un placement du DIU au fond de l'utérus et de l'y maintenir.

- **La position de l'utérus postpartum :** immédiatement après l'accouchement et la gestion active de la troisième période de l'accouchement, l'utérus se contracte et se place à un niveau bas et légèrement dans la partie antérieure de la cavité abdominale. Comme

montré dans la Figure 4.1, l'axe de la cavité utérine se trouve à un angle droit de l'axe du vagin postpartum. Pendant l'insertion du DIUPP à l'aide d'un instrument, cet angle étroit peut rendre l'insertion difficile et peut conduire le prestataire à penser à tort qu'il a atteint le fond de l'utérus. Pour cette raison, pendant l'insertion, l'utérus est repoussé dans l'abdomen afin d'adoucir cet angle et permettre à l'instrument portant le DIU de traverser toute le long jusqu'au fond.

- **Comment le DIU est-il porté dans l'instrument : le DIU devrait être tenu juste avec le bord de l'instrument**, de sorte à ce que, lorsque l'instrument est ouvert, le DIU tombe contre le myomètre. Si le DIU est tenu au milieu de l'instrument, il court le risque d'être déplacé au moment où le prestataire retirera l'instrument.
- **Comment retirer l'instrument du DIU :** une fois le DIU placé au fond, **l'instrument devrait être retiré de manière latérale**. Ceci permettra d'éviter le déplacement du DIU vers le bas au moment du retrait de l'instrument.
- **Maintenir l'instrument *fermé* et *ouvert* au moment opportun :** pendant que l'instrument tient le DIU et traverse pour aller au fond de l'utérus, le prestataire doit s'assurer qu'il reste fermé, de sorte à ce que le DIU ne tombe pas quelque part avant le fond. De même, après avoir placé correctement le DIU au fond, le prestataire **devrait maintenir l'instrument légèrement ouvert pendant qu'il le retire**, afin de s'assurer que l'instrument n'attrape pas les fils et qu'il n'entraîne pas le DIU vers le bas, à une position finale de repos au milieu de la cavité utérine.
- **Vérifier que le DIU n'est pas visible :** après avoir complètement retiré l'instrument de l'utérus, le prestataire **doit s'assurer que les fils du DIU ne sont pas visibles à travers le col de l'utérus**. Le prestataire doit regarder le col de l'utérus afin d'être sûr que le DIU n'est pas visible. Si le DIU est visible, ou les fils longs, le prestataire doit retirer le DIU et le réinsérer au fond sans le contaminer.
- **Utiliser le bon instrument :** Il n'y a pas eu de test clinique pour déterminer si l'utilisation d'une pince placentaire Kelly ou d'une pince à anneau/ de port de tampon aboutit à un taux d'expulsion spontané plus faible. Il ressort de l'expérience que la pince placentaire Kelly, compte tenu du fait qu'elle est **un instrument plus long, peut permettre au prestataire d'atteindre plus facilement le fond de l'utérus**. En outre, la courbe légère au bout du forceps peut empêcher les fils d'être retenus par l'instrument, ce qui pourra aussi limiter la possibilité que le DIU soit déplacé à une position inférieure pendant le retrait. Nombre d'essais cliniques ont comparé l'insertion postplacentaire manuelle avec l'insertion postplacentaire à l'aide d'un instrument et les deux techniques sont à égalité en termes de taux d'expulsion30. L'insertion postpartum (en l'intervalle de 48 heures) peut se réaliser uniquement grâce à une technique utilisant un instrument.

Moment approprié pour l'insertion : des essais cliniques ont montré qu'il y a **un taux d'expulsion plus faible avec l'insertion postplacentaire immédiate par rapport à l'insertion postpartum immédiate**. De même, l'insertion pendant la césarienne a un taux d'expulsion plus faible que l'insertion pendant la période[31] postpartum (premières 48 heures). Une telle chose est probablement due au fait qu'il est plus facile d'atteindre de manière sûre le fond de l'utérus pendant l'insertion postplacentaire ou intra césarienne. Le placement du DIU au fond de l'utérus est capital à la réduction des taux d'expulsion.

[30] Grimes, DA., Schulz, K., van Vliet, H., et Stanwood N. 2003. Immediate postpartum insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Sys Rev 1 :CD003036

[31] Chi, IC., Wilkens, L., Rogers, S. Expulsions in Immediate Postpartum Insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their Counterpart Delta Devices - An Epidemiological Analysis. Contraception 32 :2 ; aout 1985, p119–134.

INSTRUMENTS ET MATERIELS DESTINES A L'INSERTION DU DIUPP

Tableau 7.1. Les instruments et les matériels nécessaires à l'insertion du DIUPP suivant la technique d'insertion

Technique d'insertion	Instruments et matériels	
Insertion postplacentaire	1.	Surface plate pour poser les instruments
	2.	Valves vaginales (Simms ou une autre valve vaginale)
	3.	Pinces à anneau ou pinces porte tampon
	4.	Pinces placentaires Kelly ou longue pince sans verrou
	5.	Bol pour tampons de coton
	6.	Tampons de coton
	7.	Bétadine
	8.	Gants stériles/ d'examen propres (si c'est le même prestataire qui a réalisé l'accouchement qui insère le DIU, les mêmes gants peuvent être portés)
	9.	Copper T 380A, qui a été ouvert sur une surface stérile
Insertion per césarienne	1.	Copper T 380A, qui a été ouvert sur une surface stérile
Insertion postpartum	1.	Surface plate pour poser les instruments
	2.	Source d'éclairage
	3.	Champ stérile à placer sur l'abdomen de la femme
	4.	Valves vaginales (Simms ou une autre valve vaginale)
	5.	Pinces à anneau ou pinces porte tampon
	6.	Pinces placentaires Kelly ou longue pince sans verrou
	7.	Bol pour tampons de coton
	8.	Tampons de coton
	9.	Bétadine
	10.	Gants stériles/ d'examen propres
	11.	Copper T 380A, qui a été ouvert sur une surface stérile

Prévention des infections pendant l'insertion du DIUPP

(Voir Chapitre 6)

TECHNIQUES D'INSERTION DU DIU

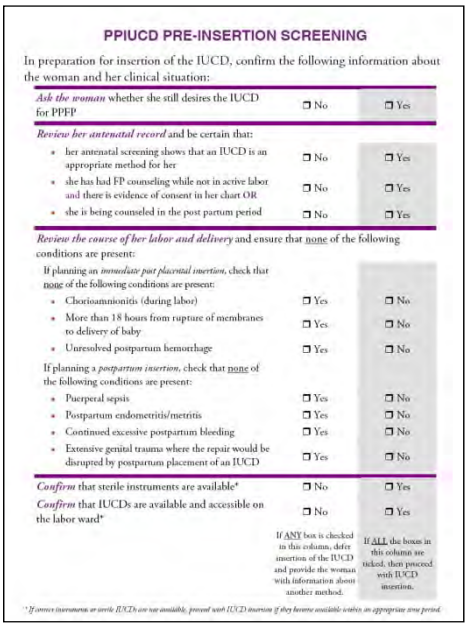
Dans le document de formation sur les services cliniques de fourniture du DIU pendant la période postpartum, il y a plusieurs listes de vérification des procédures pour l'insertion post placentaire, l'insertion postpartum et l'insertion intra césarienne. Les étapes décrites ci-dessous suivent **les listes de vérification des compétences cliniques d'insertion postplacentaire du DIU à l'aide d'une pince**. Le tableau suivant fournit plus de détails sur chaque étape de ce processus d'insertion. Les différences dans la technique d'insertion postpartum immédiate y sont alors expliquées. Dans une section suivante, les étapes de l'insertion per césarienne sont expliquées.

Insertion post placentaire du DIU à l'aide d'une pince

Sélection et évaluation médicale pré insertion

Ces étapes initiales sont destinées à s'assurer que la femme souhaite toujours obtenir le DIUPP et comprend ce qui sera fait. Le prestataire s'assure que rien concernant son travail

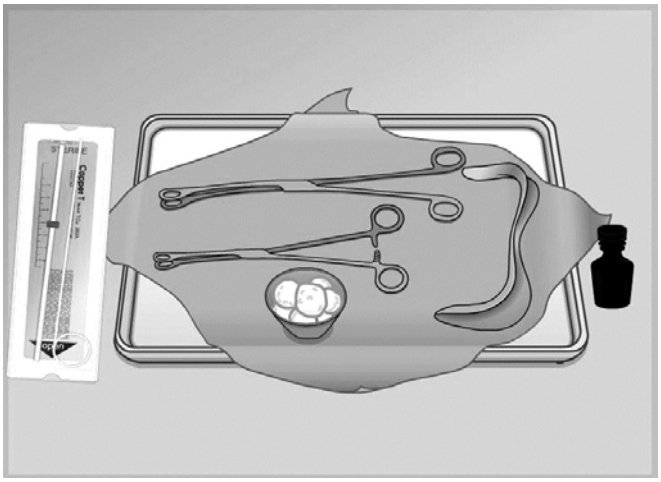
n'a restreint sa capacité à utiliser la méthode. De même, le prestataire doit vérifier que les instruments et le DIU sont disponibles.

No	Etape	Explication
1.	Analysez le dossier de la femme pour vous assurer qu'elle est une bonne candidate du DIU.	Avant de s'approcher du lit de la femme, le prestataire doit analyser le dossier de la femme afin de confirmer que toutes les conditions la concernant, et qui pourraient faire que le DIU ne soit pas une bonne option de contraception pour elle, ont fait l'objet d'un examen. Le prestataire vérifie le dossier afin de s'assurer qu'elle a reçu un counseling sur la méthode.
2.	Assurez-vous qu'elle a reçu un counseling approprié portant sur l'insertion du DIU.	
3.	Utilisez le ***Support de sélection pré insertion***, confirmez l'absence de conditions liées à l'accouchement empêchant l'insertion du DIU en ce moment : ▪ Rupture des membranes pendant plus de 18 heures ▪ Chorioamnionite ▪ Hémorragie postpartum non maîtrisée	 **PPIUCD PRE-INSERTION SCREENING** In preparation for insertion of the IUCD, confirm the following information about the woman and her clinical situation: *Ask the woman* whether she still desires the IUCD for PPFP — ❒ No ❒ Yes *Review her antenatal record* and be certain that: ▪ her antenatal screening shows that an IUCD is an appropriate method for her — ❒ No ❒ Yes ▪ she has had FP counseling while not in active labor and there is evidence of consent in her chart OR — ❒ No ❒ Yes ▪ she is being counseled in the post partum period — ❒ No ❒ Yes *Review the course of her labor and delivery* and ensure that none of the following conditions are present: If planning an *immediate post placental insertion*, check that none of the following conditions are present: ▪ Chorioamnionitis (during labor) — ❒ Yes ❒ No ▪ More than 18 hours from rupture of membranes to delivery of baby — ❒ Yes ❒ No ▪ Unresolved postpartum hemorrhage — ❒ Yes ❒ No If planning a *postpartum insertion*, check that none of the following conditions are present: ▪ Puerperal sepsis — ❒ Yes ❒ No ▪ Postpartum endometritis/metritis — ❒ Yes ❒ No ▪ Continued excessive postpartum bleeding — ❒ Yes ❒ No ▪ Extensive genital trauma where the repair would be disrupted by postpartum placement of an IUCD — ❒ Yes ❒ No *Confirm* that sterile instruments are available* — ❒ No ❒ Yes *Confirm* that IUCDs are available and accessible on the labor ward* — ❒ No ❒ Yes If ANY box is checked in this column, defer insertion of the IUCD and provide the woman with information about another method. If ALL the boxes in this column are ticked, then proceed with IUCD insertion. * If correct instruments or sterile IUCDs are not available, proceed with IUCD insertion if they become available within an appropriate time period. Le prestataire utilise le support de travail pour s'assurer qu'il n'existe pas d'infection liée à l'accouchement. En cas d'hémorragie non maîtrisée, la prise en charge de l'hémorragie devrait être assurée en priorité avant l'insertion du DIU.
4.	Si une de des conditions citées à l'étape 3 se présente, entretenez-vous avec la femme et expliquez lui que ce n'est pas le bon moment pour insérer le DIU. Proposez à la femme de procéder à une nouvelle évaluation en vue de l'insertion du DIU à la sixième semaine postpartum. Conseillez-la et offrez-lui une autre méthode de PFPP en lieu et place.	Les femmes qui ne peuvent pas recevoir le DIU maintenant peuvent le recevoir le premier ou le deuxième jour postpartum. Autrement, il vous faudra l'aider à choisir une autre méthode de PFPP.
5.	Rassurez-vous que des instruments appropriés, du matériel et une source de lumière sont disponibles pour une insertion postplacentaire immédiate.	Le prestataire devrait être certain que tous les matériels sont prêts. Voir Tableau 7.1.
6.	Confirmez que des DIU sont disponibles dans la salle de travail.	

No	Etape	Explication
7.	Saluez la femme avec gentillesse et respect.	Le prestataire devrait parler à la femme et lui permettre de poser des questions. Il est important de réaliser que la femme acceptera mieux le DIU si elle comprend comment il fonctionne et si vous la soutenez dans sa décision.
8.	Confirmez que la femme souhaite toujours obtenir le DIU.	
9.	Expliquez que vous allez insérer le DIU après la naissance du bébé et la délivrance du placenta. Répondez à toutes les questions qu'elle pourrait avoir.	

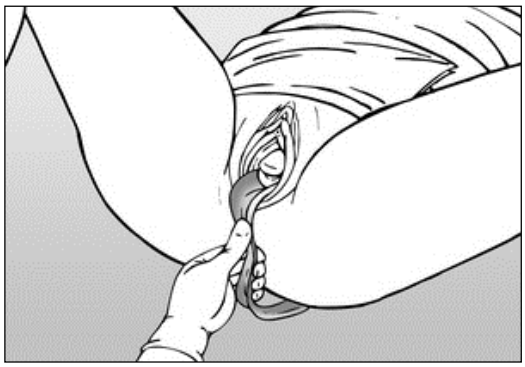
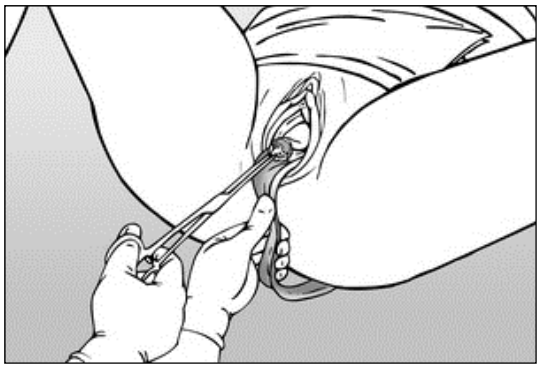
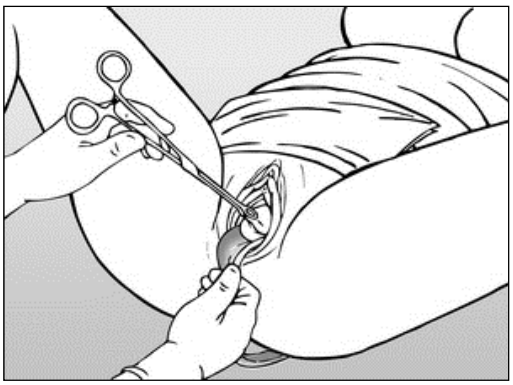
Tâches pré-insertion

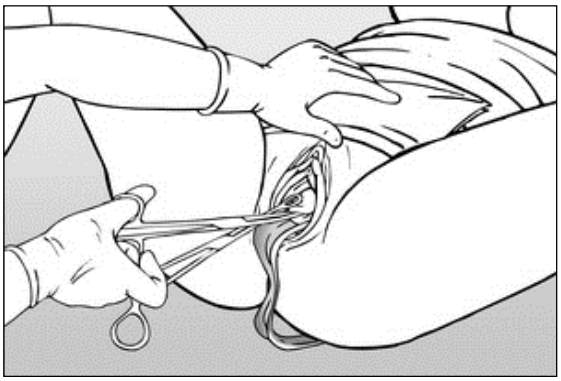
Avant de commencer l'insertion, le prestataire prépare les instruments pour ne pas avoir à reporter l'insertion, faute d'un instrument qu'il doit rechercher.

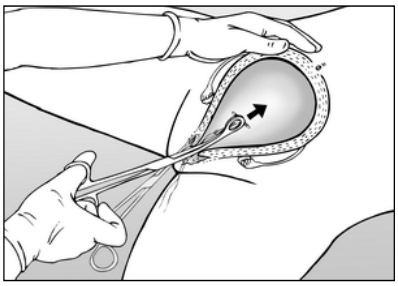
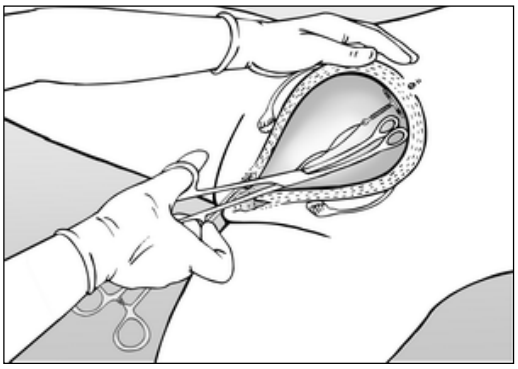
No	Etape	Explication
1.	Conformez-vous à l'hygiène des mains et portez des gants d'examen propres ou des gants stériles.	Si c'est le même prestataire qui a réalisé l'accouchement et l'insertion du DIU, il n'est pas nécessaire de changer de gants. Si un autre prestataire réalise l'insertion du DIU, alors ce prestataire devra se conformer à l'hygiène des mains et porter une nouvelle paire de gants stériles ou d'examen propres.
2.	Disposez les instruments et le matériel sur un plateau stérile ou une surface recouverte d'un drap stérile.	

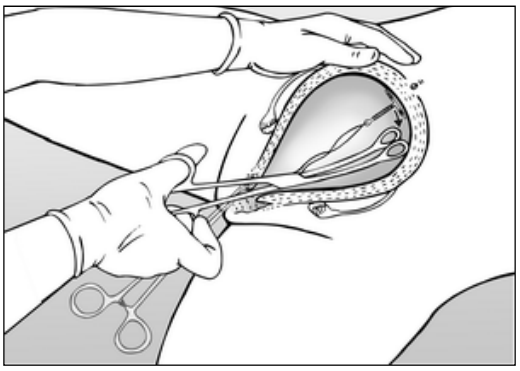
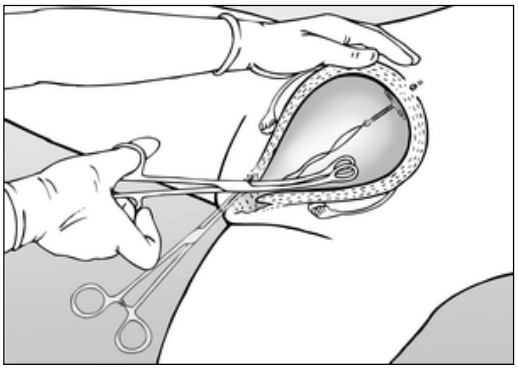
Insertion du DIU

Les étapes de l'insertion du DIU devraient être suivies très minutieusement afin de réduire le risque d'expulsion spontanée. Les étapes ci-dessous concernent l'insertion postplacentaire. Ces étapes diffèreront légèrement pour l'insertion postpartum immédiate.

No	Etape	Explication
1.	Inspectez le périnée, les lèvres et les parois vaginales à la recherche de déchirures. Si les déchirures ne saignent pas beaucoup, faites une réparation si nécessaire après l'insertion du DIU.	 Le prestataire tient la valve de Simms ou un autre spéculum approprié dans sa main gauche et l'utilise pour visualiser le col. D'habitude, il n'est pas nécessaire de faire tenir le spéculum en place par un assistant, mais si le prestataire a des difficultés, un assistant peu utiliser la valve pour visualiser doucement le col de l'utérus.
2.	Visualisez doucement le col de l'utérus en pressant la paroi postérieure du vagin.	
3.	Nettoyez le col de l'utérus et le vagin à l'aide d'une solution antiseptique deux fois en utilisant deux gazes.	 Utilisez de la bétadine ou de la chlorhexidine pour nettoyer doucement le col de l'utérus et les bords du vagin deux fois.
4.	Saisissez doucement la lèvre antérieure du col de l'utérus à l'aide de la pince à anneau.	 La même pince à anneau qui avait été utilisé pour nettoyer le col de l'utérus peut être utilisée pour saisir la lèvre antérieure du col de l'utérus et exercer doucement une traction.
5.	Exercez doucement une traction sur la lèvre antérieure du col de l'utérus en utilisant la pince à anneau.	

No	Etape	Explication
6.	Saisissez le DIU à l'aide d'une pince placentaire Kelly ou d'une pince à anneau posez-le de côté.	 Comme noté plus haut, le DIU devrait être tenu juste au niveau du bord de la pince à anneau de sorte à ce que l'instrument puisse le déposer facilement lorsqu'il est ouvert.
7.	Insérer le DIU dans la cavité utérine inférieure. Evitez de toucher les parois du vagin.	 Le prestataire saisit la pince placentaire Kelly tenant le DIU et fait minutieusement passer le DIU dans la cavité utérine inférieure. Une fois que le DIU se trouve dans la cavité utérine inférieure, le prestataire baisse la pince à anneau qui tient la lèvre antérieure du col de l'utérus. La main gauche du prestataire se déplace sur l'abdomen de la femme et à travers la paroi abdominale, pousse tout l'utérus vers le haut. Ce geste vise à redresser l'angle se trouvant entre l'utérus et le vagin de sorte à ce que l'instrument puisse traverser facilement vers le haut, vers le fond de l'utérus.
8.	Déplacez la main sur le segment inférieur de l'utérus (base de la main sur la partie inférieure du corps de l'utérus et les doigts vers le fond) et poussez doucement l'utérus vers le haut pour redresser l'utérus et faciliter l'entrée de l'instrument.	

No	Etape	Explication
9.	Déplacez doucement le DIU vers le haut, vers le fond de l'utérus (angle vers l'ombilic), après le contour de la cavité utérine. Faites attention de ne pas perforer l'utérus.	 Le prestataire déplace l'instrument vers le haut dans l'utérus, suite à un arc vers l'ombilic. Le prestataire devrait faire attention de ne pas exercer une force excessive. Si l'utérus n'est pas poussé vers le haut, il est possible que l'angle se trouvant entre le vagin et l'utérus ne permette pas à l'instrument d'avancer sans heurt. Le prestataire pourrait perforer la paroi postérieure de l'utérus s'il ne fait pas attention. S'il y a une grande résistance, le prestataire devrait repositionner l'utérus (en le poussant doucement vers le haut) et essayer de faire avancer l'instrument à nouveau. Le prestataire devrait toujours maintenir l'instrument fermé afin que le DIU ne tombe pas par inadvertance à mi-chemin dans la cavité utérine.
10.	Maintenez la pince fermée pour ne pas déplacer le DIU.	
11.	Vérifiez que le bout de la pince placentaire atteint le fond.	Lorsque l'instrument atteint le fond de l'utérus, le prestataire sentira une résistance. Le prestataire sentira probablement aussi que l'instrument est au fond de l'utérus à l'aide de sa main gauche à travers la paroi abdominale. Un autre avantage supplémentaire de la pince placentaire Kelly est le fait que l'anneau large se trouvant au niveau de l'extrémité distale diminue la probabilité qu'il puisse perforer le fond de l'utérus.
12.	Ouvrez la pince et déposez le DIU au fond.	
13.	Faites glisser la pince placentaire/ à anneau sur la paroi latérale de l'utérus.	
14.	Stabilisez l'utérus (en vous servant de la base de votre main que vous placez contre la partie inférieure du corps de l'utérus).	
15.	Retirez lentement la pince de la cavité utérine, en le maintenant légèrement ouvert. Faites particulièrement attention de ne pas déloger le DIU en retirant la pince.	

No	Etape	Explication
16.	Stabilisez l'utérus jusqu'à ce que la pince soit entièrement en dehors de l'utérus.	Le prestataire ouvre la pince et dépose le DIU au fond.  Pour aider à prévenir que le DIU ne soit entraîné vers le bas dans l'utérus, l'instrument est glissé vers la droite afin de s'assurer qu'il est loin du DIU.  Puis, l'instrument est retiré lentement, en le maintenant légèrement ouvert tout le temps. Si l'instrument se referme et attrape les fils du DIU, il peut par inadvertance déplacer le DIU de sa position au fond de l'utérus, augmentant ainsi le risque d'expulsion. Une traction dans le sens contraire est appliquée pour stabiliser l'utérus pendant le retrait de l'instrument.
17.	Examinez le col pour vous assurer qu'il n'y a pas de saignement. Si les fils du DIU sont visibles, retirez le DIU et réinsérez-le.	Il est important de vérifier que le DIU n'est pas visible au niveau de l'orifice cervical. S'il est visible, ou si les fils semblent être trop longs, alors le DIU n'a pas été bien placé au fond et le risque d'expulsion spontanée est plus grand. S'il se trouve que le DIU n'a pas été placé assez haut, le prestataire peut utiliser la même pince Kelly pour retirer le DIU et répéter les étapes 6 à 17.
18.	Retirez tous les instruments utilisés et placez-les dans une solution de chlore à 0,5%.	La pince placentaire Kelly est placée dans une solution de chlore à 0,5%. Le prestataire retire la pince à anneau du col, et le met, en même temps que le spéculum dans la solution de chlore.

Tâches post insertion

Après l'insertion du DIU, le prestataire termine certaines étapes qui se rapportent au counseling, à la prévention des infections et à l'enregistrement des données.

No	Etape	Explication
1.	Laissez la femme se reposer quelques minutes. Encouragez-la à commencer les soins postpartum de routine, y compris l'allaitement dans l'immédiat.	La femme devrait se reposer sur la table pendant plusieurs minutes après la procédure d'insertion. Le prestataire devrait la rassurer que l'insertion s'est bien passée et qu'il n'y a rien d'autre à faire en ce moment.
2.	Eliminer tous les déchets de manière adéquate.	Toutes les étapes de prévention des infections devraient être suivies. Etant donné que la procédure a eu lieu immédiatement après un accouchement par voie vaginale, le prestataire devrait se conformer à toutes les pratiques routinières de prévention des infections, y compris l'évacuation des déchets dans le récipient approprié, le retrait des gants, et le respect de l'hygiène des mains.
3.	Plongez tous les deux gants dans une solution de chlore à 0,5%. Retirez les gants en les retournant vers l'intérieur et jetez les dans la poubelle.	
4.	Conformez-vous à l'hygiène des mains.	
5.	Donnez à la femme les instructions post insertion. ▪ Prévoyez une fiche précisant le type de DIU inséré et la date d'insertion. ▪ Passer en revue les effets secondaires du DIU et les symptômes normaux du postpartum. ▪ Dites à la femme quand elle doit revenir pour un contrôle du DIU/ visite postnatale / examen du nouveau-né. ▪ Insistez en lui disant qu'elle devrait revenir à tout moment si elle a des soucis ou observe certains signes avertisseurs. ▪ Passez en revue les signes d'alerte du DIU. ▪ Passez en revue comment vérifier la survenue d'une expulsion et que faire en cas d'expulsion. ▪ Assurez la femme que le DIU n'affectera pas le lait maternel ▪ Assurez-vous que la femme comprend les instructions post insertions. ▪ Donnez-lui des instructions post insertion écrites, si possible.	 Pendant que la femme se repose, et que le prestataire exécute les pratiques nécessaires de prévention des infections, il devrait donner à la femme les instructions post insertion nécessaires, comme noté. Ces instructions devraient être données encore par le personnel de l'unité postpartum et répétées à la femme, et peut-être à sa famille encore après afin de s'assurer que ces instructions ont été comprises. Si possible, ces instructions devraient être données à la femme sous forme écrite, afin qu'elle puisse les apporter à la maison.
6.	Enregistrez les informations sur la fiche ou le dossier de la femme.	Le prestataire devrait enregistrer les informations concernant l'insertion du DIU dans le dossier de la femme et dans le registre approprié. Il peut être plus approprié d'enregistrer ces informations dans le registre de la salle d'accouchement. Cependant, elles devraient être aussi enregistrées avec d'autres informations de contact dans un registre sur les services de DIUPP que le programme tient au début pour servir de preuve que le programme est exécuté avec succès.
7.	Enregistrez les informations dans le registre de la salle de procédure ou dans le registre du DIUPP.	

Insertion dans le postpartum immédiat du DIU

Il existe quelques différences notables entre l'insertion postplacentaire et l'insertion postpartum immédiate du DIU.

- La nature, le moment et le niveau de counseling seront certainement différents. Les femmes recevant le DIU pendant la période postpartum n'ont peut-être pas eu la même opportunité de counseling pendant les visites prénatales et ont peut-être été conseillées uniquement pendant la période postpartum. Ces femmes doivent obtenir un counseling spécifique sur la méthode, qui aborde les avantages, les limites, les précautions, et les signes d'avertissement. Le prestataire devrait s'assurer que la compréhension de la femme à propos du DIUPP est adéquate.
- Il est également important d'être sûr que la femme a été bien sélectionnée, qu'elle a fait l'objet d'évaluation à la recherche de conditions empêchant l'utilisation du DIU et à la recherche de preuve de l'existence d'une infection postpartum qui pourrait compromettre l'utilisation du DIU en ce moment.
- Etant donné que la femme se trouve dans une période postpartum et que l'on doit la déplacer de son lit jusqu'à la salle de procédure, il est important de s'assurer qu'il y a une bonne hygiène et que sa vessie est vide. Une fois que la femme se trouve sur la table de procédure, le prestataire devrait procéder à un examen abdominal pour vérifier le niveau de l'utérus et être certain de l'existence d'une bonne tonicité utérine.
- De même, compte tenu du fait que l'insertion est une procédure distincte de l'accouchement, le prestataire devra exécuter l'hygiène des mains appropriée et utiliser une nouvelle paire de gants stériles ou d'examen propres.
- La technique d'insertion est essentiellement la même, mais des modifications anatomiques de l'utérus devraient être notées. Il est évident pour tous les praticiens que l'insertion manuelle n'est pas possible et il ne faudrait pas l'essayer. Le col de l'utérus serait devenu plus ferme et aura commencé à reprendre sa forme ronde, tubulaire. Bien qu'il soit encore possible d'utiliser la pince à anneau, il faudra légèrement plus de pression pour la fermer sur le col. Si le prestataire remarque qu'il a des difficultés pour faire passer la pince placentaire Kelly à travers le col, compte tenu de la largeur de l'anneau distal de l'instrument par rapport à la dilatation du col, il devrait envisager d'utiliser une seconde pince à anneau pour introduire le DIU. Il est possible qu'une pince à anneau normal soit assez longue, étant donné que toute la cavité utérine est maintenant légèrement plus petite.
- De même, compte tenu du fait que l'utérus a commencé le processus d'involution, et a commencé à reprendre sa position initiale tournée vers l'intérieur ou vers l'extérieur, il peut être un peu plus difficile de faire avancer l'instrument à travers l'utérus jusqu'au fond. Il faudrait faire plus attention. Il est encore fondamentalement important d'atteindre le fond de l'utérus, et l'incapacité d'atteindre le fond est probablement un facteur principal conduisant à des taux d'expulsion spontanée plus élevés. Le prestataire doit s'assurer que le DIU est placé au fond de l'utérus et devrait examiner visuellement le col de l'utérus après l'insertion. Si le DIU est visible, ou si les fils semblent être trop longs, le prestataire devrait se demander si le DIU a été placé au fond de l'utérus ou non. S'il a un doute, il est préférable de retirer le DIU et de le réinsérer.

Insertion per césarienne du DIU

Les femmes qui se présentent à l'hôpital pour une césarienne programmée, ou qui ont besoin d'une césarienne avant le début du travail, peuvent recevoir un counseling sur le placement et l'utilisation du DIUPP. Etant donné qu'elles ne sont pas dans une situation de travail actif, elles peuvent envisager en toute lucidité la décision d'utiliser un DIU. La nécessité d'une césarienne non programmée rend un peu difficile la possibilité pour les femmes qui doivent la subir de concentrer entièrement leur attention sur le counseling. Ces femmes devraient savoir que la méthode est efficace et agit pendant longtemps, mais est tout à fait

réversible et que le DIU peut être retiré à tout moment qu'elles le demandent. Le consentement éclairé devrait être obtenu et noté sur le diagramme.
L'insertion du DIU pendant une césarienne est directe. Cependant, il faudrait tenir compte de certains facteurs.

- D'habitude, une insertion manuelle suffit, étant donné que le prestataire peut facilement avoir accès au fond de l'utérus. Le prestataire devrait tenir le DIU entre le majeur et l'index et le faire passer à travers l'incision utérine. Une fois que le DIU a été placé au fond de l'utérus, il faudrait retirer lentement la main en observant si le DIU demeure bien en place.
- Les fils peuvent être dirigés vers le col de l'utérus, mais NE devraient pas être poussés à travers le canal cervical. Ceci vise à prévenir une infection utérine par contamination de la cavité utérine par la flore vaginale, et est également destiné à prévenir le déplacement du DIU du fond de l'utérus par l'entraînement des fils vers le bas, vers le canal cervical.
- Il faudrait faire attention pendant la fermeture de l'incision utérine afin que les fils du DIU ne soient pas incorporés dans la suture.

Soins post insertion immédiats et counseling

Après la procédure d'insertion, les directives obstétricales standard de soins postpartum devraient être respectées. Le massage utérin n'augmente pas le risque de perforation ou d'expulsion en cas d'insertion du DIUPP après un accouchement par voie vaginale ou par césarienne et devrait être effectué de manière habituelle. L'initiation de l'allaitement au sein, la vérification des signes vitaux et le suivi à la recherche de signes et de symptômes d'infection ou d'une hémorragie devraient se conformer aux directives de la structure de santé ou à celles nationales. Il faudrait conseiller à la cliente de signaler toute augmentation du saignement vaginal ou toute douleur utérine. L'hémorragie vaginale liée à une atonie utérine devrait être prise en charge d'une manière standard, grâce à un massage utérin et à l'utilisation d'utérotoniques, si nécessaire. **(Remarque : le DIUPP n'augmente pas le risque d'atonie utérine.)** En cas de survenue et de persistance de douleurs utérines intenses après l'insertion du DIUPP, un examen au spéculum ou à l'aide des deux mains devrait être réalisé dans le but de vérifier s'il n y a pas eu d'expulsion partielle ou totale. La survenue de fièvre devrait commander rapidement une évaluation clinique complète en vue d'en identifier la cause et en cas d'une supposée endométrite, un protocole admis à base d'antibiotique devrait être appliqué pour le traitement. Voir plus bas comment prendre en charge une infection associée au DIUPP.

Le DIU ne devrait être retiré uniquement que sur demande de la patiente et/ ou si on suspecte une des conditions suivantes :

- Expulsion partielle
- Septicémie puerpérale
- Perforation de la paroi utérine
- Douleurs utérines persistantes d'origine non identifiée

Après l'insertion, rappelez à la cliente ce qui suit :

- S'attendre à un saignement vaginal ou des saignotements, ainsi qu'à des crampes et douleurs pendant au moins quelques jours après l'insertion.
- Savoir que les symptômes postpartum, tels que les saignements vaginaux et les crampes intermittents sont normaux pendant les quatre à six premières semaines postpartum.
- Prendre de l'ibuprofène, du paracétamol ou un autre antalgique, si nécessaire.
- Observez si le DIU est tombé ou pas. Une expulsion spontanée peut se produire, et a une plus grande probabilité de tomber au cours des trois premiers mois postpartum. La femme devrait contrôler les draps de lit le matin, et ses sous-vêtements lorsqu'elle se

change. A la sixième semaine postpartum, certaines femmes peuvent sentir les fils du DIU. Il n'est pas nécessaire de faire un contrôle à la recherche des fils. Mais si elle essaie, elle ne devrait pas les tirer. Son prestataire vérifiera les fils lorsqu'elle retournera

- Pour sa visite postpartum. C'est pourquoi il est important pour elle de retourner voir le même prestataire, ou au moins, quelqu'un d'autre dans la même clinique qui s'y connait en matière de services liés au DIUPP.
- Rappelez-vous que le DIU ne protège pas contre les IST et le VIH.
- Recommencer à avoir des relations sexuelles dès que vous vous sentez prête en étant entièrement protégée contre une grossesse.
- Retournez pour faire retirer le DIU à tout moment et vous retrouverez immédiatement votre fécondité.

Avant la sortie de la clinique, les signes de danger suivants devraient être soulignés et la cliente devrait être encouragée à appeler ou à venir immédiatement à la structure de santé pour une évaluation :

- Saignement vaginal abondant
- Malaise intense dans la partie inférieure de l'abdomen
- Fièvre
- Malaise général

La cliente devrait également être encouragée à appeler ou à venir à la clinique pour une évaluation si les signes suivants surviennent :

- Ecoulement vaginal inhabituel
- Expulsion suspecte : peut sentir que le DIU est dans le vagin ou l'a vu sortir du vagin.
- D'autres problèmes ou des questions qu'elle a et se rapportant à son DIU.
- Retrait du DIU quand elle le désire ou 12 ans après l'insertion

Si possible, offrez à la cliente une fiche avec les informations suivantes sous forme écrite :

- Type de DIU inséré
- Date d'insertion du DIU
- Mois et année auxquels le DIU devra être retiré ou remplacé
- Date de la visite de suivi postpartum
- Où aller ou appeler si la femme a des problèmes ou des questions concernant son DIU
-

8. Soins de suivi et gestion des problèmes potentiels consécutifs à l'insertion du DIUPP

CONTEXTE

Le succès à long terme d'un programme de planification familiale/ DIU peut être réalisé uniquement lorsque les prestataires de services et d'autres membres du personnel soignant reconnaissent l'importance d'offrir des services d'assistance de haute qualité à leurs clients. Des soins de suivi de haute qualité destinés aux clients de la planification familiale contribuent à une plus grande satisfaction, ainsi qu'à une utilisation en toute sécurité, efficace et continue de la méthode.

Bien qu'il ne soit pas nécessaire de faire subir des bilans annuels aux femmes portant des DIU, d'une manière générale, c'est une bonne pratique.

Il est important de noter que les deux principales différences entre l'insertion du DIUPP et l'insertion d'intervalle ou non consécutive à une grossesse se résument au moment et à la technique d'insertion. Une fois que le DIU est en place, les soins et les conseils fournis aux patientes sont presque les mêmes, avec une insistance sur la reconnaissance des signes de danger et la localisation de services de soins de santé accessibles en cas d'urgence. Les effets secondaires et les complications éventuels pouvant apparaître sont essentiellement liés au DIU, non au fait que l'insertion ait eu lieu pendant la période postpartum. Tout effet secondaire et toute complication capable de survenir devrait être par conséquent pris en charge de la même manière que ceux consécutifs à une insertion du DIU d'intervalle.

Après l'insertion du DIUPP, il y a lieu de conseiller à la femme de retourner à la clinique pour des soins postpartum de routine conformément aux normes de l'OMS et aux normes nationales, à moins qu'elle ait des problèmes sérieux qui nécessitent des services d'urgence. Les soins routiniers de suivi du DIUPP devraient être entièrement intégrés dans les services postpartum standards. La femme est également encouragée à retourner si elle a des problèmes, s'il y a eu un changement au niveau de sa santé d'une manière générale, si elle souhaite faire retirer le DIU, ou pour une quelconque autre raison.

Le suivi routinier, pour beaucoup d'utilisatrices du DIUPP, suppose un peu plus que le seul fait de répondre aux questions et de renforcer les messages clé. Certaines utilisatrices, comme celles que les effets secondaires ennuient, peuvent avoir besoin de soins et de soutien supplémentaires. Des problèmes sérieux liés à l'utilisation du DIU sont rares, mais lorsqu'ils surviennent, il est capital de pouvoir y répondre par une prise en charge rapide et adaptée. Le présent chapitre met en exergue les éléments clé du soutien à apporter à l'utilisatrice du DIU, en mettant l'accent sur les prestations fourniture de services de suivi de routine et la gestion des problèmes potentiels.

OBJECTIFS PRINCIPAUX DES SOINS DE SUIVI DES CLIENTES DU DIUPP

Les objectifs clé des soins de suivi consistent à :

- Evaluer la satisfaction globale de la femme vis-à-vis du DIU
- Identifier et gérer les problèmes potentiels
- Répondre à toutes les questions ou préoccupations que la femme peut avoir
- Renforcer les messages clé concernant le retrait et la durée d'action

VISITE ROUTINIERE DE SUIVI POSTPARTUM

Le suivi du DIUPP devrait être intégré dans les soins postpartum standards suivant les directives nationales et régionales. L'OMS recommande actuellement au moins une visite

postpartum dans les six semaines après l'accouchement.[32] En plus des éléments habituels du bilan postpartum, les éléments suivants devraient être considérés chez toutes les femmes affirmant avoir bénéficié d'une insertion du DIUPP :

- Demandez à la cliente si elle a des questions ou a observé l'un des signes d'avertissement ou a rencontré l'un des problèmes tels que décrits ci-dessus
- Effectuez un examen pelvien si vous suspectez les conditions suivantes : une IST ou une IGH, expulsion partielle ou totale suspecte, grossesse. Il n'est pas obligatoire de procéder à un examen pelvien routinier lors de la visite de suivi.
- Conseillez à la cliente de revenir si elle est préoccupée par d'éventuels problèmes se rapportant au DIU et/ ou si elle souhaite changer avec une autre méthode de planification familiale.
- Passez en revue les signes d'avertissement qui renseignent sur la nécessité de retourner immédiatement à la clinique.
- Rappelez à la cliente de vérifier une éventuelle expulsion du DIU pendant/ après ses premières règles.
- Si le DIUPP a été expulsé, offrez à la cliente une autre méthode contraceptive ou prévoyez de lui insérer un autre DIU si elle le souhaite. Le DIU peut être inséré le jour même où l'expulsion s'est produite si : il n'y aucun signe d'infection ; on ne suspecte pas une grossesse ; et si la cliente se trouve à <48 heures ou au moins à quatre semaines après l'accouchement.
- Encouragez l'utilisation de préservatifs en vue d'une protection contre les IST, si nécessaire.
- Si le DIUPP est en place et que la cliente n'a pas de problèmes, il n'est pas nécessaire de prévoir d'autres visites de suivi. Les contrôles annuels du DIU ne sont pas nécessaires. Il faudrait conseiller aux clientes de retourner pour faire retirer le DIU quand elles le désirent, mais pas après la durée recommandée de protection contre la grossesse ou si elles ont des problèmes ou préoccupations relatives au DIU.

IDENTIFICATION ET GESTION DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS ET PROBLEMES[33] POTENTIELS

La plupart des effets secondaires associés à l'utilisation des DIU ne sont pas graves et se résolvent spontanément. Cependant, certains problèmes nécessitent une gestion spécifique. L'objectif visé par les directives ci-dessous consiste à aider le prestataire de soins de santé à offrir un appui adéquat à une femme confrontée à de tels effets secondaires. Dans la plupart des cas, la femme peut continuer à utiliser le DIU tout en attendant l'évaluation. Certains problèmes liés à l'utilisation du DIU exigent une gestion spécifique ; ce sont entre autres :

- Les modifications des modes de saignement menstruels
- La survenue de crampes ou de douleurs
- Une infection
- Des problèmes liés aux fils du DIU (ou une expulsion éventuelle du DIU)
- L'expulsion partielle ou totale du DIU (confirmée)
- Une grossesse avec un DIU en place
- Une perforation utérine

[32] OMS, UNFPA, UNICEF. 2003 Pregnancy, childbirth, Postpartum and Newborn Care : A Guide for Essential Practice.
[33] Adapté de : Hatcher et al. 2004 and Hatcher et al. 2002–2003 (unless otherwise noted).

Quelques principes généraux de prise en charge

- La femme devrait être rassurée et toutes les informations dont elle a besoin pour l'encourager à poursuivre (ou à arrêter) l'utilisation de la méthode devraient lui être données, si nécessaire, et suivant son désir.
- Si elle rencontre des problèmes qui ne sont pas abordés dans les directives, le prestataire devrait procéder à une évaluation plus profonde et offrir un traitement selon les protocoles locaux/ directives nationales (s'y référer, le cas échéant).
- Si le prestataire n'a pas reçu la formation ou ne dispose pas des ressources nécessaires pour effectuer les évaluations, les procédures ou pour prescrire les traitements indiqués dans les directives de prise en charge, il devrait référer la femme à une structure appropriée.
- Si la femme veut faire retirer le DIU pour une quelconque raison, et/ ou utiliser une autre méthode contraceptive, retirez le DIU ou proposez-lui une date à laquelle elle devra revenir pour le retrait du DIU, le cas échéant et offrez-lui une autre méthode immédiatement.

Prévenir les problèmes liés à l'insertion du DIUPP

Beaucoup de complications liées à l'insertion du DIUPP peuvent être évitée grâce à :

- La sélection minutieuse des clientes
- Une attention méticuleuse à la technique d'insertion appropriée
- L'observation stricte des techniques correctes de prévention des infections
- La réalisation des procédures d'insertion du DIUPP lentement et doucement pour garantir une exactitude technique, le confort et la sécurité de la cliente.

Identification et gestion des problèmes courants rencontrés pendant ou immédiatement après une insertion

Malaise de la cliente

La pose intra-utérine du DIUPP, indépendamment du moment après l'accouchement ou de la technique, s'accompagne couramment d'un certain malaise d'intensité modérée.

- Gestion
  - Avertissez la cliente que l'insertion s'accompagne d'un certain malaise d'intensité modérée.
  - Parlez à la cliente pendant la procédure et décrivez au fur et à mesure ce que vous faites au moment même où vous le faites.
  - Effectuez la procédure aussi doucement et aussi rapidement que possible.
  - Offrez des analgésiques, en cas de besoin.

Déplacement du DIUPP pendant/ immédiatement après l'insertion

Le positionnement du DIUPP en haut, tout au fond de l'utérus peut constituer un facteur important évitant une expulsion plus tard. On ne cessera jamais de dire comment il est important de placer le DIU au fond de l'utérus. Même dans le cas où on utilise une technique chirurgicale rigoureuse, le DIU peut être délogé ou peut sortir spontanément pendant ou immédiatement après la pose.

- Signes/ symptômes éventuels
  - Le DIU est délogé par la main (technique manuelle) ou la pince utilisée pour l'insérer (technique instrumentale) pendant le retrait de l'instrument hors de l'utérus.
  - Le DIU peut être visualisé au niveau du col de l'utérus ou dans la partie supérieure du vagin après la pose.

  - La longueur des fils qui pendent dans le vagin indique que le DIU n'a pas été placé au fond de l'utérus.
- Gestion
  - En vous servant d'une pince stérile en cas de nécessité d'un sondage intra-utérin, retirez le DIU et éliminez-le s'il a été contaminé ou remettez-le dans son emballage stérile si cela n'est pas le cas. Quelquefois, le DIU peut être retiré en saisissant simplement les fils qui pendent dans le vagin.
- Changez de gants stériles si ceux-ci ont été contaminés.
- Changez d'équipements stériles si ceux-ci ont été contaminés.
- Prenez un nouveau DIU si le premier a été contaminé.
- Préparez à nouveau le vagin et le col en les nettoyant à l'aide d'un antiseptique approprié.
- Insérez le DIU conformément à la technique standard.

Déchirures du col

Les déchirures du col qui se sont produites pendant le processus d'accouchement devraient être réparées comme indiqué en utilisant une technique obstétricale standard. En cas d'hémorragie, l'insertion du DIUPP devra être reportée jusqu'à ce qu'une réparation ait été réalisée, que l'hémorragie ait été maîtrisée et que la cliente soit stable. Pendant l'insertion du DIUPP, seuls une pince à anneau ou un clamp similaire non traumatique devraient être utilisés pour la stabilisation du col. L'application d'une traction douce à l'aide du clamp réduira davantage la survenue d'une déchirure d'une lèvre antérieure. Il faudrait toujours vérifier le col à la recherche d'une éventuelle déchirure après le retrait du clamp.

- Signes/ symptômes éventuels
  - Saignement vaginal commençant soudainement
- Gestion
  - Si une déchirure se produit, réparez comme il se doit, suivant la taille de la déchirure et l'abondance du saignement. On peut laisser les petites déchirures qui ne saignent pas se cicatriser spontanément.

Perforation utérine

Bien qu'une perforation de l'utérus soit très rare, lorsqu'elle se produit, c'est presque toujours au moment de l'insertion. Les principales étapes de gestion d'une perforation utérine sont les mêmes, qu'il s'agisse ou non d'une insertion d'intervalle ou d'une insertion postpartum immédiate. Une perforation peut être silencieuse et être découverte des jours, des semaines ou des mois après la procédure d'insertion du DIU. De telles perforations sont d'habitude découvertes en même temps qu'une grossesse non planifiée et/ ou au cas où l'on ne retrouve pas les fils et sont confirmées grâce à des rayons X (partie plate de l'abdomen) ou par ultrason.

Une prise en charge appropriée d'une perforation utérine dépend du moment auquel la perforation s'est produite et/ ou a été découverte, qu'elle soit partielle (le DIU s'est incrusté dans la paroi de l'utérus) ou complète (le DIU se trouve en dehors de la cavité utérine), et si elle s'accompagne de signes/ symptômes.

- Signes/ symptômes éventuels
  - Perte soudaine pendant l'insertion de la résistance de l'instrument utilisé pour insérer le DIU
  - Profondeur utérine plus grande que ce à quoi l'on s'attend pendant l'insertion
  - Douleurs inexpliquées qui sont pires que celles que l'on observe en général pendant l'insertion postpartum

  - Perforation partielle ou totale confirmée (telle que montrée par les rayons X ou l'ultrason)
  - Fils introuvables à l'examen pelvien
- Gestion
  - Si pendant l'insertion on suspecte une perforation, arrêtez immédiatement l'insertion et retirez doucement l'instrument/ l'objet qui a pu perforer la paroi utérine, à savoir le DIU (en tirant sur les fils ou sur le DIU lui-même) ou la pince utilisée pour insérer le DIU.
  - Si vous rencontrez une résistance et que le retrait n'est pas possible, arrêtez de tirer et référez la femme immédiatement à une consultation chirurgicale d'urgence. Il peut être obligatoire de recourir à des rayons X ou un ultrason pour documenter le lieu où se trouve le DIU. Il peut être obligatoire de recourir à un retrait par voie chirurgicale réalisé par un chirurgien qualifié.
  - Maintenez la cliente au repos et observez-la à la recherche de signes de saignement intra-abdominal : hypotension ; tachycardie ; douleur abdominale intense accompagnée d'endolorissement, contractures musculaires ou rigidité de l'abdomen à l'examen.
  - Commencez une perfusion intraveineuse et effectuez une série de contrôles de l'hémoglobine/ des hématocrites à des intervalles réguliers.
  - Vérifiez les signes vitaux de la cliente en surveillant son pouls, son rythme respiratoire, sa pression artérielle et sa température toutes les 5 à 10 minutes pendant les 60 premières minutes qui suivent la perforation. Si les signes vitaux sont stables, continuez à surveiller la cliente chaque heure pendant les quatre prochaines heures et puis toutes les quatre heures pendant 24 heures.
  - S'il y a un changement dans les signes vitaux ou si la cliente se plaint de douleurs intenses ou de signes péritonéaux, continuez à la surveiller et référez-la pour une évaluation chirurgicale d'urgence.
  - Envisagez l'administration d'un traitement à base d'antibiotiques suivant les directives nationales.
  - Si vous suspectez une perforation utérine plusieurs jours ou semaines après l'insertion du DIU, confirmez à l'aide de rayons X ou d'ultrason.
  - Si le DIU est incrusté dans la paroi de l'utérus (perforation partielle), référez la femme pour un retrait auprès d'un prestataire spécialement qualifié qui utilisera une pince étroite pour retirer le DIU de manière transvaginale, si possible.
  - Si le DIU se trouve en dehors de la cavité utérine (perforation totale), référez la femme auprès d'un chirurgien qualifié pour le retrait du DIU par laparoscopie ou laparotomie.

Autres effets secondaires et problèmes courants rencontrés après l'insertion du DIUPP

Changements des modes de saignement menstruels

Les changements des modes de saignement menstruels sont un effet secondaire courant chez les utilisatrices du DIU, indépendamment du moment d'insertion. Au cours des six premières semaines postpartum, de tels changements sont masqués par les saignements et les saignotements irréguliers habituels liés à l'involution de l'utérus pendant la période postpartum. D'habitude, ces changements ne sont pas dangereux pour la femme et diminuent ou disparaissent après les premiers mois qui suivent l'insertion du DIU. Si cependant ces symptômes sont sévères, persistent et s'accompagnent de certains autres signes/ symptômes, ils ont besoin d'un suivi spécial. Par exemple, pour une femme en période postpartum qui pratique la MAMA, l'aménorrhée peut se produire en association avec le DIU.

- Signes/ Symptômes éventuels
  - Augmentation de la quantité du saignement menstruel plus que ce à quoi l'on s'attend habituellement pendant la période postpartum

  - Augmentation de la durée du saignement menstruel plus que ce à quoi l'on s'attend habituellement pendant la période postpartum
  - Spotting/ saignements légers entre les règles une fois qu'elles commencent le postpartum
- Gestion
  - Déterminez la sévérité des symptômes : abondance du saignement par rapport aux saignements habituels ; pendant combien de temps les symptômes ont-ils duré ; A quel moment les symptômes avaient-ils commencé ; sont-ils accompagnés d'autres symptômes (exemple, douleur, fièvre) ; comment la femme supporte-t-elle ces symptômes ?
  - Si les symptômes sont modérés et sont ceux qui accompagnent normalement l'involution de l'utérus pendant la période postpartum, rassurez la femme.
  - Si nécessaire, recherchez d'autres pathologies gynécologiques et référez la femme à un praticien qualifié si indiqué.
  - Si nécessaire, investiguez à la recherche d'une grossesse en vous basant sur les antécédents ou les tests disponibles.
  - Si nécessaire, procédez à des vérifications pour voir si le DIU n'a pas été expulsé : palpez les fils grâce à un examen vaginal bi manuel ou visualisez au niveau de la vulve ou en utilisant un spéculum.
  - Si la cliente souhaite avoir un traitement, offrez-lui un traitement court à base de médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens à commencer pendant les saignements et à poursuivre pendant trois à cinq jours.
  - Si les saignements continuent à être abondants et durent longtemps ou sont suivis de signes cliniques ou laboratoires accompagnent logiquement une anémie grave, offrez-lui un traitement à base de fer par perfusion et envisagez de retirer le DIU avec le consentement de la patiente.
  - Si la cliente trouve qu'elle saigne de manière inacceptable, retirez le DIU et offrez-lui un counseling portant sur d'autres méthodes alternatives de planification familiale afin de l'aider à choisir une autre méthode.

Crampes ou douleurs

Les crampes modérées intermittentes peuvent se produire au cours des quelques premières semaines suivant l'insertion du DIU, mais elles sont généralement masquées par les crampes habituelles accompagnant l'involution de l'utérus pendant la période postpartum (« tranchées utérines »). Le retour des règles peut s'accompagner également de plus de crampes et de douleurs et est un effet secondaire que l'on rencontre couramment chez toutes les utilisatrices du DIU. Il est nécessaire de procéder à un suivi spécial si les symptômes sont gênants, intenses ou s'accompagnent d'autres signes/ symptômes.

- Signes/ Symptômes éventuels
  - Plus de crampes ou des douleurs plus intenses accompagnant ou non la menstruation.
- Gestion
  - Déterminez la sévérité des symptômes : quelle est l'intensité des douleurs ; depuis combien de temps durent les douleurs, et à quel moment les douleurs avaient-elles commencé ; les douleurs s'accompagnent-elles d'autres symptômes (exemple, saignements, fièvre) ; comment la femme supporte-t-elle ces douleurs ?
  - Procédez à une bonne évaluation incluant les signes vitaux, un examen abdominal et pelvien et des examens de laboratoire appropriés (test de grossesse ; hémogramme, cultures) afin d'identifier d'autres causes éventuelles des douleurs : infection ; expulsion partielle du DIU, perforation utérine ; grossesse/ grossesse ectopique ; infection urinaire. Voir la section portant sur la prise en charge des infections et de la grossesse avec le DIU en place.

- Si les symptômes et les résultats des examens physiques sont modérés et accompagnent logiquement l'involution de l'utérus pendant la période postpartum, rassurez la femme.
- Recommandez un traitement court à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens immédiatement avant ou pendant la menstruation afin d'aider à réduire les douleurs et les crampes menstruelles qui ennuient la cliente.
- Si les crampes ou les douleurs sont intenses, retirez le DIU. Si le DIU avait été mal placé, est partiellement expulsé ou est tordu de manière anormale, discutez avec la cliente de l'insertion d'un nouveau DIU. Si le DIU semble être dans une bonne position et est normal, conseillez à la patiente une méthode alternative de planification familiale.

Infection

Bien que le risque d'infection après l'insertion d'un DIU d'intervalle et non lié à une grossesse soit très faible, il atteint son plus haut degré dans les 20 premiers jours suivant l'insertion et on pense qu'il est en général lié à une infection à gonorrhée ou à chlamydia concomitante. Il n'existe pas d'estimations similaires de risques concernant l'insertion postpartum immédiate du DIU, mais des études indiquent que le risque est très faible. Compte tenu du fait qu'une infection pelvienne peut conduire à la stérilité et à d'autres problèmes graves, les prestataires devraient traiter tous les cas suspects. Par exemple, le DIU ne devrait jamais être inséré lorsqu'une infection puerpérale telle qu'une endométrite est suspectée.

- Signes/ Symptômes éventuels
  - Douleurs dans le bas-ventre
  - Fièvre
  - Douleurs pendant les rapports sexuels
  - Saignements après les rapports sexuels ou entre les règles une fois que les menstrues ont recommencé à revenir chaque mois normalement pendant la période postpartum
  - Nouvel épisode de douleurs associé aux règles
  - Ecoulement vaginal anormal
  - Nausées et vomissement
- Gestion
  - Procédez à une bonne évaluation incluant les signes vitaux, un examen abdominal et pelvien et des études de laboratoires appropriées (test de grossesse, hémogramme, cultures) afin d'identifier d'autres problèmes : endométrite ; appendicite ; expulsion partielle du DIU ; perforation utérine, grossesse/ grossesse ectopique ; ou infection urinaire. Voir la section pour une prise en charge de la grossesse avec un DIU en place.
  - Suspectez une MIP si l'un des signes/ symptômes suivants se présente et si on ne peut pas identifier d'autres causes :
    - Sensibilité du bas-ventre, de l'utérus ou des annexes (sensibilité dans les ovaires ou dans les trompes de Fallope)
    - Preuve d'une infection cervicale : écoulement cervical jaune contenant du mucus et du pus, saignement cervical au toucher à l'aide d'un tampon, prélèvement sur écouvillon positif
    - Sensibilité ou douleur lorsqu'on déplace le col et l'utérus pendant un examen vaginal bi manuel (sensibilité à la mobilisation du col de l'utérus)
    - D'autres signes/ symptômes possibles : écoulement cervical purulent ; augmentation de volume ou durcissement (induration) d'une ou des deux trompes de Fallope ; une masse pelvienne sensible ; douleur lorsque l'on presse doucement l'abdomen (sensibilité abdominal direct) ou lorsque l'on presse doucement et puis relâche soudainement (sensibilité abdominale au rebond)
  - Si une endométrite ou une MIP est suspectée, commencez immédiatement le traitement à l'aide d'un protocole à base d'antibiotiques appropriés suivant les directives nationales/ les protocoles locaux de traitement de la gonorrhée, de la

chlamydia et des infections anaérobies. Retirez le DIU uniquement en cas de septicémie ou si les symptômes ne s'améliorent pas en l'espace de 72 heures. Des études n'ont pas indiqué que le retrait du DIU affecte les résultats du traitement[34] .

  - Si la femme ne souhaite pas garder le DIU pendant le traitement, retirez-le deux à trois jours après le début du traitement antibiotique.
- Si nécessaire, et si vous suspectez une IST, conseillez à la femme d'utiliser un préservatif pour se protéger contre une autre IST et recommandez un traitement à son partenaire.

Problèmes liés aux fils du DIU

Des fils introuvables, trop courts ou trop longs peuvent indiquer divers problèmes, à savoir une grossesse, une expulsion du DIU, un mauvais emplacement et/ ou une perforation utérine. Quelquefois, il n'y a pas de problème réel du tout. Dans certaines circonstances, par exemple, il est possible que les fils du DIU ne descendent jamais à travers le col dans le vagin après une insertion postpartum immédiate. Même des fils qui ont été visualisés pendants dans la partie supérieure du vagin après insertion peuvent remonter dans l'utérus pour une raison inconnue. Les fils du DIU n'ont rien à voir avec un souci d'efficacité. Ils ont été mis uniquement dans le but de faciliter le retrait et la confirmation de sa présence dans l'utérus. Compte tenu du fait que les fils ne sont pas encore coupés au moment de l'insertion post placentaire, per césarienne et postpartum immédiate, on doit s'attendre à ce qu'ils atteignent facilement le milieu du vagin et peut être le niveau de la vulve d'ici à quatre—six semaines postpartum.

- Signes/ Symptômes éventuels
  - Le partenaire peut sentir les fils
  - Des fils trop longs
  - Des fils trop courts
  - Des fils introuvables
- Gestion des fils capables d'être sentis par le partenaire de la femme
  - Rassurez la femme et son partenaire que les fils sont très souples et inoffensifs.
  - Si c'est très dérangeant pour le partenaire de la femme, échangez avec la femme et conseillez-la comme suit :
    - Il est possible de couper les fils de sorte à les rendre courts, au niveau de l'orifice externe ou de sorte à ce que les fils se courbent autour de la lèvre cervicale, mais une fois coupés, elle ne pourra plus les vérifier.
    - Alternativement, un nouveau DIU peut être inséré et les fils coupés de sorte à ce que son partenaire ne les sente pas
- Gestion des fils introuvables ou des fils plus longs ou plus courts que ce à quoi on s'attend
  - Investiguez à la recherche d'une grossesse grâce à une analyse des antécédents ou à des examens de laboratoire.
  - Examinez le canal cervical en vous servant d'une brosse cervicale ayant subi une désinfection de haut niveau ou stérile ou d'une pince étroite (exemple : pince « caïman », pince à griffes) pour localiser les fils et les tirer doucement vers l'extérieur de sorte à ce qu'ils soient en saillie dans le canal vaginal.
  - Si les fils ne sont pas situés dans le canal cervical, référez la femme pour un examen aux rayons X ou à l'ultrason pour confirmer un positionnement normal dans l'utérus. Offrez une méthode de soutien pendant que vous attendez les résultats. Gérez comme il se doit, suivant les résultats :
    - Si le DIU est situé à l'intérieur de l'utérus et que la femme souhaite le garder, ne le retirez pas. Expliquez-lui que le DIU la protège toujours d'une grossesse mais qu'elle ne pourra plus sentir les fils. Passez en revue les signes et les symptômes d'une expulsion spontanée.

[34] Association of Reproductive Health Professionals (ARHP). 2004. New developments in intrauterine contraception. In : Clinical Proceedings of the ARHP, Washington, DC, septembre. ARHP :Washington, DC.

  - Si le DIU se trouve à l'intérieur de l'utérus et la femme souhaite le faire retirer, référez-la auprès d'un prestataire spécialement formé qui se chargera de le retirer.
  - Si le DIU se trouve en dehors de l'utérus, gérez comme prévu en cas de perforation utérine.
  - Si le DIU ne peut pas être visualisé dans l'utérus ou dans la cavité péritonéale, gérez comme prévu en cas d'expulsion totale du DIU (ci-dessous).

Expulsion partielle ou totale du DIU

Une expulsion partielle ou totale du DIU peut se produire de manière silencieuse ou peut s'accompagner de signes/ symptômes. Des fils de DIU introuvables ou plus longs que ce à quoi on s'attend et un retard ou une absence de règles sont d'autres indications possibles. Les directives suivantes portent sur la gestion d'expulsions partielles ou totales confirmées du DIU.

- Signes/ Symptômes éventuels
  - Nouvel épisode de saignement irrégulier et/ ou survenue de crampes
  - DIU expulsé observé (expulsion totale)
  - DIU senti/ vu dans le canal vaginal (expulsion partielle)
  - Règles en retard ou absentes (voir grossesse avec DIU en place)
  - Fils introuvables ou trop longs (voir problèmes liés aux fils du DIU)
- Gestion
  - Procédez à une bonne évaluation, y compris un examen pelvien afin d'identifier d'autres causes possibles des symptômes comme une infection et une grossesse.
  - Lorsque d'autres causes possibles des symptômes sont identifiées gérez-les en fonction des résultats :
    - Si une expulsion totale du DIU est confirmée (exemple, vu par la femme, confirmée par rayons X ou ultrason) : remplacez immédiatement le DIU si la femme le souhaite et si une telle chose est appropriée (ni enceinte, ni infectée) ou conseillez à la femme d'utiliser une autre méthode de planification familiale.
    - Si une expulsion partielle du DIU est confirmée (exemple, senti/ vu par la femme ou le clinicien) : retirez le DIU et remplacez-le si la femme le désire et si une telle chose est appropriée (ni enceinte, ni infectée) ou conseillez à la femme d'utiliser une autre méthode de planification familiale.
    - Si le DIU semble s'être incrusté dans le canal cervical et ne peut pas être retiré facilement de la manière standard, référez la femme auprès d'un prestataire spécialement formé qui se chargera de retirer le DIU.
  - Si une expulsion totale de DIU est confirmée et qu'une grossesse est diagnostiquée, gérez en fournissant des soins prénataux conformément aux standards nationaux et régionaux.

Grossesse avec un DIU en place [35]

Bien que le DIU soit une des formes les plus efficaces de contraception réversible, des échecs peuvent se produire. Approximativement un tiers des grossesses avec un DIU en place sont dus à des expulsions partielles ou totales non détectées du DIU. Lorsqu'une grossesse survient avec un DIU en place, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une grossesse ectopique et le DIU devrait être retiré. Si le DIU demeure en place pendant la grossesse, il y a un risque accru de déclenchement prématuré du travail, d'avortement spontané et d'avortement septique.

- Signes/ Symptômes éventuels
  - Retard ou absence de règles
  - D'autres signes/ symptômes de grossesse
  - Fils introuvables

[35] Adapté de : OMSet JHU/ CCP 2006.

- Fils plus courts ou plus longs que ce à quoi on s'attend

- Gestion
  - Confirmez qu'il s'agit d'une grossesse et identifiez le trimestre. Si la femme se trouve dans le deuxième ou troisième trimestre de sa grossesse, gérez selon les directives nationales/ protocoles locaux et référez-la si nécessaire à un prestataire approprié.
  - Déterminez qu'il ne s'agit pas d'une grossesse ectopique : douleur violente/ lancinante qui est souvent unilatérale ; saignement vaginal anormal ; sensation d'ébriété/ étourdissement ; évanouissement. Si vous suspectez une grossesse ectopique, référez immédiatement/ transportez la femme dans une structure de santé avec antenne chirurgicale
  - Si une grossesse ectopique a été écartée, et si la grossesse est au premier trimestre :
    - Conseillez la femme sur les avantages et les risques d'un retrait immédiat du DIU : le retrait du DIU augmente légèrement le risque de fausse couche ; et laisser le DIU en place peut provoquer une fausse couche au deuxième trimestre de la grossesse, une infection et un accouchement avant terme.
    - Si la femme demande le retrait, procédez immédiatement au retrait si les fils sont visibles et si la grossesse est au premier trimestre. Si les fils ne sont pas visibles, faites un ultrason pour savoir si le DIU se trouve toujours dans l'utérus ou a été expulsé. Si le DIU est toujours en place, il ne peut pas être retiré en toute sécurité ; suivez les conseils ci-dessous pour retirer le DIU à l'accouchement.

      Si la femme refuse le retrait, offrez-lui de l'assistance et des soins conformément aux directives nationales/ protocoles locaux et arrangez une visite de suivi de la grossesse par un prestataire qualifié à une date rapprochée. Souligner l'importance de retourner à la clinique immédiatement si la femme présente des signes d'avortement spontané ou d'infection (exemple, fièvre, douleurs dans le bas-ventre, et/ ou saignements) ou d'autres signes d'avertissement. Prévoyez de retirer le DIU lors de l'accouchement.

9. Services cliniques liés au DIUPP

CONTEXTE

La prestation de services de DIUPP requière une coordination et une collaboration étroites entre les services de soins prénataux, intrapartum et postnataux au sein de la structure de santé.

La prestation de services cliniques liés au DIUPP peut être effectuée uniquement dans une structure de santé clinique qui dispose des infrastructures appropriées, du matériel adapté et du personnel adéquat. Bien qu'il soit possible de réaliser le counseling et les évaluations pendant les heures normales de travail par le biais du système de prestation des services prénataux, l'insertion du DIUPP—en particulier lorsqu'on utilise les approches postplacentaires et intracésarienne—peut avoir lieu à tout moment, de jour comme de nuit. Pour cette raison, les services de DIUPP doivent être intégrés dans le système de prestation des soins liés à l'accouchement afin que les prestataires de soins intrapartum et tous les prestataires de services de l'équipe de soins obstétricaux acquièrent des connaissances sur les éléments des services cliniques relatifs au DIUPP et puissent les comprendre.

Bien que l'insertion pendant un accouchement par césarienne ou immédiatement après la délivrance du placenta soit préférée, compte tenu des taux d'expulsion faibles et de son caractère pratique pour la femme, certains hôpitaux ou centres de santé offrent également des services aux clientes dans le pavillon postpartum pendant la période postpartum immédiate. Une telle chose peut être faite par des conseillers/ prestataires dévoués qui analysent la situation et les besoins de planification familiale des femmes dans le pavillon postpartum et offrent des soins de manière planifiée et ciblée.

Indépendamment de la manière dont les services sont organisés au sein de la structure de santé, il est important de s'assurer que tout le personnel de l'équipe de soins obstétricaux/ liés à la maternité sont orientés vers les prestations de services de DIUPP. Ceci aide à s'assurer que les messages de counseling sont uniformes et cohérents et à éviter que des informations inexactes ne soient disséminées au moment de la mise en place des services.

CRITERES MINIMUM POUR L'OFFRE DES SERVICES LIES AU DIUPP

Toute structure de santé offrant des soins obstétricaux de base, à savoir des services de soins intrapartum, peut se préparer à offrir des services cliniques liés au DIU postpartum aux femmes. Il est recommandé que les services cliniques soient offerts par un prestataire de soins de santé—comme une sage-femme, un/ e infirmier/ ère ou un médecin—qui a été formé en compétences de prestations des services liés au DIUPP.

Pendant l'analyse initiale faite par une structure de santé pour déterminer la meilleure façon de créer des services de DIUPP, il est important de passer en revue les modes de prestation des soins, le volume clinique et les responsabilités du personnel. Pendant la mise en place du programme, tenez compte des facteurs importants suivants :

- A quel niveau les services de PF sont-ils offerts actuellement ? Existe-t-il un mécanisme de prestation de services de PF aux femmes dans le pavillon postpartum ? Comment peut-on rendre les DIU disponibles dans l'unité de travail et d'accouchement ?
- Qui offre actuellement le counseling sur la PF et les services y relatifs ? Est-ce des prestataires différents ou les mêmes prestataires qui offriront les services liés au DIUPP? Quelles expériences ces prestataires possèdent-ils en matière de techniques de counseling et d'insertion du DIU ?
- Où est-ce que les femmes venant accoucher dans cette structure de santé reçoivent-elles leurs soins prénataux ? Est-ce dans la clinique de cette même structure de santé ou dans une unité appartenant à un réseau externe d'un centre de santé ? Comment est-il possible de communiquer au personnel de cette structure de santé des informations relatives au choix contraceptif postpartum de la femme ?

- Beaucoup de femmes venant accoucher dans cette structure de santé arrivent-elles sans avoir reçu des soins prénatals ? Seront-elles prises en charge ou conseillées différemment que les femmes ayant reçu des soins dans cette structure de santé ?
- Quel est le volume actuel des patientes de la maternité ? Quel est le nombre attendu d'insertions mensuelles du DIUPP ? Si le volume est faible, comment les prestataires qualifiés maintiendront-ils leurs compétences cliniques en technique d'insertion ?
- Comment seront enregistrées les données ? Quel est le système actuel d'enregistrement des données relatives aux accouchements et aux consultations de planification familiale? Y a-t-il des éléments de ces systèmes de conservation des données qui sont similaires ?
- Avec quelles informations la femme quittera-t-elle la structure de santé après l'insertion postpartum du DIU ?

Une planification et une considération minutieuse de ces facteurs permettra à la direction de la structure de santé d'introduire des services de DIUPP sans grande difficulté.

Critères de prestation de services

Les critères minimum pour une prestation sécurisée des services de DIUPP incluent :

- **Infrastructure :** une zone de soins externes pour une sélection et un counseling prénataux ainsi que pour le suivi et l'examen postpartum ; une zone de soins intra partum où sont réalisés les accouchements et où peuvent être également effectuées les insertions post placentaires ; et une salle d'examen/ de traitement au niveau du pavillon postpartum ou juste à côté où peuvent être effectuées les insertions postpartum immédiates.
- **Matériels :** une table d'accouchement/ d'examen munie d'étriers (ou d'un endroit où la femme peut poser ses pieds) ; les instruments pour l'insertion, tels qu'un spéculum Simms, une pince à anneau et une longue pince, comme la pince placentaire Kelly ; des serviettes stériles, des gants stériles ou d'examen propres (y compris de longs gants si l'on prévoit de procéder par une technique d'insertion manuelle) ; une solution antiseptique telle que de la polyvidone iodée (par exemple de la Bétadine®) ou du gluconate de chlorhexidine (exemple, Savlon® ou Hibiclens®) ; et des DIU dans leurs emballages stériles.
- **Personnel :** un prestataire de service clinique, comme une sage-femme, un médecin ou un/ e infirmier/ ière qui assistent régulièrement des femmes en travail et qui ont été formés pour les prestations de services liés aux DIUPP, y compris le counseling, la prévention des infections, les techniques d'insertion/ de retrait et la gestion des effets secondaires ou des complications.
- **Coordination des soins :** un système de communication et de partage d'informations devrait être mis en place entre le service de soins prénataux, l'unité de travail/ d'accouchement, le pavillon postpartum et l'unité de soins externes postpartum.
- **Systèmes de gestion :** Il doit y avoir une bonne intégration de tous les éléments cités ci-dessus de sorte à ce que les services soient offerts d'une manière garantissant un bon counseling, de bonnes pratiques de prévention des infections, et un bon suivi.

UTILISER LES STANDARDS DE PERFORMANCE POUR LES SERVICES DE DIUPP

Bien qu'une expérience en matière de fourniture de services de DIU par intervalle soit utile au moment de la mise en place des services de DIUPP, il y a lieu de se pencher sur certaines différences pour pouvoir offrir des services relatifs au DIUPP. Les principales différences se concentrent au niveau de la compréhension de l'anatomie postpartum et de la technique d'insertion, qu'il s'agisse d'une insertion manuelle ou d'une insertion à l'aide d'instruments. Bien que les principes de counseling, de prévention des infections et de prestation de soins de suivi demeurent largement les mêmes que ceux de l'insertion par intervalle, le fait que

l'insertion du DIUPP se réalise dans la salle d'accouchement ou dans le pavillon postpartum signifie que les services doivent être intégrés dans un système de prestation de service différent, avec un personnel et des modes de travail différents.

Le Tableau 9.1 ci-dessous énumère les standards de performance pour la prestation de services relatifs au DIUPP. Ces standards sont destinées à servir comme un guide pour la mise en place et le fonctionnement de services cliniques de haute qualité. L'atteinte de chaque standard peut être vérifiée grâce à certains critères de vérification, en utilisant un outil qui se trouve dans un format de liste de vérification modifié. (voir Annexe D)

Les standards servent comme un guide aussi bien pour les prestataires de services que pour les superviseurs de services. Les prestataires de services peuvent utiliser l'outil comme un guide de vérification de leurs propres performances cliniques. Il peut être utilisé comme un support de travail relatif aux étapes du counseling ou à la technique d'insertion. Les prestataires peuvent également l'utiliser comme un moyen d'orienter d'autres collègues qui sont en train de développer les compétences nécessaires pour la prestation de services. Les superviseurs peuvent utiliser l'outil comme un moyen spécifique et détaillé pour assurer une supervision des services de DIUPP. Ceci peut leur permettre d'offrir un feedback spécifique aux prestataires et aux gestionnaires sur ce qui est fait de manière adéquate et les domaines auxquels il faudrait accorder une plus grande attention.

L'évaluation séquentielle des performances comparée aux standards permet aux gestionnaires de programmes et aux autorités départementales/ étatiques de suivre la qualité des services au fil du temps et de pouvoir comparer les performances des structures de santé d'une manière quantifiable.

Tableau 9.1 Standards de performance pour les services relatifs au DIUPP

Evaluation initiale de la cliente et counseling pendant les soins prénataux ; visites ultérieures

1. Le prestataire utilise les techniques de counseling recommandées.
2. Le prestataire/ conseiller fournit des informations relatives à tous les avantages de l'espacement des grossesses et explore les connaissances de la femme sur les méthodes de planification familiale.
3. Le prestataire/ conseiller cible les informations à donner à la femme suivant l'intérêt et les besoins de la femme, si la femme a une méthode/ ou plusieurs méthodes à l'esprit.
4. Le prestataire procède à une petite évaluation en vue de savoir quelle est l'éligibilité de la femme et détermine si le DIU est une méthode appropriée pour cette femme.
5. Le prestataire donne des informations spécifiques sur la méthode du DIU.
6. Le prestataire fait une notation qui prévient d'autres prestataires de soins, que la femme a choisi l'insertion postpartum du DIU.
7. Le prestataire réalise les visites de suivi comme il se doit.
8. Le prestataire identifie les femmes qui ont des problèmes et gère les complications, si besoin est.

Counseling sur le DIU et l'évaluation de la cliente pendant le travail ou la période postpartum

1. Le prestataire consulte le dossier de la cliente pour s'assurer qu'elle est une candidate appropriée à l'insertion du DIUPP
2. Le prestataire prépare la parturiente pour l'insertion du DIUPP.

Prestation des services relatifs au DIU

1. Le prestataire se prépare à la procédure d'insertion du DIUPP
2. Le prestataire exécute toutes les tâches pré insertion pour l'insertion post placentaire ou per césarienne du DIU.
3. Le prestataire effectue l'insertion dans le postpartum immédiat ou en per césarienne.
4. Le prestataire effectue les tâches post-insertion
5. Le prestataire effectue le counseling post-insertion

Gestion et enregistrement des données

1. Le prestataire enregistre les données pertinentes concernant les services offerts sur le dossier de la patiente.
2. Le prestataire enregistre les données pertinentes concernant les services offerts dans le registre.
3. La structure de santé dispose des matériels et des documents adéquats pour la planification familiale postpartum.
4. Le/ s prestataire/ s possède/ nt les qualifications requises.

Un système organisé à l'échelle de la structure de santé est mis en place afin de garantir que toute femme se trouvant en période postpartum reçoit un counseling et une planification familiale postpartum.

ENREGISTREMENT DES DONNEES

Il est extrêmement important de conserver minutieusement les données des services de DIUPP. Ceci est du au fait que les critères de sélection des clientes et la technique d'insertion sont directement liés au taux d'expulsion, et par conséquent, potentiellement au succès du programme dans son ensemble. S'il se trouve qu'un nombre plus élevé de clientes que celui auquel on s'attendait reviennent pour cause d'expulsions partielles ou totales du DIU, il peut être important de savoir quels étaient les critères d'évaluation qui avaient été utilisés au moment de l'insertion, et si le prestataire avait été confronté à une quelconque difficulté au moment de l'insertion. Ceci permettrait aux gestionnaires de programmes et aux superviseurs de réviser la formation et les critères d'évaluation des clientes afin de déterminer si une modification devrait être faite.

Après l'insertion du DIU, une notation devrait être faite sur la fiche de la femme, ainsi que dans le registre d'accouchement ou dans le registre des services d'insertion du DIUPP. De même, lorsque la femme revient pour la visite de suivi, s'il y a un quelconque problème, le registre d'insertion devrait être consulté afin que l'on sache si certains facteurs auraient pu permettre de prédire ce problème.

Un échantillon de fiche de collecte des données est jointe à l'Annexe E. Le registre des services d'insertion du DIUPP peut comporter entre autres titres possibles, les éléments suivants :

1. Date d'insertion
2. Numéro d'enregistrement
3. Nom
4. Numéro de contact
5. Age
6. Parité
7. Moment d'insertion du DIU : post placentaire, postpartum, per césarienne
8. Age gestationnel à l'accouchement : 21–32 semaines, 33–36 semaines, 37–41 semaines
9. Durée de la rupture des membranes : < 6 heures, 6–12 heures, > 12 heures
10. Instrument utilisé pour l'insertion : pince placentaire Kelly, autre type de pince
11. Moment du counseling : prénatal, début du travail, postpartum
12. Avis du prestataire par rapport à la facilité de l'insertion : (échelle 1–10)
13. Avis de la patiente : anxiété (échelle 1–10) et douleur (échelle 1–10)

Annexe A : Aide-mémoire pour le counseling de la PFPP

Aide-mémoire : Guide de counseling—Caractéristiques des méthodes PFPP

Méthodes	Avantages	Limitations	Evaluation des clientes/ Considérations
DIUPP	▪ Efficace juste après l'insertion, sans délai – Comme le DIU d'intervalle : – > 99% d'efficacité – Retour immédiate de la fertilité dès le retrait – Protection courte durée ou de longue durée d'action – Pas de fournitures supplémentaires/ ou matériaux ou action de l'utilisateur nécessaires (efficace jusqu'à 12 ans) – Réduit le risque global de la grossesse extra-utérine (par la prévention de la grossesse)	▪ Peut avoir les menstruations plus abondantes et plus douloureuses, en particulier pour les premiers cycles souvent moins marqués pour les femmes en postpartum – Un risque un peu plus élevé d'expulsion – Comme le DIU d'intervalle, ne protège pas contre les IST, y compris le VIH – Comme le DIU d'intervalle, il faut une procédure clinique	▪ Ne convient pas aux femmes qui ont : – Le cancer du col ou une maladie trophoblastique – Un utérus déformé (fibromes, cloison) – Un risque élevé de gonorrhée/ chlamydia – Le SIDA et ne sont pas bien portante cliniquement ou n'ont pas un traitement antirétroviral ▪ Ne convient pas pour les femmes en postpartum présentant certaines conditions pathologiques résultant du travail et/ ou de l'accouchement – Doit être inséré dans les 48 heures suivant l'accouchement.
Les pilules progestatives	▪ Plus efficaces si elles sont utilisées par les femmes qui sont aussi allaitantes – Environ 99%d'efficacité – Pas de délai pour le retour de la fertilité après l'arrêt des pilules.	▪ Les pilules doivent être prise chaque jour, et au même moment – La femme peut avoir des changements menstruels – Ne protège pas contre les IST, y compris le VIH	▪ Ne convient pas aux femmes qui : – Ont une cirrhose ou une maladie hépatique active – Prennent des médicaments contre la tuberculose ou des convulsions – Ont une thrombose au niveau des jambes ou des poumons en ce moment – Ont des antécédents de cancer du sein ▪ Donner les contraceptifs avant la sortie de la femme – La femme doit commencer 6 semaines après l'accouchement.
Condom	▪ Peut prévenir contre la grossesse et des IST (y compris le VIH) – Peut être utilisé lorsque le couple reprend les rapports	▪ Doit avoir un accès fiable au réapprovisionnement ▪ Environ 85% d'efficacité	▪ Doit être utilisé lors de chaque rapport sexuel ▪ Doit être utilisé correctement à chaque fois. ▪ Ils peuvent être fournis avant la sortie de la femme.
Ligature tubaire du postpartum	▪ Méthode permanente de planification familiale – > 99% (pas à 100%) d'efficacité – Procédure simple ; complications graves sont rares	▪ Ne protège pas contre les IST y compris le VIH, ▪ Requiert une procédure chirurgicale	▪ Pour les femmes qui sont certaines qu'elles ne veulent plus d'enfants ▪ La structure doit être prête pour offrir la chirurgie. ▪ Peut être faite dans les 7 premiers jours postpartum

Méthodes	Avantages	Limitations	Evaluation des clientes/ Considérations
MAMA *Encourager l'allaitement maternel pour toutes les femmes*	▪ Bon pour la mère et le nouveau-né – 98,5% d'efficacité si les trois critères sont respectés – Pas d'effets secondaires – Commence tout de suite après la naissance – Pas de fournitures/ matériels supplémentaires	▪ Ne protège pas contre les IST, y compris le VIH ▪ Courte durée d'action - méthode fiable pour 6 mois	▪ Efficace que si tous trois critères sont réunis : – L'allaitement maternel exclusif à la demande, jour et nuit, sans donner de nourriture ou d'autres liquides – Absence des règles/ menstrues – Age du bébé est inférieur à 6 mois ▪ Effectuer la transition vers une autre méthode contraceptive si l'un des trois critères n'est pas rempli
Vasectomie	▪ Méthode de planification familiale permanente – > 99% (pas à 100%) d'efficacité – Sans danger, procédure simple, les complications graves sont rares – La procédure ne nécessite pas d'hospitalisation	▪ Ne protège pas contre les IST, y compris le VIH ▪ Requiert une procédure chirurgicale ambulatoire	▪ Pour les couples qui sont certains qu'ils ne veulent plus d'enfants ▪ Il y a un délai de 3 mois avant d'être efficace ▪ Peut se faire à tout moment ▪ N'affecte pas la performance sexuelle masculine

Annexe B : Critères d'éligibilité médicale pour l'utilisation du DIU/ DIUPP

Conditions d'utilisation du DIU de la Catégorie 1 et 2	
Conditions de la Catégorie 1 *Utilisez la méthode en toute circonstance*	**Conditions de la Catégorie 2** *Utilisez en général la méthode*
▪ Post placentaire immédiat ou pendant la césarienne ▪ Postpartum de moins de 48 heures ▪ Plus de 4 semaines postpartum ▪ Âge : supérieur à 20 ans ▪ 1 parité ou plus ▪ Saignement menstruel irrégulier (métrorragie) sans saignement menstruel abondant ▪ Antécédent de grossesse ectopique ▪ Consommation de cigarettes ▪ Obésité ▪ Facteurs de risque de maladie cardiovasculaires ▪ Hypertension ou antécédent d'hypertension ▪ Maladie thromboembolique (passée ou présente) ▪ Hyperlipidémies ▪ Valvulopathie non compliquée ▪ Maux de tête (tout type) ▪ Epilepsie ▪ Dépression ▪ Tumeurs ovariennes bénignes ▪ Néoplasie intraépithéliale cervicale ▪ Maladie bénigne des seins ou cancer du sein ▪ Femmes prenant des antibiotiques ou des antiépileptiques ▪ Maladie de la thyroïde, du foie ou maladie vésiculaire ou le diabète ▪ Paludisme ▪ Tuberculose non-pelvienne ▪ Antécédent d'une maladie inflammatoire pelvienne (suivie d'une grossesse ultérieure) ▪ Chirurgie pelvienne antérieure, y compris une césarienne antérieure	▪ Age : ménarche à moins de <20 ans ▪ Nulliparité ▪ Saignement vaginal abondant ou prolongé ▪ Valvulopathie compliquée Note : Utilisez une prophylaxie antibiotique avant l'insertion ▪ Traitement du lupus ou traitement immunosuppressif ▪ Endométriose ▪ Antécédent de maladie inflammatoire pelvienne (non suivi d'une grossesse) ▪ Risque élevé de contracter le VIH ▪ Les femmes infectées par le VIH et sous traitement antirétroviral ▪ Anémie (thalassémie ou déficience en fer)

Conditions d'utilisation du DIU de la Catégorie 3 et 4	
Conditions de la Catégorie 3 *En général, n'utilisez pas la méthode, à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient disponibles ou acceptables*	**Conditions de la Catégorie 4** *N'utilisez pas la méthode*
▪ Entre 48 heures et 4 semaines postpartum ▪ Chorioamnionite ▪ Rupture des membranes prolongée >18 heures* ▪ Traumatisme vaginal Important ou l'insertion empêche la réparation* [Note : ceci est applicable seulement pour l'insertion postpartum de J1 ou 2] ▪ Le SIDA, mais sans traitement antirétroviral ou pas accès aux soins ▪ Risque personnel élevé de développement de l'infection à chlamydia et à blennorragie (le partenaire souffre actuellement d'un écoulement purulent ou d'une IST) ▪ Cancer ovarien ▪ Maladie trophoblastique bénigne ▪ Lupus associé à une thrombopénie grave	▪ Infection puerpérale ▪ Endométrite du postpartum ▪ Hémorragie du postpartum persistante * ▪ Grossesse (avérée ou suspectée) ▪ Saignement vaginal inexpliqué ▪ MIP en cours, gonorrhée, ou chlamydia ▪ Ecoulement purulent aigu (semblable à du pus) ▪ Cavité utérine déformée ▪ Maladie trophoblastique maligne ▪ Tuberculose pelvienne avérée ▪ Cancer de l'appareil génital (cervical ou de l'endomètre)

*Ces conditions ne sont pas spécifiquement mentionnées dans les CEM de l'OMS, leur inclusion est considérée comme une interprétation prudente de cette publication.

Bien que les CEM aient été actualisés ces dernières années afin d'offrir une plus grande orientation sur l'utilisation du DIU en général, les informations spécifiques sur l'utilisation du DIU pendant la période postpartum immédiate sont limitées dans les CEM. Par conséquent, il est nécessaire de passer en revue les CEM en relation avec l'utilisation du DIU pendant la période postpartum et de prolonger la liste des conditions par rapport auxquelles le DIU pourrait ou ne pourrait pas être approprié.

Annexe C : Aide-mémoire pour la seconde évaluation de la cliente pour le DIUPP

Dans le cadre de la préparation pour l'insertion du DIU, confirmer les renseignements suivants au sujet de la femme et de sa situation clinique :

Demandez à la femme si elle désire encore le DIU pour la PFPP	❒ Non	❒ Oui
Examiner son dossier médical pour être certain que :		
▪ Sa première évaluation montre que le DIU est une méthode appropriée pour elle	❒ Non	❒ Oui
▪ Elle avait bénéficié d'un counseling en planification familiale en dehors du travail d'accouchement actif et il y a une preuve de consentement dans son dossier OU	❒ Non	❒ Oui
▪ Elle avait été conseillée dans la période postpartum	❒ Non	❒ Oui
Revoir le déroulement du travail et de l'accouchement et s'assurer *qu'aucune* des conditions suivantes n'est présente :		
S'il est prévu une insertion post placentaire ou per césarienne, vérifiez qu'aucune des conditions suivantes n'est présente :		
▪ Chorioamnionite (pendant le travail)	❒ Oui	❒ Non
▪ Plus de 18 heures de rupture des membranes	❒ Oui	❒ Non
▪ Hémorragie postpartum persistante	❒ Oui	❒ Non
S'il est prévu une insertion en postpartum immédiat, vérifiez qu'aucune des conditions suivantes n'est présente :		
▪ Infection puerpérale	❒ Oui	❒ Non
▪ Endométrite/ métrite postpartum	❒ Oui	❒ Non
▪ Hémorragie postpartum excessive et continue	❒ Oui	❒ Non
▪ Traumatisme génital étendu dont la réparation pourrait être compromise par la pose du DIU en postpartum immédiat	❒ Oui	❒ Non
Assurez-vous que des instruments stériles sont disponibles *	❒ Non	❒ Oui
Confirmer que les DIU sont disponibles et accessibles dans la salle de travail *	❒ Non	❒ Oui
	Si une case est cochée dans cette colonne, reporter l'insertion du DIU et fournir à la femme des informations sur une autre méthode	Si toutes les cases de cette colonne sont cochées, procéder à l'insertion du DIU.

* Procéder à l'insertion du DIU si les instruments ou le DIU stérile sont disponibles dans un délai approprié.

Annexe D : Standards de performance pour le DIUPP

Standards de performance pour les services de qualité en planification familiale (PF)
Ministère de la santé et de l'hygiène publique
République de Guinée

STRUCTURE SANITAIRE : _____

EVALUATEUR : _____ DATE : _____

DOMAINE : SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE / NOUVELLE CLIENTE, DIU POSTPARTUM

Standards de performance	Critères de vérification	O, N Ou N/ A[36]	Commentaires
COUNSELING SPECIFIQUE A LA METHODE, BILAN ET INITIATION DU DIU DANS LA PERIODE DU POSTPARTUM (L'EVALUATEUR DOIT OBSERVER LE PRESTATAIRE EFFECTUER TOUTES LES ETAPES EN SEQUENCE CORRECTE, SELON LES STANDARDS, CHEZ AU MOINS UNE CLIENTE AYANT OPTE POUR UN DIU)			
1. Le prestataire consulte le dossier de la cliente pour s'assurer qu'elle est une candidate appropriée à l'insertion du DIUPP	(Les mêmes instructions s'appliquent aux standards 1 à 7.) Observer si le prestataire effectue les étapes suivantes : ▪ Détermine si la cliente a été conseillée en période anténatale ▪ Revoie le dossier de la cliente pour vérifier et déterminer si la femme est une candidate appropriée pour l'insertion du DIUPP en recherchant l'une des conditions suivantes : ▪ Anémie sévère (Hb < 9 gm/ dl or Hct < 27%) ▪ Infections du tractus génital, inflammation pelvienne ou autres infections sexuellement transmissible, ▪ Cancer du tractus génital, suspectées ou confirmées ▪ Anomalie utérine déformant la cavité ▪ Recherche des complications obstétricales en relation avec cet accouchement qui peuvent empêcher la cliente de recevoir le DIUPP : – Travail prolongé (> 24 hrs) – Rupture des membranes prolongée (> 18 hrs) – Hémorragie intrapartum – Fièvre (> 38o C or 100.4o F) ou autres signes d'infection pelvienne ou abdominale – Vérifie si la cliente (ou son partenaire) a plusieurs autres partenaires sexuels – SEULEMENT si l'une ou plus de ces conditions sont présentes, explique à la cliente que le DIU n'est pas une méthode qui lui convient et l'aide à choisir une autre méthode.	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

[36] O = Oui ; N = Non ; N/ A = Non Applicable

Standards de performance	Critères de vérification	O, N Ou N/ A[36]	Commentaires
2. Le prestataire prépare la parturiente pour l'insertion du DIUPP	▪ Effectue le lavage chirurgical des mains avec un antiseptique chirurgical pendant le temps approprié ▪ Met des blouses et gants stériles pour l'accouchement ▪ Effectue la gestion active de la troisième période de l'accouchement(GATPA) ▪ Donne 10 UI d'ocytocine en IM 1 minute après la naissance de l'enfant et après avoir vérifié qu'il n'y a pas un autre fœtus ▪ Effectue la délivrance par une traction contrôlée vers le bas, ferme et continue sur le cordon avec une force opposée au-dessus du pubis pour protéger l'utérus jusqu'à l'expulsion du placenta ▪ Massage de l'utérus après de la délivrance ▪ Explique la procédure à la cliente	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Le prestataire insère le DIU.			
3. Le prestataire se prépare à la procédure d'insertion du DIUPP	▪ Assure l'intimité nécessaire lors de la procédure : – Maintient la porte fermée – Ne permet pas le va et vient dans la pièce – Vérifie que le kit d'instruments et la source de lumière sont disponibles – Installe la cliente en position gynécologique sur la table	_____ _____ _____ _____	
4. Le prestataire effectue les tâches pré-insertion.	▪ Effectue l'hygiène des mains : – Se lave les mains avec l'eau propre et du savon pendant 10 à 15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre ou une serviette en papier ou les laisse sécher à l'air ambiant, ou – Se frotte les mains avec 3 à 5 ml d'alcool glycériné jusqu'à ce qu'elles soient sèches (si les mains ne sont pas visiblement souillées) – Ouvre partiellement l'emballage stérile de DIU – Enfile une paire de gants stériles – Dispose les instruments et les fournitures sur un plateau stérile ou désinfecté à haut niveau – Prépare les parties génitales externes en appliquant une solution antiseptique – Place des champs stériles sur abdomen et sous le bassin de l'accouchée – Introduit les deux doigts dans le vagin et déprime le périnée vers le bas pour rechercher des lésions externes – Introduit le speculum/ valve dans le vagin et recherche en même temps des lésions vaginales – Prépare le col en appliquant une solution antiseptique	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Standards de performance	Critères de vérification	O, N Ou N/ A[36]	Commentaires
5. Le prestataire effectue l'insertion post placentaire, postpartum immédiate ou per césarienne.	**Insertion instrumentale du DIU TCu 380A post placentaire/ postpartum immédiate** ▪ Saisi délicatement la lèvre antérieure de col avec une pince à anneau (ne pas utiliser de pince à col avec griffes, car cela peut léser le col) ▪ Monte le DIU sur une pince à anneau stérile assez longue. Le DIU doit être pris par sa branche verticale ; la branche horizontale de DIU doit être en dehors de l'anneau, dans la même direction et légèrement en oblique. Ferme la pince au niveau d'un cran. ▪ Exerce une traction légère sur la lèvre antérieure du col ▪ Insère le DIU monté sur la pince à anneau dans la cavité utérine au niveau de segment inférieur. ▪ Remonte vers le fonds utérin en direction de l'ombilic ▪ Stabilise le fonds utérin avec la main libre en exerçant une pression vers le bas à travers la paroi abdominale ▪ Confirme avec la main abdominale que le bout de pince a atteint le fond de l'utérus en palpant l'utérus à travers la paroi abdominale ▪ Libère le DUI en ouvrant la pince ▪ Retire doucement la pince de la cavité utérine en la maintenant légèrement ouverte ▪ Examine le col pour vérifier la présence des fils ▪ Retire la pince de la lèvre antérieure de col ▪ Retire délicatement le spéculum **Insertion manuelle du DIU TCu 380A post placentaire/ postpartum immédiate (si le col permet d'introduire la main)** ▪ Saisi le DIU par sa branche verticale entre l'index et le majeur ▪ Stabilise le fonds utérin avec la main libre en exerçant une pression vers le bas à travers la proie abdominale ▪ Insère le DIU doucement avec la main dans la cavité utérine jusqu'au fond en direction de la main abdominale qui maintient la pression vers le bas ▪ Confirme avec la main abdominale que la main portant le DIU a atteint le fond de l'utérus, en palpant l'utérus à travers la paroi abdominale ▪ Libère le DUI en écartant les deux doigts ▪ Retire doucement la main de la cavité utérine en évitant de déplacer le DIU ▪ Examine le col pour vérifier la présence du fil **Insertion du DIU TCu 380A per césarienne** ▪ Effectue le massage utérin jusqu'à ce que le saignement s'estompe ; s'assure de la vacuité utérine ▪ Place le DIU au fond de l'utérus manuellement ou à l'aide d'une pince ▪ Avant de suturer l'incision, dirige le fil vers le segment inferieur et l'orifice cervical interne	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Standards de performance	Critères de vérification	O, N Ou N/ A[36]	Commentaires
6. Le prestataire effectue les tâches post-insertion	▪ Demande à la cliente comment elle se sent ▪ Permet à la cliente de se reposer et l'aide à descendre de la table quand elle se sentira prête ▪ Immerge tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes ▪ Elimine les déchets en les plaçant dans un récipient étanche ou un sac en plastique ▪ Retire les gants après les avoir immergés dans une solution chlorée à 0,5% et les place dans un récipient étanche ▪ Effectue l'hygiène des mains : ▪ Se lave les mains avec l'eau propre et du savon pendant 10 à 15 secondes et les sèche avec une serviette individuelle propre ou une serviette en papier ou les laisse sécher à l'air ambiant, **ou** ▪ Se frotte les mains avec 3 à 5 ml d'alcool glycériné jusqu'à ce qu'elles soient sèches (si les mains ne sont pas visiblement souillées)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
7. Le prestataire effectue le counseling post-insertion	▪ Explique à la cliente comment et quand vérifier les fils ▪ Discute avec la cliente de ce qu'il faut faire en cas : – d'expulsion spontanée du DIU – d'effets secondaires (quelques crampes et saignements après l'accouchement sont normaux) – de signes de d'alarme comme des saignements abondants (plus d'une garniture en deux heures), la fièvre ou des douleurs abdominales sévère (plus que les tranchées) ▪ Donne les instructions pour les visites de suivi du postpartum ▪ Rappelle à la cliente que le DIU TCu380A est efficace pendant 12 ans ▪ Encourage la cliente à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions ou des problèmes ▪ Assure à la cliente qu'elle peut faire retirer le DIU n'importe quand, si elle le désire ▪ Demande à la cliente de répéter les instructions ▪ Répond aux questions de la cliente ▪ Dit au revoir poliment et remercie la cliente ▪ Complète le dossier de la cliente	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Nombre total de standards	7
Nombre total observés	
Nombre total atteints	

Annexe E : Exemple d'une fiche de collecte de données pour les services de DIUPP

Détails de l'Insertion			
Numéro de série (du DIU) :	N ° d'enregistrement :	Nom de la femme :	Date de remplissage du formulaire :
Âge : ❑ <20 ❑ 20–35 ❑ >35		Parité : ❑ 1 ❑ 2–4 ❑ >4	Nombre d'enfants vivants :
Adresse :		N ° de téléphone : N ° de téléphone : No du téléphone Mobile. :	
Enregistrée : ❑ Oui ❑ Non	Age gestationnel à l'accouchement : ❑ 21–32 SA ❑ 33–36 SA ❑ 37–41 SA	Moment du counseling : ❑ CPN ❑ Début du travail ❑ Postpartum	
Moment d'Insertion : ❑ Postplacentaire ❑ Per césarienne ❑ Postpartum immédiat		Instrument utilisé pour l'Insertion : ❑ Pince à anneau ❑ Pince Kelly	
Durée de la rupture des membranes : ❑ <6 Heures ❑ 6–12 Heures ❑ 12–18 Heures ❑ >18 Heures		Perforation pendant l'Insertion : ❑ Oui ❑ Non	
Evaluation du prestataire : *Sur une échelle de 1 à 10 (avec 10 c'est plus facile)* Facilité d'insertion : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ❑ A pu insérer avec la pince de Kelly ❑ N'a pas pu insérer avec une pince à anneau		Expérience de la cliente : *Sur une échelle de 1 à 10 (avec10 la douleur et l'anxiété sont plus fortes)* Douleur : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Anxiété : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Détails du suivi (à compléter lors de la visite de suivi)			
Expulsion : ❑ Oui ❑ No *Si Oui*— ❑ <6 semaines ❑ 6 semaines–3 mois			
Retrait : ❑ Oui ❑ Non	Raison du retrait : ❑ désir de grossesse ❑ infection ❑ saignement excessif ❑ douleur ❑ expulsion partielle ❑ désir de changement de méthode		
Echec : ❑ Oui ❑ Non *Si Oui*—❑ 0–3 mois ❑ >3 mois		Infection : ❑ Oui ❑ Non *Si Oui* — ❑ 1–3 jours ❑ 4–7 jours ❑ 1–2 semaine ❑ >2 semaines	
Les fils à la visite de suivi : visite initiale : ❑ vus ❑ pas vus ❑ besoin d'être coupés visites ultérieures : ❑vus ❑pas vus ❑besoin d'être coupés		Mesures prises pour les fils : visite initiale : ❑ écho. faite ❑ fils tirés vers le bas visites ultérieures : ❑ écho. faite ❑ fils tirés vers le bas	
Satisfaction de la cliente : *« Sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le meilleur), êtes-vous satisfaite de votre DIU en général ? »* Visite initiale : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Visites ultérieures : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			

Références

Ross JA et Winfrey WL. 2001. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives* 27(1) : 20–27.

Fort AL, Kothari MT et Abderrahim N. 2006. *Postpartum Care : Levels and Determinants in Developing Countries*. DHS Comparative Reports No. 15. Macro International Inc. : Calverton, Maryland.

Post M. 2009. *HTSP 101 : Everything You Want to Know about Healthy Timing and Spacing of Pregnancy.* Extending Service Delivery Project : Washington, D.C.

Campbell MR et Graham WJ. 2006. Strategies for reducing maternal mortality : Getting on with what works. *Lancet* 368(9543) : 1284–1299.

Cleland J et al. 2006. Family planning : The unfinished agenda. *Lancet* 368(9549) :1810–1827.

Conde-Agudelo A et Belizan JM. 2000. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval : Cross sectional study. *British Medical Journal* 321(7271) :1255–1259.

Conde-Agudelo A et al. 2005. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89 (Suppl 1) : S34–S40.

Conde-Agudelo A, Rosas Bermudez A and Kafury-Goeta AC. 2006. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes : A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 295(15) :1809–1823.

Da Vanzo J et al. 2004. "The Effects of Birth Spacing on Infant and Child Mortality, Pregnancy Outcomes, and Maternal Morbidity and Mortality in Matlab, Bangladesh." Rand Labor and Population Working Paper Series, WR-198. Rand Corporation : Santa Monica, Californie.

Razzaque A et al. 2005. Pregnancy spacing and maternal mortality in Matlab, Bangladesh. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl 1) : S41–S49.

Rutstein SO. 2005. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries : Evidence from the Demographic and Health Surveys. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl 1) : S7–S24.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2006. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. OMS : Genève.

USAID et ACCESS-FP. 2009. *Family Planning Needs during the Extended Postpartum Period in India*. Jhpiego : Baltimore, Maryland.

Borda M et Winfrey W (ACCESS-FP). 2010. *Postpartum Fertility and Contraception : An Analysis of Findings from 17 Countries.* Jhpiego : Baltimore, Maryland.

Kennedy KI et Trussel J. 2004. "Postpartum Contraception and Lactation." In : *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition, Hatcher RA et al. (eds). Ardent Media, Inc. : New York.

Becker S et Ahmed S. 2001. Dynamics of contraceptive use and breastfeeding during the postpartum period in Peru and Indonesia. *Population Studies* 55(2) :165–179 ; Ross JA and Winfrey WL. 2001. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives* 27(1) : 20–27.

Becker S et Ahmed S. 2001. Dynamics of contraceptive use and breastfeeding during the postpartum period in Peru and Indonesia. *Population Studies* 55(2) :165–179.

Desgrees-du-Lou A et Brou H. 2005. Resumption of sexual relations following childbirth : Norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Reproductive Health Matters* 13(25) : 155–163.

Salem RM. 2006. New attention to the IUD : Expanding women's contraceptive options to meet their needs. *Populations Reports*, Series B, No. 7. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project : Baltimore, Maryland.

Forrest JD. 1996. U.S women's perceptions of and attitudes about the IUD. *Obstetrical and Gynecological Survey* 51(12 Suppl) : S30–S34.

Sevki C et al. 2004. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception* 69(4) : 279–282.

Grimes DA et al. 2003. Immediate postpartum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1) : CD003036.

Rivera R, Yacobson I and Grimes D. 1999. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 181(5, Pt 1) : 1263–1269.

United Nations Development Programme et al. 1997. Long-term reversible contraception : Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. *Contraception* 56(6) : 341–352.

Penney G et al. and Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care (FPRHC) Guidance, Royal College of Obstetricians and Gynecologists. 2004. The copper intrauterine device as long-term contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 30(1) : 29–41 ; quiz 42.

Grimes DA. 2004. “Intrauterine devices (IUDs).” In : *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition, Hatcher RA et al. (eds). Ardent Media, Inc. : New York.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2004. *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*, Second Edition.OMS :Genève

Backman T et al. 2002. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstetrics and Gynecology* 99(4) : 608–613.

Zetina-Lozano G. 1983. Menstrual bleeding expectations and short-term contraception discontinuation in Mexico. *Studies in Family Planning* 14(5) : 127–133.

Foreit KG et al. 1993. Effectiveness and cost-effectiveness of postpartum IUD insertion, Lima, Pérou. *International Family Planning Perspectives* 19(1) : 19–24,33.

Mohamed SA et al. 2003. Acceptability for the use of postpartum intrauterine contraceptive devices : Assiut experience. *Medical Principles and Practice* 12(3) : 170–175.

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

Hatcher RA et al. (eds). 2004. *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition. Ardent Media, Inc. : New York.

Association of Reproductive Health Professionals (ARHP). 2004. *New Developments in Intrauterine Contraception. Clinical Proceeding*s. ARHP : Washington, D.C.

Thiery M, Van Kets H et Van Der Pas H. 1985. Immediate postplacental IUD insertion : The expulsion problem. *Contraception* 31(4) : 331–349.

Chi IC, Wilkens L et Rogers S. 1985. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices—An epidemiological analysis. *Contraception* 32(2) : 119–134.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2004. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, Third Edition. OMS : Genève.

Bluestone J, Chase R et Lu ER (eds). 2006. *IUD Guidelines for Family Planning Service Programs : A Problem-Solving Reference Manual*, Third Edition. Jhpiego : Baltimore, Maryland.

McKaig C et al. (ACCESS-FP). 2008. *Workshop on Comprehensive Postpartum Family Planning Care* (learning resource package). Jhpiego : Baltimore, Maryland.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Department of Reproductive Health and Research (WHO/ RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communications Programs (CCP), INFO Project. 2007. *Family Planning : A Global Handbook for Providers*. OMSet CCP : Genève et Baltimore, Maryland.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et al. 2003. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care : A Guide for Essential Practice.* Genève :OMS.

Adapted (unless otherwise noted) *from :* Hatcher RA et al. (eds). 2004. *Contraceptive Technology*, 18th Revised Edition. New York : Ardent Media, Inc. *and* Hatcher RH et al. (eds) 2002–2003. *Contraceptive Technology*. New York : Ardent Media, Inc..

Adapté de : Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Department of Reproductive Health and Research (WHO/ RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communications Programs (CCP), INFO Project. 2007. *Family Planning : A Global Handbook for Providers*. OMS et CCP : Genève et Baltimore, Maryland.

Adapté de : Perkins JJ. 1983. “The Central Service Department,” in *Principles and Methods of Sterilization in Health Sciences*, Second Edition. Springfield, Illinois : Charles C. Thomas.

Dix points clés concernant les services de PFPP/ DIUPP

1. **Beaucoup de femmes veulent retarder ou limiter leurs grossesses, et elles désirent des informations sur les méthodes de planification familiale (PFPP), ainsi que toute une gamme de méthodes parmi lesquelles choisir.**
2. **Les femmes en postpartum dans les pays en développement sont particulièrement exposées aux grossesses non désirées** parce que leur fécondité peut revenir avant qu'elles ne se rendent compte et la plupart ne font pas recours à la contraception.
3. **Il existe de nombreuses opportunités à travers les soins pour les femmes et les enfants pour offrir l'éducation et le counseling sur la PFPP**. Un programme réussi en PFPP utilisera plusieurs stratégies pour atteindre les femmes avec des messages clés pour la PFPP.
4. **Lorsque cela est possible, et en particulier lorsque le DIUPP ou la ligature des trompes sont disponibles, des conseils pour la PFPP devrait être initiés au cours des soins prénatals** afin qu'il y ait suffisamment de temps pour la femme et son partenaire pour envisager différentes options, poser des questions et choisir la méthode qui est la mieux appropriée pour eux.
5. Qu'il soit inséré après l'accouchement ou en période d'intervalle, **le DIU est un contraceptif sûr, très efficace, à action prolongée (12 ans pour le T au cuivre), mais réversible, avec un taux élevé de satisfaction des utilisateurs.**
6. Si la femme choisit le DIUPP, **son choix doit être clairement noté** sur son dossier médical et elle devrait :
   - **recevoir des renseignements plus détaillés sur la méthode** (par exemple, la durée d'efficacité, effets secondaires, les signes d'alerte), ce qui contribue à un soutien pour l'utilisation correcte et continue et,
   - **être conseillée sur les avantages de l'insertion immédiatement après l'expulsion du placenta** (post placentaire ou per césarienne) par rapport au jour 1 ou 2 postpartum : l'insertion post placentaire est associée à la baisse des taux d'expulsion et est plus rentable et plus pratique que l'insertion en postpartum précoce.
7. **La grande majorité des femmes peuvent utiliser le DIU.**
   - Une **évaluation initiale**, selon les derniers critères d'éligibilité médicale de l'OMS aide le prestataire à déterminer si une femme est une candidate appropriée
   - Une **deuxième évaluation**, immédiatement après la naissance, se concentre sur les conditions résultant de travail et l'accouchement qui peuvent faire que la méthode soit rejetée ou reportée.

   Note : Dans certains cas, le prestataire et la femme peuvent avoir besoin de comparer les risques de ne pas avoir le DIU contre ceux de l'avoir inséré.
8. **Le taux légèrement plus élevé d'expulsion avec le DIUPP (versus le DIU d'intervalle) peut être considérablement réduit avec une technique d'insertion correcte dans le postpartum.** Cette technique vise à assurer la pose du DIU au niveau du fond utérin, ce qui est le facteur de rétention le plus important.
9. **Le DIUPP n'interfère pas** avec les soins intrapartum, y compris la gestion active de la troisième période de l'accouchement, qui doit être effectué avant que le DIU ne soit inséré. Il n'interfère pas non plus avec les soins du postpartum de routine ou les soins du nouveau-né, **il n'affecte ni le lait maternel ni l'allaitement**.
10. **En général, les effets secondaires du DIU sont** temporaires (et mieux toléré par les femmes en postpartum) et les complications sont rares ou peu courantes. Les problèmes potentiels peuvent être identifiés et gérés lors de la visite de suivi de routine (une seule est généralement nécessaire). Comme avec tous les services PFPP, le suivi de la qualité, y compris le traitement, la référence et la réassurance, au besoin, a un fort impact positif sur la satisfaction des clients et l'utilisation correcte et continue de la méthode.