

Publié par l'INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, [www.infoforhealth.org](http://www.infoforhealth.org)

**Comment renforcer la gamme des contraceptifs pour répondre aux besoins des femmes**

# Regain d'intérêt pour les DIU



Catherine Richey/CCP

## Points saillants

Les dispositifs intra-utérins (DIU) modernes sont des contraceptifs de long terme, efficaces et rapidement réversibles n'exigeant qu'une surveillance limitée après leur pose. Certes, des inquiétudes quant à leur sécurité et les difficultés de mise en place de certains programmes ont compromis les services de prestation des DIU dans de nombreux pays. Une nouvelle évaluation des données scientifiques, reprises récemment dans des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé, permettra de modérer les inquiétudes des prestataires de santé et de les rassurer sur l'utilisation sûre, pour la plupart des femmes, des DIU.

Un certain nombre de programmes de planning familial portent aujourd'hui un intérêt renouvelé aux DIU. Les paramètres de la prestation de services de DIU de haute qualité comprennent notamment :

- **une mise à jour** par les parties concernées, **des directives de prestation de services** pour éliminer les obstacles inutiles.
- **la formation des prestataires sur le terrain** à la mise en œuvre et la méthode d'application de ces directives, appuyée par une supervision auxiliaire.
- **un noyau de prestataires bien formés** à la pose et au retrait des DIU, au conseil et au traitement des effets secondaires et des complications, pouvant entretenir leurs compétences en recevant un volume régulier de clientes. Une formation fondée sur les compétences, axée sur la démonstration des aptitudes professionnelles de chaque prestataire, reste la plus opérante.
- **un système d'aiguillage** pour permettre aux femmes souhaitant un DIU de se mettre facilement en contact avec le noyau de prestataires expérimentés.
- **l'infrastructure, l'équipement et les fournitures nécessaires** pour la prestation de services de DIU de qualité. Les établissements aux ressources limitées pourront adopter des stratégies novatrices pour la prestation ininterrompue de services de fourniture des DIU.
- **des clientes bien informées** sur les DIU. L'organisation d'activités de communication bien conçues et la fourniture de conseils utiles renforcent les connaissances des clients et clientes en matière de DIU et permettent d'atténuer les inquiétudes démesurées ou sans fondement.



**Série B, Numéro 7**  
**Dispositifs intra-utérins**

**Photo :** Des sages-femmes au Nicaragua suivent un séminaire d'information sur les DIU. En dehors des médecins, les sages-femmes et les agents de santé peuvent assurer la prestation de services de DIU sûrs et efficaces, à la suite d'une formation appropriée.

# Table des matières

**3 Les DIU : une méthode importante au potentiel certain**  
Les difficultés de programmation et les préoccupations concernant la sécurité des DIU ont freiné leur utilisation dans de nombreux pays. Selon de récentes recherches, en ce qui concerne les DIU modernes, les complications graves sont rares. Certains programmes de planning familial s'efforcent actuellement de susciter ou de raviver l'intérêt porté à cette méthode.

**6 Prestation de services de DIU de haute qualité**  
Des services de DIU couronnés de succès exigent une démarche globale tenant compte d'une part de la politique et des services et d'autre part des connaissances et des perceptions du grand public et des utilisatrices potentielles.

**8 Évidence : Le Kenya s'engage à raviver l'intérêt pour les DIU**  
Au Kenya, l'utilisation des DIU a régressé depuis les années 1980, alors que l'utilisation d'ensemble des contraceptifs a progressé. Récemment le ministère de la Santé kenyan a lancé une initiative de relance des DIU.

**17 Le point : De bonnes prestations-conseil renforcent la satisfaction des clientes**  
Les décisions de planification familiale des femmes et leur utilisation efficace de la méthode de leur choix sont facilitées par des services-conseil à la fois complets et compréhensifs. L'utilisation d'éléments visuels, tels que des planches anatomiques, aide les clientes à comprendre pleinement ce qu'elles peuvent escompter de l'utilisation d'un DIU.

**19 DIU : Un risque d'infection dans l'ensemble très faible**  
Selon la majorité des études, une femme qui ne souffre pas déjà d'une IST - en particulier d'une gonorrhée ou d'une chlamydia - ne peut contracter une inflammation pelvienne à la suite de la pose d'un DIU. En revanche, une femme atteinte de gonorrhée ou de chlamydia lors de la pose du DIU courra pendant les quelques semaines qui suivent la pose du DIU un risque plus élevé que par la suite. Après les premières semaines, une IST n'est pas plus susceptible de provoquer une inflammation pelvienne chez une utilisatrice de DIU que chez une autre femme.

**21 Encadré : Selon les éléments probants, de nombreuses femmes atteintes de VIH peuvent utiliser un DIU**  
Les recherches récentes révèlent que les DIU n'augmentent pas chez leurs utilisatrices le risque de contracter une infection au VIH ou de transmettre le VIH à un partenaire sexuel. En outre, l'utilisation du DIU ne semble pas accroître les complications produites par le VIH.

**22 Réduire au minimum le risque d'infection**  
Lorsque les systèmes de dépistage en laboratoire des IST ne sont pas disponibles, les antécédents médicaux et sexuels de la cliente, son auto-évaluation et un examen pelvien peuvent contribuer à déterminer la probabilité qu'une femme soit atteinte de gonorrhée ou de chlamydia et ne soit par suite pas une bonne candidate pour la pose d'un DIU.

**24 Caractéristiques cliniques des DIU**  
Les DIU sont une méthode contraceptive très efficace, rapidement réversible, qui n'exige qu'une intervention limitée de la part de l'utilisatrice. Les DIU à fil de cuivre provoquent souvent une augmentation du flux menstruel. En revanche, les complications, en particulier expulsion et perforation, sont peu fréquentes.

**27 Bibliographie**  
Note : les références indiquées en italiques dans le texte renvoient aux articles indiqués en page 27. Ce sont celles qui ont été les plus utiles à la préparation du présent rapport. D'autres références sont disponibles en ligne à l'adresse suivante : <http://www.populationreports.org/b7/>



Liste de pointage : Plan de programme pour la prestation de services de DIU de haute qualité, p. 7  
Liste de contrôle pour la sélection des clientes souhaitant un DIU au cuivre (Family Health International), p. 13  
Aide-conseil pour communiquer l'efficacité des DIU, p. 25



Utilisation des DIU, IST et troubles liés au VIH : critères 2004 d'éligibilité médicale de l'OMS, p. 10  
Les DIU accroissent-ils le risque de salpingite chez les femmes atteintes d'IST ? p. 21

**La préparation du présent rapport a été assurée par Ruwaida M. Salem, MPH. Assistance pour la recherche : Catherine Richey, Ward Rinehart, rédacteur ; Richard Blackburn, supervision rédaction. Maquette : Mark Beisser, Fran Mueller et Linda Sadler. Production : John Fuelle, Monica Jiménez et Rafael Avila.**

**Population Reports** souhaite exprimer sa gratitude aux réviseurs suivants qui ont assuré la relecture de tout ou partie de ce rapport : István Batár, Bruno Benavides, Gloria Coe, Kathryn M. Curtis, Lindsay Edouard, Ilana Gareen, John Guillebaud, David Hubacher, Douglas Huber, Roy Jacobstein, Barbara Janowitz, Monica Jasis, Enrique R. Lu, Tapani Luukkainen, Ronald Magarick, Erin McGinn, Herbert Peterson, John Pile, Malcolm Potts, Michelle Prosser, Rushna Ravji, James D. Shelton, Irving Sivin, John Stanback, David B. Thomas, John Townsend, Mary Beth Weinberger, Michael Welsh, Jennifer Wesson et Irina Yacobson.

Citation recommandée : Salem, R. « Regain d'intérêt pour les DIU : augmenter les options contraceptives féminines pour répondre aux besoins des femmes ». *Population Reports*, Série B, No 7. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project, février 2006.

Disponible en ligne : <http://www.populationreports.org/prf/fb7/>  
Volume XXXIII, Numéro 2



**The INFO Project  
Center for Communication Programs  
The Johns Hopkins Bloomberg  
School of Public Health**

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, Professeur et Directeur, Center for Communication Programs et Principal chargé de recherche, The INFO Project

Earle Lawrence, Directeur du projet

Stephen Goldstein, Directeur de la Division des publications

**Population Reports** est publié au 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, par le INFO Project du Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs

**Population Reports** sont destinés à fournir une vue d'ensemble précise et documentée des développements importants dans le planning familial et les problèmes de santé relatifs. Les opinions qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas forcément les points de vue de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou de l'université Johns Hopkins.



Publié avec le soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), Global, GH/PRH/PEC, aux termes du Don n° GPH-A-00-02-00003-00.

POPULATION REPORTS

# Les DIU : une méthode importante au potentiel certain

Un dispositif intra-utérin, ou DIU, est un dispositif souple que l'on insère dans l'utérus de la femme. Les DIU procurent une protection très efficace, sans danger et de longue durée — mais rapidement réversible — contre la grossesse. Ils représentent l'une des méthodes de contraception les plus économiques car les DIU modernes sont efficaces pendant plusieurs années : jusqu'à 10 ans, voire plus, pour le Tcu-380A au cuivre, jusqu'à 5 ans pour le Multiload-375 au cuivre ou pour le DIU hormonal au lévonorgestrel (LNG-DIU) (Voir le tableau 1). Pour de nombreuses femmes, les DIU sont une solution très pratique qui n'exige qu'une attention limitée une fois posé.

Cette méthode efficace de longue durée mais réversible permet de répondre aux besoins de nombreuses femmes — non seulement celles qui ne désirent plus avoir d'enfants, mais aussi celles qui veulent espacer leurs grossesses de quelques années. Les besoins contraceptifs de plus de 100 millions de femmes sexuellement actives dans les pays en développement ne sont pas satisfaits (191), ce qui signifie qu'elles ne veulent plus avoir d'enfants, ou désirent espacer leurs grossesses d'au moins deux ans, pourtant elles n'utilisent aucune contraception. Pour bon nombre d'entre elles, une méthode contraceptive de longue durée serait une solution pratique.

En outre, de nombreuses femmes sont enceintes sans l'avoir désiré, par échec de contraception, en raison souvent d'une utilisation incorrecte ou irrégulière des contraceptifs. Étant donnée la grande efficacité des DIU, leur utilisation renforcée permettrait de réduire le nombre global de grossesses non désirées, et ce plus que l'utilisation accrue de la plupart des

autres méthodes. Par exemple, dans 19 pays ayant fait l'objet d'études épidémiologiques et démographiques, on estime que 15 % des grossesses non désirées en moyenne sont le résultat d'échecs contraceptifs (31). Parmi les utilisatrices de DIU, en revanche, les échecs contraceptifs sont rares. Dans ces 19 pays, 2 % seulement des utilisatrices de DIU n'ayant pas cessé d'utiliser la méthode pour d'autres raisons étaient enceintes à la fin de la première année d'utilisation (par échec de la méthode), contre 7 % des utilisatrices de la pilule, 10 % des utilisatrices des préservatifs et 20 % des femmes ayant recours à l'abstinence périodique ou au retrait. Le DIU est très efficace (davantage que la majorité des autres méthodes) parce que son effet contraceptif le rend moins susceptible à l'échec que les autres méthodes réversibles, mais aussi parce qu'il n'exige qu'une attention limitée de la part de son utilisatrice (31, 245).

En dépit de ces avantages, les DIU ne sont largement utilisés que dans un petit nombre de grands pays, tels que la Chine, l'Égypte et le Vietnam et peu employés dans la plupart des autres pays du monde (voir la figure 1, p. 5). Cependant, à l'échelle mondiale, grâce à ces quelques pays, 153 millions de femmes mariées en âge de procréer — soit 13 % de cette population — utilisent des DIU (voir le tableau 2). Une femme mariée sur cinq utilisatrices de méthodes de planification familiale a recours au DIU, ce qui en fait la méthode la plus utilisée au monde après la stérilisation féminine (169, 248).

Alors que les programmes de planification familiale prennent conscience du potentiel des DIU, un nombre croissant de pays prennent des mesures pour susciter ou renouveler l'intérêt des

## Tableau 1. Vue d'ensemble des DIU

Caractéristiques du TCU-380A au cuivre et du DIU hormonal au lévonorgestrel (LNG-DIU)

TCU-380A	LNG-DIU
<b>EFFICACITÉ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Très efficace - 3 à 8 femmes sur 1.000 tombent enceintes pendant la première année d'utilisation (214, 216, 249)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encore plus efficace : 1 à 3 femmes sur 1.000 tombent enceintes pendant la première année d'utilisation (125, 214)</li> </ul>
<b>DURÉE D'UTILISATION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jusqu'à 10 ans, peut être étendue à 12 ans (49, 249)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jusqu'à 5 ans et pourrait être efficace plus longtemps (29, 267)</li> </ul>
<b>EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Augmente les règles (244)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminue les règles lors d'une utilisation prolongée, et peut les faire disparaître complètement. (7, 38, 69, 127, 161, 235)</li> <li>Divers autres effets secondaires de nature hormonale, notamment des ballonnements, de l'acné et sensibilité des seins</li> </ul>
<b>UTILISATIONS THÉRAPEUTIQUES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation du niveau de fer sanguin avec la durée d'utilisation (6, 188, 218, 219) ; aide à prévenir les anémies (56)</li> <li>Traitement des règles abondantes ou prolongées (6, 33, 98, 237)</li> <li>Apport progestatif lors d'un traitement hormonal de substitution, en lieu et place des progestatifs oraux, et pour éviter les règles provoquées par les progestatifs oraux (175, 234, 260)</li> </ul>
<b>À PRENDRE EN CONSIDÉRATION DANS LES PROGRAMMES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Économie, car un DIU peut être utilisé pendant longtemps</li> <li>Exige une formation spéciale des prestataires de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus coûteux que le TCU-380A mais reste économique</li> <li>Exige la formation des prestataires de soins à une nouvelle technique de pose</li> </ul>

**Tableau 2 : Chiffres mondiaux de l'utilisation estimée des DIU par les femmes mariées<sup>a</sup> âgées de 15 à 49 ans en 2005**

Région et Pays	% d'utilisatrices		% d'utilisatrices de DIU
	Toutes méthodes	DIU	
<b>RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT</b>			
Afrique sub-saharienne	19	1	3
Proche-Orient et Afrique du Nord	52	14	29
Asie	63	16	26
Chine	84	36	43
Autres pays d'Asie	50	4	9
Amérique Latine et Caraïbes	69	8	12
Pacifique (Océanie)	28	1	2
Tous pays en développement sauf Chine	48	5	11
<b>RÉGIONS DÉVELOPPÉES</b>			
Europe	73	9	13
Europe de l'Est et Asie centrale	63	26	42
Amérique du Nord	75	2	3
Autres pays développés <sup>b</sup>	59	3	5
<b>MONDE ENTIER</b>			
Monde, sauf Chine	52	7	13

<sup>a</sup> La plupart des pays d'Asie, du Proche-Orient et d'Afrique du Nord ne font pas d'enquêtes sur les pratiques contraceptives des femmes non mariées. Pour faciliter les comparaisons entre nations, les résultats pris en compte concernent seulement les femmes mariées en âge d'avoir des enfants.

<sup>b</sup> Inclus : Australie, Israël, Japon et Nouvelle-Zélande.

*Méthodologie et origine des données* ; les données concernant les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans sont tirées des projections de population pour l'année 2005 préparées par la Banque mondiale (261). Les pourcentages sont pondérés en fonction de la taille de la population et reposent sur les résultats des plus récentes Enquêtes démographiques et de santé et des Enquêtes sur la santé reproductive et, pour les pays ne disposant pas d'enquêtes de ce type, sur des données des Nations Unies pour 2004 (248), sur la base de données internationale de l'U.S. Census Bureau (253) et sur d'autres études nationales représentatives.

## Comment utiliser ce rapport

### Les responsables de programmes de planification familiale peuvent utiliser ce rapport pour :

- Surmonter les difficultés que rencontrent les programmes destinés à promouvoir le DIU, en particulier pour maintenir des coûts peu élevés (voir p. 6)
- Aider à assurer des soins de bonne qualité dans la fourniture des DIU. La liste de pointage intitulée « Plan de programme pour un service de DIU de haute qualité » peut être particulièrement utile (voir p. 7)
- Répondre aux questions des prestataires de soin et des responsables politiques sur la sécurité des DIU, les critères d'éligibilité médicaux, et les besoins de programmation.
- Être conscient des préjugés des prestataires de soin — et des pratiques qui en découlent — qui limitent inutilement l'utilisation des DIU

### Les prestataires de soins de planification familiale peuvent utiliser ce rapport pour :

- Mettre en œuvre des directives fondées sur des preuves scientifiques afin que les femmes ne soient pas inutilement privées de l'utilisation des DIU. Une liste de pointage établie par Family Health International peut aider les prestataires de soins à identifier les utilisatrices potentielles de DIU (voir p. 13-16)
- Apprendre comment réduire au minimum le risque d'infection lié à la pose d'un DIU (voir p. 23)
- Expliquer plus clairement aux clientes l'efficacité des DIU et des autres méthodes contraceptives, en utilisant les Palettes Paling® pour présenter visuellement les risques de grossesse plutôt qu'avec des chiffres (voir p. 25)
- Conseiller adéquatement les utilisatrices potentielles de DIU pour qu'elles choisissent une méthode de planification appropriée et pour améliorer l'efficacité de la méthode de leur choix (voir p. 17).

clientes et des prestataires de soins pour cette méthode, en s'attaquant aux obstacles qui en entravent une plus grande utilisation (voir ci-dessous). Il s'agit des pays suivants : Bangladesh, Ethiopie, Ghana, Guatemala, Honduras, Kenya, Mali, Népal, Nigéria, Tanzanie et Ouganda (66, 71, 99, 186, 187, 220). Dans ces pays, la fréquence d'utilisation des DIU des femmes mariées allait de 0 % à 10 %, selon les dernières enquêtes en date, réalisées entre 1999 et 2003. (Voir le tableau Web<sup>1</sup> pour les données nationales sur l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes mariées).

## Des craintes obsolètes et les difficultés rencontrées par certains programmes à l'heure actuelle ont entravé l'utilisation des DIU

Des perceptions erronées sur l'utilisation sans risque des DIU expliquent en partie leurs faibles taux d'utilisation dans de nombreux pays. Ces inquiétudes sont apparues pour la première fois dans les années 1970 lorsque un DIU en plastique, le *Dalkon Shield*, a été impliqué dans plusieurs cas de fausses couches septiques (infectées) et d'inflammations pelviennes (infection ascendante du col utérin vers l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires, et pouvant entraîner une infertilité) (213, 239). Contrairement aux autres DIU, qui comportent un fil de plastique monobrin, le *Dalkon Shield* comportait plusieurs fils tressés et enveloppés dans un étui plastique. Selon certains chercheurs, cette particularité favorisait la migration des bactéries du vagin vers l'utérus, provoquant ainsi une inflammation pelvienne (213, 239, 240). Le *Dalkon Shield* fut commercialisé aux États-Unis de janvier 1971 à juin 1974 (236). Les ventes en dehors des États-Unis ont cessé en avril 1975 (298). Après la controverse autour du *Dalkon Shield*, la plupart des fabricants ont retiré leurs DIU du marché. Aujourd'hui encore, en Amérique du Nord, 2 % seulement des femmes mariées ont recours à un DIU (voir le tableau 2).

Des études antérieures liant d'autres types de DIU aux inflammations pelviennes et à l'infertilité ont elles aussi compromis la réputation de la méthode. Toutefois, depuis 1980, la plupart des chercheurs ont montré que les complications graves comme les inflammations pelviennes ne surviennent que rarement avec les DIU modernes (voir p. 19). Des préjugés avaient poussé les premières études à surestimer les risques. Ainsi, la plupart de ces études anciennes comparaient les utilisatrices de DIU à des utilisatrices de méthodes contraceptives qui protègent contre les inflammations pelviennes, notamment les contraceptifs oraux et les méthodes barrière (244). En outre, une méta-analyse récente de 36 études longitudinales publiées entre 1974 et 1990 a conclu que les utilisatrices de DIU autres que le *Dalkon Shield* couraient deux fois plus de risques de contracter une inflammation pelvienne que les non-utilisatrices de contraception. (288). L'analyse des résultats de 13 essais cliniques réalisés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a cependant révélé que l'augmentation du risque d'inflammation pelvienne parmi les utilisatrices de DIU se limite aux 20 jours qui suivent immédiatement la pose du DIU, ce qui semble indiquer que le risque est lié à la présence d'une infection sexuellement transmissible (IST) au moment de la pose (voir p. 19).

Les études réalisées dans plusieurs pays (El Salvador, Ghana, Guatemala, Kenya et Maroc, entre autres) indiquent que les difficultés programmatiques ont également entravé l'utilisation

<sup>1</sup>Des documents supplémentaires téléchargeables et imprimables sont disponibles sur l'Internet à <http://www.populationreports.org/prf/fb7/fb7tables.shtml>



Les prestataires peuvent assurer aux clientes du planning familial que le DIU est un dispositif de petite taille. Le TCu-380A au cuivre (à gauche), le Multiload-375 (au milieu) et le DIU hormonal (à droite), les trois principaux DIU utilisés à l'heure actuelle, sont présentés dans la paume d'une femme.

des DIU (20, 26, 64, 84, 101, 108, 231). Ces difficultés englobent notamment un besoin accru d'infrastructure, de fournitures et de matériel pour assurer la prestation de services de DIU, davantage que pour d'autres méthodes réversibles, ainsi qu'une carence de professionnels formés et motivés, sûrs de leurs compétences en matière de pose et de retrait des DIU. Un autre problème : des politiques ou des pratiques inappropriées des prestataires, entravant l'accès des clientes aux DIU, notamment la conception erronée selon laquelle les femmes qui n'ont pas eu d'enfant ne peuvent avoir recours aux DIU.

### Prestation actuelle de DIU

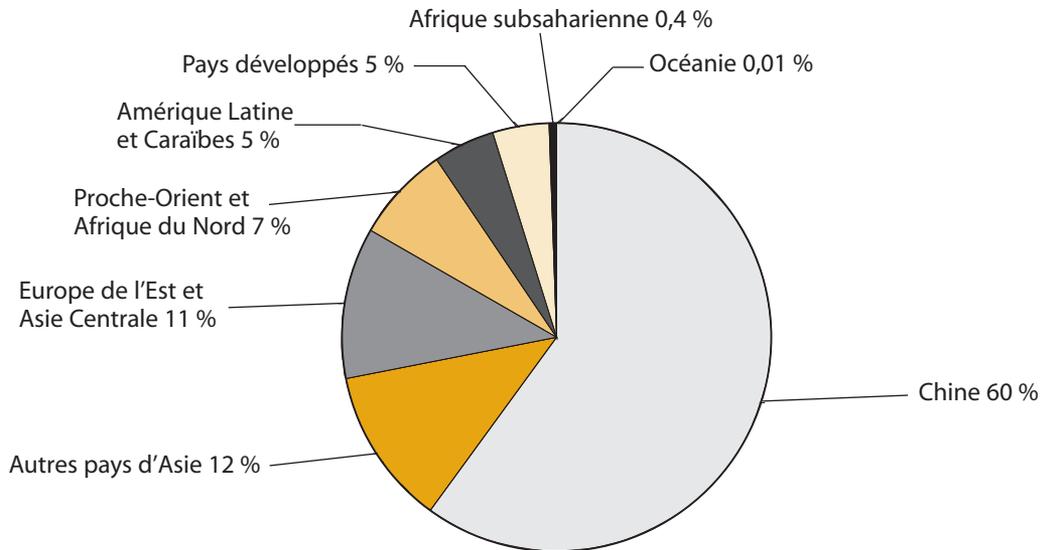
L'USAID (US Agency for International Development : Agence des États-Unis pour le développement international) fournit le TCu-380A aux programmes des pays en développement. Les deux autres principaux bailleurs de contraceptifs, le FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population) et International

Planned Parenthood Federation (IPPF), fournissent le TCu-380A et le Multiload-375. En 2000, l'USAID a fourni quelque 1,6 million de DIU aux programmes de planning familial et en 2004, près de 2 millions (179). La grande majorité des DIU ont été remis à un pays : l'Égypte.

Le DIU hormonal, LNG-DIU, commercialisé sous la marque *Mirena*® et, dans certains pays européens, *Levonova*® est homologué à l'heure actuelle dans 104 pays (195). Il est vendu en Europe depuis 1990. La FDA (U.S. Food and Drug Administration) l'a approuvé en décembre 2000 (28, 168). Cette approbation permettrait à l'USAID de fournir ce DIU hormonal aux pays en développement. Son coût élevé et la nécessité de former les prestataires à une nouvelle technique de pose ont toutefois dissuadé l'USAID de le distribuer (199, 201). Les droits de brevet du DIU hormonal *Mirena* ont expiré en décembre 2003 (174), ce qui pourrait ouvrir le marché à de nouvelles versions génériques, moins onéreuses, du DIU hormonal.

## Figure 1 : la majorité des utilisatrices de DIU se trouvent en Chine

### Répartition mondiale des utilisatrices de DIU, par région



La grande majorité des utilisatrices mariées des DIU (60 %), soit près de 92 millions de femmes, se trouve en Chine. Les DIU sont prisés dans quelques autres pays d'Asie, notamment la Mongolie, la Corée du Nord, Taïwan et le Vietnam, à Cuba et au Mexique, ainsi que dans plusieurs pays du Proche-Orient et d'Afrique du Nord. Dans les pays développés, les DIU sont la méthode la plus répandue en Europe de l'Est et en Asie Centrale, ainsi qu'en Finlande et en Norvège. Dans les autres pays, l'utilisation des DIU est moins courante.

Méthodologie et source de données : cf. tableau 2, p. 4.

Population Reports

# Prestation de services de DIU de haute qualité

L'introduction ou la réintroduction de contraceptifs exige que l'on se penche d'un côté sur les politiques et la prestation de services et, par ailleurs, sur les connaissances du grand public et des utilisatrices potentielles, ainsi que sur leurs perceptions (206, 226, 264). La prestation de services de DIU exige que soit accordée une attention rapprochée aux facteurs de prestation de services, par exemple : mise à jour des directives concernant la prestation de services, prestataires informés de la façon et du motif du respect de ces directives, présence d'une infrastructure, de matériel et de fournitures, un groupe central de prestataires compétents de DIU, ainsi qu'un service d'aiguillage qui les achemine vers ces derniers (cf. liste de pointage p. 7). Mais les programmes se doivent également d'améliorer les perceptions concernant les DIU chez les clientes potentielles et de s'assurer qu'elles savent où obtenir ces services. Une démarche globale, réunissant des clientes bien informées et des services de qualité permettra de garantir la réussite d'un programme de DIU.

## La mise à jour des directives pourrait éliminer les obstacles médicaux

Les obstacles médicaux superflus entravant l'utilisation des contraceptifs restreignent ou interdisent, de façon erronée, aux clientes tout accès à cette méthode contraceptive. Ces obstacles reposent souvent sur des principes médicaux, mais ils ne sont pas justifiés au vu de l'ensemble des preuves scientifiques (203). Les obstacles médicaux les plus courants entravant l'utilisation des DIU comprennent notamment la restriction de la pose du DIU à la période de menstruation de la femme et l'obligation, inutile, de nombreuses visites de suivi (203). Les restrictions fondées sur la situation de famille, l'âge ou le nombre d'enfants de la cliente en question constituent d'autres obstacles courants (22).

Les obstacles médicaux se trouvent également à l'échelon des politiques de santé, dans les directives de prestation de services obsolètes ou erronées, ainsi qu'au niveau des prestataires, dans les attitudes de ces derniers ou leurs pratiques (22, 203). Pour garantir une bonne qualité des soins, il convient que les directives de prestation de services contraceptifs se fondent sur des éléments scientifiques d'actualité. Toutefois, dans de nombreux pays, les directives nationales ordonnent aux prestataires d'appliquer des restrictions superflues. Au Burkina Faso et au Kenya, par exemple, les directives des années 1990 restreignaient l'utilisation des DIU aux femmes ayant déjà des enfants (22).

Il n'existe aucune règle universelle pour procéder à la révision et à la mise à jour des directives. Le conseil le plus judicieux étant de prévoir, à chaque révision, la date de la révision suivante (296). Toutefois, les directives peuvent tomber rapidement dans l'obsolescence si de nouveaux éléments surgissent avant la date de la révision prévue. Une démarche de rechange consiste à mettre à jour les directives au fur et à mesure de la mise en évidence de nouveaux éléments.

Au niveau local, la prospection systématique et constante dans la littérature médicale mondiale, à la recherche de nouveaux éléments probants, serait longue et duplicative. Toutefois, l'Organisation mondiale de la santé suit en constance la littérature médicale, à la recherche de nouvelles études ayant une incidence sur ses recommandations en matière de planning familial (293). Le groupe de travail des experts de l'OMS se réunit, lorsque nécessaire, pour actualiser les recommandations de l'OMS, en se fondant sur l'étude intégrale de la littérature médicale, y compris les éléments probants les plus récents.

Ainsi, les recommandations de l'OMS constituent, pour de nombreux pays, la principale base de l'élaboration et de la mise à jour de leurs directives nationales de prestation de services (59, 124, 230). L'OMS a mis à jour, en 2004, ses recommandations concernant certaines méthodes contraceptives, y compris les DIU (181, 194). (Pour le texte intégral, voir le site Internet de l'OMS : [http://who.int/reproductive-health/family\\_planning/evidence.html](http://who.int/reproductive-health/family_planning/evidence.html)). En particulier, le document de 2004, « *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* » (Critères médicaux d'éligibilité pour l'utilisation des contraceptifs) apporte plusieurs modifications importantes aux recommandations concernant les femmes atteintes d'IST et de troubles liés au VIH. Ces changements permettent à davantage de femmes d'avoir recours aux DIU (cf. encadré, p. 10).

Les normes internationales sont, certes, importantes et utiles, mais la participation des principales parties concernées est tout aussi importante, à l'échelon national, pour la mise au point et la révision des directives nationales. Cette participation permet de promouvoir le consensus et la prise en charge des nouvelles directives, tout en confirmant aux prestataires que l'on tient compte de la situation locale (46, 124). Par exemple, le ministère de la Santé kenyan a parrainé une série de rencontres avec les principales parties concernées, notam-

***Une démarche globale, regroupant des clientes bien informées et des services de qualité, garantirait la réussite des programmes de DIU.***

ment les effectifs du ministère de la Santé, les dirigeants des associations médicales et d'autres associations des professionnels de la santé, ainsi que des représentants des prestataires de services, afin de traduire les recommandations de l'OMS en directives nationales de prestation de services (cf. encadré, p. 8-9). Ces rencontres se sont révélées cruciales pour renforcer le sentiment de prise en charge des nouvelles directives et de solides partenariats entre les parties prenantes (128). Nombreuses sont notamment les associations professionnelles représentant la majorité des prestataires de soins au Kenya qui encouragent ces derniers à appuyer l'initiative du ministère de la Santé pour améliorer l'accès aux DIU (17).

# Plan de programme pour la prestation de services de DIU de haute qualité Aide- mémoire

Les responsables de programmes de planning familial peuvent se poser les questions de l'aide-mémoire ci-dessous, ainsi qu'aux administrateurs des centres et aux prestataires de services, pour s'assurer que les programmes peuvent fournir des services de DIU de haute qualité. Les programmes doivent s'efforcer d'exécuter la plupart des étapes citées dans cette liste. Un programme peut toutefois commencer à offrir des services de DIU avant de parachever toutes ces étapes.

## Les directives nationales concernant la prestation de services sont à jour

- Les directives sont-elles fondées sur les éléments scientifiques les plus à jour ?  
Exemple : la plupart des femmes peuvent utiliser en toute sûreté les DIU, y compris de nombreuses femmes à risque élevé de VIH ou les femmes séropositives.  
Conseil pratique : les recommandations de l'OMS, « *Critères d'éligibilité médicale* » et « *Recommandations pratiques choisies pour l'utilisation des contraceptifs* » constituent des ressources faisant foi pour l'élaboration et l'actualisation des directives nationales.
- Les principales parties prenantes participent-elles au processus d'élaboration/révision ?  
Exemples : effectifs du ministère de la Santé, bailleurs de fonds, associations professionnelles, responsables de programmes, prestataires de services, représentantes des clientes.
- Les directives mises à jour ont-elles été distribuées aux prestataires et à leurs superviseurs ?
- Les prestataires et leurs superviseurs savent-ils comment et pourquoi appliquer ces directives ?
- Les prestataires suivent-ils ces directives ?

## Les clientes sont bien informées sur les DIU

- Les campagnes médiatiques de planning familial citent-elles les DIU parmi les choix contraceptifs ?
- Les sessions d'information dans les communautés et les cliniques concernant les options contraceptives comprennent-elles également les DIU ?
- Dans les salles d'attente, y a-t-il des imprimés sur les DIU ?

## Les cliniques possèdent l'infrastructure, le matériel et les fournitures nécessaires

- Les cliniques possèdent-elles l'infrastructure nécessaire pour fournir des services de DIU ?  
Exemples : eau saine, éclairage suffisant, espaces privés, un lit ou une table.
- Les cliniques possèdent-elles les fournitures jetables nécessaires ?  
Exemples : DIU, tampons d'ouate, solution antiseptique, gants.
- Les cliniques possèdent-elles les instruments et les fournitures nécessaires ?  
Exemples : spéculums vaginaux, forceps, sonde utérine, ciseaux, cupules, bassin et solution chlorée à 0,5 %.
- Les cliniques disposent-elles des moyens de désinfecter ou de stériliser intégralement les instruments servant aux DIU ?

## Il existe un noyau de prestataires de DIU bien formés et aux compétences affirmées

- A-t-on choisi un noyau de prestataires de DIU<sup>1</sup> pour assurer la prestation des services de DIU ?
- Les prestataires de DIU ont-ils compétence pour poser et retirer les DIU, tout en s'assurant de réduire les risques d'infection, en plus de leur compétence de prestataire d'autres méthodes contraceptives ?
- Les prestataires de DIU ont-ils compétence pour prendre en charge les complications relatives à l'utilisation des DIU ou savent-ils où aiguiller les clientes souffrant de complications ?
- Les prestataires de DIU sont-ils formés à la communication efficace et serviable avec les clientes ?
- Les prestataires de DIU ont-ils suffisamment de clientes pour entretenir leurs compétences professionnelles ?
- Les prestataires de DIU bénéficient-ils de cours de recyclage pour leur permettre d'entretenir leurs compétences professionnelles ?
- Les prestataires de DIU bénéficient-ils d'un appui et de recommandations permanents ?
- Existe-t'il suffisamment de prestataires formés à la pose des DIU pour donner aux femmes un accès facile aux services ?

## Un système d'aiguillage permet aux clientes éventuelles des DIU de prendre contact facilement avec des prestataires de DIU compétents

- Tous les prestataires offrent-ils des DIU aux clientes à titre de choix contraceptif, si indiqué ?
- Tous les prestataires de DIU peuvent-ils communiquer des informations d'ordre général sur les DIU aux clientes éventuellement intéressées par les DIU ?
- Existe-t-il une liste de prestataires de DIU, pour aiguillage, dans tous les établissements de planning familial ?
- Les prestataires de planning familial et les agents de santé communautaires se servent-ils de la liste d'aiguillage des prestataires de DIU ?
- Les dispensaires qui offrent les DIU se trouvent-ils dans des lieux d'accès facile ?

<sup>1</sup> Les programmes peuvent subsidiairement mettre en œuvre une démarche générale dans laquelle un grand nombre, voire l'intégralité, des prestataires de planning familial sont formés à la prestation de services de DIU. Toutefois, l'expérience prouve qu'à moins de desservir régulièrement des clientes de DIU, la plupart des prestataires perdent leurs compétences et leur fiabilité professionnelles.



## Le Kenya s'engage à raviver l'intérêt pour les DIU



Alors que l'utilisation des contraceptifs modernes a augmenté de façon stable, dans l'ensemble, au Kenya, l'utilisation des DIU a chuté depuis les années 1980. De 1989 à 2003, le pourcentage de femmes mariées ayant recours aux DIU est passé de 4 à 2 %. La proportion d'utilisatrices de méthodes modernes, ayant adopté les DIU, a chuté pendant la même période de 21 à 8 % alors que l'utilisation des méthodes de courte durée a augmenté (109, 151). Certains de ces changements reflètent la disponibilité croissante d'autres méthodes, notamment les contraceptifs injectables. Toutefois, une évaluation des prestations de services attribue la régression de l'utilisation des DIU à plusieurs autres facteurs : la mauvaise qualité des services des DIU, notamment les lacunes de connaissances de certains prestataires concernant les DIU, la crainte de ces derniers concernant la transmission du VIH par leurs clientes, les perceptions négatives des clientes elles-mêmes quant aux DIU, la réticence des prestataires à fournir des DIU en raison des effets secondaires rares mais graves, et enfin les perceptions selon lesquelles la prestation de services des DIU exige des compétences élevées et prend trop de temps (47, 231).

En 2001, le ministère de la Santé kenyan a lancé une initiative, coordonnée avec 15 organisations partenaires pour réintroduire les DIU dans le programme de planning familial du Kenya. En ravivant l'intérêt porté aux DIU et en renforçant

les systèmes de prestation de services de santé génésique dans l'ensemble, le ministère souhaite améliorer l'équilibre et la viabilité des choix contraceptifs (46).

Cette initiative emprunte plusieurs démarches pour aborder les problèmes identifiés par l'évaluation de la prestation des services. Il s'agit notamment du renforcement du consensus et de l'appui au sein des parties concernées, de l'amélioration de la prestation de services et de l'amplification de la prise de conscience et de l'intérêt des clientes du planning familial pour les DIU (46).

### Renforcer le consensus et l'appui au sein des parties

**concernées :** en 2001, le ministère de la Santé et ses partenaires ont parrainé une série de rencontres réunissant les décideurs, les agences de financement, les responsables des programmes et les prestataires de services. Les parties concernées ont passé en revue les résultats de la recherche concernant les DIU et analysé les directives internationales par rapport au contexte kenyan, pour ensuite réviser les politiques de planning familial et les directives de prestation de service (17).

Depuis 2001, le ministère de la Santé a distribué plus de 4.400 dossiers de promotion des DIU aux responsables de programme et aux prestataires. Ces dossiers sont conçus pour sensibiliser les responsables de programme et les prestataires à l'innocuité et à l'efficacité des DIU, et à leur caractère économique et pratique (46, 111, 134). Armés de ces nouvelles connaissances, les responsables et les prestataires peuvent promouvoir eux-mêmes les DIU auprès des clientes potentielles.

**Améliorer la prestation de service :** l'initiative est également axée sur l'entretien de stocks de DIU, de matériel et de fournitures. A l'heure actuelle, quelque 10.000 DIU sont posés chaque année au Kenya, et selon les estimations, ce chiffre augmentera. L'USAID fournit 50.000 DIU supplémentaires aux centres de santé publics et privés (17). AMKENI, un projet de santé génésique et de planning familial au Kenya, ainsi que plusieurs organisations internationales de planning familial offrent des kits complets de pose de DIU aux centres de santé prenant part à l'initiative de réintroduction (134).

Cette initiative étudie également de nouvelles techniques de formation et de prestation-conseil concernant les DIU. Par exemple, le ministère de la Santé et ses partenaires ont mis à l'essai une démarche « peaufinée », par laquelle les superviseurs ministériels ont eu recours à des techniques d'instruction et de marketing pour aborder les préjugés des prestataires à l'encontre des DIU et pour valoriser leurs compétences-conseil (45). Dans cette démarche, les partisans des DIU, ou « peaufineurs », comme on les appellerait dans l'industrie pharmaceutique, se sont rendus à deux reprises dans chaque centre de santé pour discuter des DIU avec les prestataires et les distributeurs communautaires, afin de promouvoir l'amélioration des services et

de l'information en la matière. Les peaufineurs ont également distribué des dossiers-conseil, mettant en exergue les messages clef destinés aux clientes (45). Les centres de santé qui ont bénéficié des visites de peaufinage ont enregistré une augmentation du nombre moyen de poses de DIU par mois, passant de 0,3 à 0,7 par centre. En revanche, le nombre de poses de DIU a chuté une fois les interventions de peaufinage terminées, indiquant qu'il serait nécessaire de pérenniser ces visites pour maintenir l'augmentation du nombre de DIU posés (303).

Le ministère de la Santé, Marie Stopes International et la Kreditanstalt für Wiederaufbau Entwicklungsbank (Banque de développement KfW, une banque du secteur public allemand) étudient différentes formules pour fournir des DIU peu onéreux aux clientes (113, 171). L'une de ces démarches consisterait à remettre de bons aux utilisatrices potentielles de DIU. La cliente remettrait le bon au prestataire de son choix et ne réglerait qu'un honoraire minime pour le DIU. L'État rembourserait le prestataire du restant de l'honoraire sur présentation du bon (170). À l'inverse de la démarche traditionnelle, où l'État règle directement les frais de fourniture des DIU, cette démarche relie le paiement et la pose des DIU et encourage les prestataires à offrir des services de haute qualité pour intéresser les clientes (171, 279).

**Créer la demande concernant les DIU :** cette initiative collabore avec les chefs et les prestataires communautaires sur tout le territoire kenyan afin de fournir au grand public des informations exactes sur les DIU, d'aborder les préoccupations des hommes et des femmes quant à cette méthode contraceptive dans le cadre de forums communautaires et de dissiper les mythes et les perceptions erronées. Cet effort fait appel à des émissions radio, aux foires communautaires et à la distribution de brochures imprimées. Par exemple, lors de sessions éducatives, AMKENI a distribué aux clientes potentielles du planning familial quelque 21.000 brochures en anglais et en swahili, comportant des informations générales sur le planning familial et des renseignements spécifiques sur les DIU (134). Dès mars 2004, près de 12.000 clientes potentielles de planning familial ont assisté à des sessions d'éducation sur les DIU (46, 135). De 2002 à 2005, le pourcentage de ces clientes choisissant les DIU a augmenté, passant de 2 % à 5 % dans les 68 établissements participant à ce programme (5). D'autres pays d'Afrique subsaharienne, y compris l'Éthiopie, le Ghana et l'Ouganda, souhaiteraient reproduire l'initiative kenyane (71).

*Photo : les activistes peuvent avoir recours aux techniques d'éducation et de marketing pour aider leurs publics à mettre en œuvre les meilleures pratiques. Nous voyons ici un superviseur du ministère de la Santé kenyan tenir le rôle d'un activiste des DIU, un « peaufineur », qui encourage les prestataires et les distributeurs communautaires à améliorer les services des DIU.  
Photo : Jennifer Wesson/FHI*

## Améliorer les pratiques des prestataires

Les prestataires créent souvent eux-mêmes des obstacles entravant l'utilisation de contraceptifs. Soit ils ne sont pas avertis des directives, soit ils les interprètent mal ou les méconnaissent lorsqu'elles contestent des pratiques, des principes ou des convictions établis. Par exemple, de nombreux prestataires interrogés dans les années 1990 au Botswana, au Burkina Faso, au Sénégal et à Zanzibar en Tanzanie, déclaraient imposer un critère d'âge minimum pour l'utilisation de DIU, à l'inverse des directives nationales (22).

Lorsque les chercheurs de Family Health International ont présenté aux prestataires de planning familial au Bangladesh, en République dominicaine, au Kenya et au Sénégal, une liste des critères d'éligibilité pour l'utilisation des DIU (cf. p. 13 à 16), les prestataires ont déclaré qu'elle serait utile pour permettre l'application des directives de prestation de service et qu'elle était facile à utiliser (48). Toutefois, confrontés à un scénario hypothétique, quelque 30 % de ces prestataires ont ignoré la liste en question et ont refusé des DIU à des femmes qui étaient, de fait et selon les recommandations 2004 de l'OMS, éligibles. Il semblerait que certains prestataires ne sont apparemment pas en mesure de changer leurs pratiques en se fondant uniquement sur les recommandations de la liste.

Ces résultats révèlent que les programmes ne peuvent se contenter de distribuer des directives mises à jour aux prestataires. Ils doivent aussi avoir recours à toute une gamme de démarches de diffusion et de mise en œuvre, selon les obstacles à surmonter. Par exemple, des séminaires ou des ateliers pourraient suffire si l'absence d'information est le seul obstacle chez les prestataires. Des campagnes d'information par le biais des guides d'opinion seraient plus appropriées pour surmonter les a-priori de nature culturelle des prestataires à l'encontre des DIU (286).

Les prestataires sont plus aptes à appliquer les directives de prestation de service s'ils sont formés à leur application, notamment lorsqu'une supervision coopérative renforce cette formation (192). Au Kenya, les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires ont enregistré une amélioration marquée à la suite d'une formation standard, d'une formation accompagnée d'un ensemble de documents imprimés, ou d'une formation accompagnée de documents imprimés et d'une supervision de suivi (229). Avant de suivre la formation, 73 % des prestataires pensaient, à tort, que seules les femmes ayant déjà des enfants pouvant utiliser les DIU. Après leur formation, ce chiffre est passé à 46, 41 et 30 % respectivement, dans les trois groupes étudiés. De retour au travail, les stagiaires ont transmis l'information à certains de leurs collègues qui n'avaient pas suivi la formation. Les connaissances, attitudes et pratiques de ces prestataires se sont elles aussi nettement améliorées, mais pas autant que celles de leurs collègues qui ont bénéficié de la formation.

## Garantir une infrastructure, du matériel et des fournitures

Pour garantir la capacité ininterrompue de prestation de DIU, les établissements de soins doivent posséder une infrastructure, du matériel et des fournitures supérieurs à ceux requis par les autres méthodes contraceptives réversibles. Par exemple, les services de DIU exigent de l'eau propre, un espace privé, un lit

# Utilisation des DIU, IST et troubles liés au VIH : critères 2004 d'éligibilité médicale de l'OMS



Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé, les femmes ci-dessous, souffrant d'IST et de troubles liés au VIH peuvent commencer à utiliser des DIU (catégorie 2) (268). (Cf. tableau ci-dessous pour les descriptions et les catégories).

- Les femmes ayant souffert d'une salpingite dans le passé, à condition qu'elles ne possèdent à l'heure actuelle aucun facteur connu de risque d'IST (si elles ont été enceintes par la suite, elles sont en catégorie 1).
- Les femmes souffrant d'IST *autre qu'une* cervicite purulente actuelle, gonorrhée et chlamydia.
- Les femmes souffrant de vaginite, y compris trichomonas vaginalis et vaginite bactérienne.
- Les femmes résidant dans des lieux où les IST sont courantes mais qui ne courent pas elles-mêmes des risques élevés d'exposition à la gonorrhée ou à la chlamydia.
- Les femmes courant un haut risque d'infection au VIH.
- Les femmes séropositives mais qui n'ont pas le SIDA.
- Les femmes souffrant du SIDA, mais dont l'état clinique en thérapie antirétrovirale (ARV) est bon.

En outre les femmes décrites ci-dessus *et* ci-dessous peuvent d'ordinaire continuer à utiliser un DIU, si les troubles apparaissent alors que le DIU est déjà posé (catégorie 2) :

- Les femmes qui contractent une salpingite ou une IST, y compris la gonorrhée et la chlamydia, pendant l'utilisation d'un DIU et qui suivent un traitement.
- Les femmes dont le risque individuel d'IST augmente après la pose d'un DIU.
- Les femmes qui contractent une infection au VIH ou le SIDA alors que le DIU est déjà posé (qu'elles suivent ou pas un traitement aux ARV).

En revanche, les recommandations de l'OMS stipulent qu'il convient que les femmes mentionnées ci-dessous *ne* commencent *pas* à utiliser un DIU (catégorie 4) ou qu'elles ne devraient pas d'ordinaire commencer à utiliser un DIU (catégorie 3) :

- Les femmes souffrant actuellement de cervicite purulente, gonorrhée, chlamydia ou salpingite (catégorie 4).
- Les femmes à haut risque individuel d'exposition à la gonorrhée ou à la chlamydia (catégorie 3).
- Les femmes atteintes du SIDA, au statut de santé compromis sous traitement aux ARV ou ne suivant pas de traitement aux ARV (catégorie 3).

## Classement des critères d'éligibilité médicale de l'OMS

Catégorie	Description	Interprétation lorsqu'une conclusion clinique est disponible	Interprétation lorsqu'une conclusion clinique est restreinte
1	Un état pathologique pour lequel il n'existe aucune restriction quant à l'utilisation de la méthode contraceptive	Interprétation lorsqu'une conclusion clinique est disponible	Oui (utiliser la méthode)
2	Un état pathologique où les avantages de l'utilisation de la méthode surpassent en général les risques théoriques ou avérés	Utiliser généralement la méthode	
3	Un état pathologique où les risques théoriques ou avérés surpassent d'ordinaire les avantages de l'utilisation de la méthode	L'utilisation de la méthode n'est d'ordinaire pas recommandée à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou ne soient pas acceptables	Non (ne pas utiliser la méthode)
4	Un état pathologique représentant un risque inacceptable de santé si la méthode contraceptive est utilisée	Ne pas utiliser la méthode	

ou une table, des spéculums pour examiner le col de l'utérus, des forceps pour nettoyer le col de l'utérus, une sonde utérine pour mesurer la profondeur de l'utérus, des tampons d'ouate, une solution antiseptique, des gants et bien sûr des DIU (102, 251). En outre, l'établissement doit posséder un matériel permettant de garantir que tous les instruments, avant d'être utilisés à nouveau, sont soit (a) stérilisés en autoclave (vapeur à haute pression) ou par chaleur sèche, soit (b) désinfectés radicalement en les faisant bouillir ou en les passant à la vapeur pendant 20 minutes, ou en les faisant tremper dans des produits chimiques spéciaux (102). (La stérilisation élimine tous les microorganismes, alors que la désinfection radicale élimine la quasi-totalité des différentes formes de bactéries. La désinfection radicale est acceptable pour le traitement des instruments utilisés pour la pose des DIU, car les instruments ne touchent que des membranes muqueuses intactes ou une peau éraflée et non pas les tissus stériles sous la peau (102)). Certains bailleurs de fonds, notamment le FNUAP, fournissent des kits comprenant les fournitures et le matériel nécessaires (252).

La prestation de services de DIU peut grever les programmes de planning familial aux ressources limitées. De nombreuses cliniques ne possèdent pas l'infrastructure, ni le matériel et les fournitures nécessaires. Au Guatemala, en 2002, par exemple, presque tous les dispensaires et centres de santé publics possédaient l'infrastructure nécessaire (comprenant un espace privé, une table gynécologique et l'électricité), mais près de la moitié ne possédaient ni le matériel, ni les fournitures (20, 65). En revanche, au Ghana, presque tous les établissements de planning familial possédaient le matériel et les fournitures nécessaires, mais la moitié d'entre eux seulement possédait l'infrastructure nécessaire (65, 84).

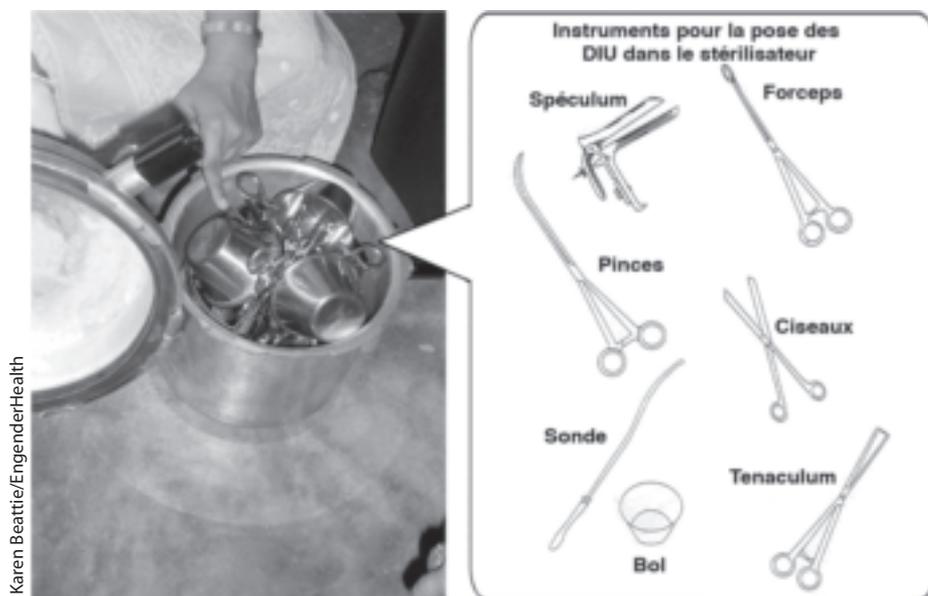
Toutefois, les programmes de planning familial peuvent adopter des stratégies novatrices dans des contextes aux ressources restreintes. Par exemple, au Bangladesh, le programme de prestation de service rural offre des services de planning familial, y compris des DIU, par le biais de dispensaires satellites, installés dans des foyers ruraux, sans électricité, ni eau courante. Le programme a transformé des tables ordinaires en tables gynécologiques et a conçu des rideaux pour créer un espace privé pour les examens gynécologiques (16). Le programme a également adapté un stérilisateur à vapeur portatif, conçu à l'origine pour stériliser les aiguilles hypodermiques et les seringues, qui permet de stériliser le matériel et les fournitures de pose des DIU (13). Grâce à cet appareil, les agents de santé peuvent stériliser intégralement les instruments des DIU, ainsi que les fournitures dans les dispensaires permanents au lieu de devoir les faire bouillir dans les foyers, ce qui n'est pas toujours possible. Pour s'assurer que les instruments et les fournitures restent stériles pendant leur transport, les agents de santé les conservent dans le stérilisateur portatif jusqu'à l'opération de pose. Ces équipes volantes peuvent offrir des services de DIU mais elles doivent prendre des précautions particulières pour maintenir la propreté et éviter les erreurs, car les soins de suivi sont souvent difficiles.

**Rentables pour les programmes et pour les clientes :** un DIU peut servir pendant de nombreuses années et l'utilisatrice n'a besoin d'aucune autre fourniture. Ainsi, au fil du temps, les DIU sont économiques tant pour les programmes que pour les clientes, bien que les coûts initiaux soient supérieurs à ceux des autres méthodes contraceptives réversibles. Dans le système de santé de Mombasa, au Kenya, si chaque méthode était utilisée sur sa durée efficace de vie, le coût annuel moyen de protection contraceptive d'un DIU en 2003 serait de 4 \$US, contre 7 \$US pour la ligature des trompes et entre 10 et 20 \$US pour les contraceptifs oraux, les implants ou les contraceptifs injectables (110). Le coût ponctuel de la pose d'un DIU est inférieur à celui des autres méthodes en raison de l'acquisition constante de fournitures. En outre, à long terme, les coûts de la prestation des services des DIU sont inférieurs à ceux des autres méthodes car les DIU n'exigent qu'une seule visite renouvelée.

Si les clientes doivent payer les services, les honoraires de départ du DIU et de sa pose seront peut-être plus élevés que ceux des autres méthodes réversibles. Par exemple, dans les cliniques urbaines au Kenya, les clientes paient environ 3 \$US lors de la première visite pour le DIU et l'opération de pose. Par comparaison, une seule injection pour trois mois d'acétate de médorogestérone (DMPA) ou une boîte de pilules contraceptives orales pour un mois coûte environ 1 \$US. Toutefois, selon de nombreuses études de coûts, le DIU reste l'une des méthodes les moins onéreuses, sur un à cinq ans, pour les clientes (30, 110, 224, 246). Pour les clientes qui ne sont pas en mesure de payer les honoraires initiaux en une seule fois, les programmes peuvent mettre en place un paiement à tempérament, c'est-à-dire un plan de paiement (36).

**Les programmes peuvent maîtriser les coûts :** il existe plusieurs moyens pour fournir des services de DIU à un coût modeste. Les programmes peuvent notamment offrir une pose de DIU immédiatement après l'accouchement, (c'est-à-dire une pose dans les 48 heures qui suivent la délivrance) dans les centres de naissance. Par exemple, à l'hôpital général provincial de Nyeri au Kenya au cours des années 1990, pour chaque année de protection contraceptive, les poses de DIU en dispensaire de santé maternelle et infantile dans les six semaines ou davantage après l'accouchement, coûtent 40 % plus cher qu'une pose immédiate après l'accouchement en salle d'accouchement (289). Cette estimation tient compte de la probabilité de rejet de la poste immédiatement après l'accouchement et du nombre moyen de visites ultérieures par type de pose. (Alors que le rejet est plus probable à la suite d'une pose immédiate après l'accouchement qu'en case de pose ultérieure, les risques supplémentaires ne justifient pas le différé de la pose du DIU (cf. p. 26). Les poses post-partum sont moins coûteuses au Kenya principalement en raison de l'existence de conditions stériles dans les salles d'accouchement. En revanche, les effectifs du dispensaire doivent passer davantage de temps aux préparatifs (287). Selon une étude à Lima, au Pérou, les poses ambulatoires coûtent environ 40 % de plus que les poses post-partum en hôpital (62). La période immédiatement après l'accouchement est commode pour la pose, notamment pour les femmes qui ne disposent pas d'un accès facile aux services de planning familial.

L'élimination des visites ordinaires de suivi, qui sont inutiles, permet une économie des coûts. L'OMS recommande une visite ordinaire, un mois après la pose, ou au moment des règles suivantes de la cliente (269). Lors de cette visite, le prestataire vérifie que le DIU est bien en place, qu'il n'existe aucun signe d'infection et que la cliente est satisfaite ou si elle a des problèmes. La cliente doit être invitée à revenir si elle en a besoin ou pour faire enlever le DIU, une autre visite de suivi ordinaire n'étant pas nécessaire. La plupart des utilisatrices de DIU dont les problèmes exigent une intervention médicale présentent des symptômes graves.



Au Bangladesh, un stérilisateur à vapeur portatif permet à des équipes volantes de maintenir la stérilité des instruments et des fournitures des DIU pendant leur transport entre les dispensaires satellites. Des stratégies novatrices permettent de garantir le succès des prestations de services de DIU dans les contextes à faibles ressources. Illustrations adaptées des directives DIU, JHPIEGO pour les programmes de planning familial : manuel de référence de résolution de problèmes

Ces clientes reviennent pour une visite, sans rendez-vous (92, 100, 153). En Equateur, les Centros médicos de Orientación y Planificación (CEMOPLAF), une organisation d'entraide privée qui dirige des dispensaires de planning familial et de santé génésique dans tout le pays, demandaient autrefois aux clientes des DIU de revenir quatre fois au dispensaire pendant les douze mois suivant la pose. Seules 30 % des utilisatrices des DIU revenaient quatre fois ou davantage pour les visites de première année. La moyenne des visites de suivi pendant la première année était de 2,3 sur les 4 visites recommandées (61). Toutefois, ces visites ultérieures représentaient 74 % de toutes les visites de planning familial et 68 % de tous les coûts de planning familial. En 1993, les CEMOPLAF ont réduit à une le nombre de visites de suivi ordinaire. Cette réduction a entraîné en 1993 une régression de 29 % du nombre de visites suivant la pose des DIU par rapport à 1992, alors que le nombre de poses est resté le même (61).

Les coûts peuvent également être maîtrisés en permettant aux agents de santé auxiliaires de poser et de retirer les DIU. Selon les études, les infirmières, sages-femmes, aides-soignantes et étudiantes en médecine peuvent poser et retirer en toute sécurité et de façon efficace les DIU, à condition d'être formées à cet effet (41, 55, 117) et à un coût inférieur pour les programmes par rapport à leur pose par des médecins. Au Chili, en Équateur, au Ghana, en Indonésie, au Nigeria, en Suède, en Thaïlande, en Turquie, aux États-Unis et ailleurs, ce sont les infirmières, les sages-femmes et les autres professionnels de la santé, en plus des médecins, qui assurent la pose ordinaire des DIU (244).

## Former les effectifs à la prestation de services des DIU

Des services de DIU de qualité exigent des prestataires de soins compétents. La formation doit englober la pose et le

retrait des DIU, la gestion des effets secondaires potentiels et des complications ainsi qu'une bonne communication avec les clientes (cf. encadré p. 17). Pour réussir, la formation doit inclure un volet d'expérience pratique.

### La formation axée sur les compétences est la plus efficace :

la formation axée sur les compétences développe les connaissances et les attitudes nécessaires pour respecter les conditions de compétence. La formation se poursuit jusqu'à ce que chaque stagiaire soit dotée des compétences nécessaires. La démarche est axée sur la réussite de chaque stagiaire, en sachant que différents prestataires exigent différents niveaux de pratique pour atteindre leur compétence. Les éléments clef de cette démarche axée sur les compétences comprennent notamment la normalisation de la prestation des services de DIU, l'entraînement sur des maquettes d'utérus et les possibilités, pour les stagiaires, de continuer les exercices pratiques jusqu'à ce qu'elles maîtrisent *toutes* les compétences nécessaires (233).

JHPIEGO, une organisation de santé internationale affiliée à Johns Hopkins University, a démontré la valeur d'une démarche axée sur les compétences en matière de formation pour les DIU. Dans une étude comparée réalisée en Thaïlande, un pourcentage nettement supérieur de sages-femmes formées dans le cadre d'une formation axée sur les compétences, étaient compétentes à l'issue de la formation que les sages-femmes formées aux techniques traditionnelles. Ces dernières avaient en moyenne besoin de procéder à 6,5 poses avant d'être qualifiées. Grâce à la nouvelle démarche de formation, comprenant des exercices pratiques sur des maquettes d'utérus pendant les cours, les sages-femmes ont atteint leur qualification à la suite, en moyenne, de 1,6 poses et 97 % d'entre elles étaient qualifiées à la suite d'un maximum de 3 poses. La formation axée sur les compétences prend moins de temps et coût donc moins cher que les démarches traditionnelles (122).



©Photo Marcel Reyners, avec la permission de Photoshare

Les exercices pratiques sur des maquettes, avant de travailler avec des clientes, permet aux stagiaires d'être compétentes plus rapidement qu'avec une démarche didactique traditionnelle. Sur cette photo, des prestataires de planning familial au Cambodge s'exercent à la pose de DIU sur des maquettes d'utérus.

JHPIEGO a mis au point une démarche novatrice pour assurer une formation axée sur les compétences pour la prestation de DIU. Cette formation est nommée Modified Computer-Assisted Learning (ModCal®). Les stagiaires apprennent la prestation-conseil, la pose et le retrait des DIU, à leur propre rythme, grâce à des modules informatiques interactifs qui remplacent les cours d'instruction traditionnelle. Des animatrices cliniques sont disponibles pour un appui individuel et un suivi. Lorsque les stagiaires réussissent l'examen des connaissances ModCal, elles passent aux exercices pratiques sur des maquettes d'utérus, puis aux clientes en dispensaire (103).

(Suite page 17)

# Liste de contrôle pour la sélection des clientes souhaitant un DIU au cuivre



La recherche menée au cours des 20 dernières années a établi l'innocuité et l'efficacité des dispositifs intra-utérins pour la plupart des femmes, y compris celles qui n'ont pas eu d'enfants, celles qui souhaitent espacer les naissances et celles qui vivent avec le VIH ou qui sont exposées au risque de cette infection. Chez certaines femmes, le DIU n'est pas recommandé en raison de la présence de certaines pathologies, dont le cancer génital et une infection du col. Pour ces raisons, les femmes qui désirent utiliser un DIU doivent subir le dépistage de certaines affections médicales afin de déterminer si cette méthode pourrait leur convenir.

Family Health International (FHI), avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), a mis au point une simple liste de contrôle (voir au verso) afin d'aider les prestataires de services de santé à évaluer les clientes qui ont été informées sur leurs options en matière de contraception et qui ont pris la décision éclairée de se faire insérer un DIU. Cette liste de contrôle se fonde sur les recommandations incluses dans les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (OMS, 2005). La liste de contrôle se compose de 20 questions, destinées à identifier des pathologies et des comportements à haut risque qui empêcheraient l'utilisation du DIU en toute sécurité ou qui nécessiteraient une évaluation plus approfondie. Ces questions visent aussi à guider le prestataire et à lui fournir des instructions en fonction des réponses des clientes. Le prestataire doit se servir de la liste de contrôle avec chaque cliente avant de procéder à l'insertion d'un DIU. Dans certains sites, le pointage de la liste peut être réparti entre deux personnes ; par exemple, un conseiller peut se charger des questions 1 à 13, tandis qu'un prestataire adéquatement formé (médecin, sage-femme, infirmière ou infirmière auxiliaire) peut déterminer la réponse aux autres questions pendant l'examen pelvien. Les clientes qui sont exclues en raison de leurs réponses à certaines questions liées aux critères de recevabilité pourront malgré tout se faire insérer un DIU, si une évaluation plus approfondie permet d'écarter la condition suspecte.

Cette liste de contrôle vient s'ajouter à d'autres qui sont destinées aux prestataires de services de santé de la reproduction, à savoir la *Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage des contraceptifs oraux combinés (COC)*, la *Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN)* et une liste intitulée *Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte*. Pour tout renseignement complémentaire sur ces listes destinées aux prestataires, prière de consulter le site [www.fhi.org](http://www.fhi.org).

## Ecarter l'éventualité de la grossesse

Les questions 1 à 6 visent à aider le prestataire à déterminer, avec un degré raisonnable de certitude, que la femme n'est pas enceinte. Si la cliente répond « OUI » à l'une de ces questions et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, il est fort probable qu'elle n'est pas enceinte. Il ne faut jamais insérer un DIU chez une femme enceinte, car ce geste peut provoquer un avortement septique. Dans le cas d'une réponse affirmative à la question 1, il convient de différer l'insertion du DIU jusqu'à la fin de la quatrième semaine du post-partum. C'est parce qu'il y a un risque accru de perforation de l'utérus si le DIU est inséré 48 heures après l'accouchement et jusqu'à la fin de la quatrième semaine du post-partum. Toutefois, un professionnel adéquatement formé peut procéder à l'insertion dans les 48 heures qui suivent la naissance.

## Evaluer les critères de recevabilité pour le DIU

### 7. Avez-vous des saignements inhabituels en dehors des règles ou après un rapport sexuel ?

Les saignements vaginaux inexpliqués peuvent indiquer la présence d'une pathologie sous-jacente, par exemple un cancer des organes génitaux ou un problème lié à la grossesse. Toutes ces possibilités doivent être écartées avant l'insertion d'un DIU. Le cas échéant, il faut diriger la cliente vers un prestataire à un échelon supérieur ou vers un spécialiste aux fins d'évaluation et de diagnostic. Dans l'intervalle, il convient d'informer la cliente sur ses autres options contraceptives et de lui remettre des préservatifs.

### 8. Vous a-t-on dit que vous avez un cancer quelconque des organes génitaux, une maladie trophoblastique ou une tuberculose pelvienne ?

Le risque accru d'infection, de perforation ou de saignement au moment de l'insertion d'un DIU chez les femmes atteintes d'un cancer génital est un motif de préoccupation. Chez les clientes qui souffrent d'une maladie trophoblastique, de multiples curetages utérins sont parfois nécessaires et le choix d'un DIU est imprudent dans ces cas; de plus le risque de perforation est augmenté. Les clientes atteintes de tuberculose pelvienne peuvent courir un risque accru d'infection secondaire et de saignements si on leur pose un DIU. La femme qui présente une de ces trois pathologies ne doit pas recourir au DIU. Il convient de l'informer sur ses autres options contraceptives et de lui remettre des préservatifs comme moyen temporaire.

*Note : Les questions 9 à 12 visent à identifier les clientes qui courent un risque individuel élevé d'infections sexuellement transmissibles (IST) puisqu'il est possible qu'elles soient atteintes d'une chlamydie et/ou d'une gonococcie au moment de l'insertion. Si l'on ne peut pas écarter l'éventualité de ces IST de manière fiable, ces clientes à haut risque ne sont pas de bonnes candidates à la pose d'un DIU. De fait, cette intervention pourrait accroître le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP). Il faut informer ces femmes sur leurs autres options contraceptives et leur fournir des préservatifs à titre de protection contre les IST. Toutefois, s'il n'y a pas d'autres méthodes de contraception disponibles ou acceptables et qu'il n'y a aucun signe d'IST, on peut procéder à l'insertion d'un DIU. Un suivi rigoureux s'impose dans ce cas.*

# Liste de contrôle pour la sélection des clientes souhaitant un DIU au cuivre

D'abord, il faut être raisonnable sûr que la cliente n'est pas enceinte. Si la femme n'a pas ses règles le jour de la visite, poser les questions 1 à 6. Dès qu'elle répond **OUI** à *une question*, arrêtez-vous et suivez les instructions ci-après.

<b>OUI</b>	1. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	2. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitez-vous exclusivement ou presque et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	3. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	4. Vos dernières règles ont-elle commencé au cours des 12 derniers jours ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	5. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	6. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable d'une manière correcte et systématique ?	<b>NON</b>

Si la cliente répond **OUI** à l'une des questions 1 à 6 et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte. Passez aux questions 7 à 13. Cependant, si la cliente répond **OUI** à la question 1, le DIU ne peut être inséré que passé un délai de 4 semaines après l'accouchement. Demandez à la cliente de revenir à ce moment-là.

Si elle répond **NON** à toutes les questions 1 à 6, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse. La cliente doit attendre ses règles ou passer un test de grossesse.

Afin de déterminer si le DIU est médicalement sans danger pour la cliente, posez-lui les questions 7 à 13. Dès qu'elle répond **OUI** à *une question*, arrêtez-vous et suivez les instructions ci-après.

<b>NON</b>	7. Avez-vous des saignements inhabituels en dehors des règles ou après un rapport sexuel ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	8. Vous a-t-on dit que vous avez un cancer quelconque des organes génitaux, une maladie trophoblastique ou une tuberculose pelvienne ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	9. Ces 3 derniers mois, avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	10. Ces 3 derniers mois, croyez-vous que votre partenaire a eu une autre partenaire ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	11. Ces 3 derniers mois, vous a-t-on dit que vous avez une IST ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	12. Ces 3 derniers mois, votre partenaire a-t-il appris qu'il avait une IST ou, à votre	<b>OUI</b>

connaissance, en avait-il des symptômes – écoulement du pénis, par exemple ?

**NON** 13. Êtes-vous séropositive ou avez-vous le sida ?

Si la cliente répond **NON** à toutes les questions 7 à 13, procédez à l'**EXAMEN PELVIEN**.

Pendant l'examen pelvien, le prestataire doit déterminer la réponse aux questions 14 à 20.

Si la cliente répond **OUI** à la question 7 ou 8, il ne faut pas insérer de DIU. Il convient de procéder à une évaluation supplémentaire de son état.

Si la cliente répond **OUI** à l'une des questions 9 à 12, le DIU ne lui convient pas, sauf si on peut écarter de manière fiable la possibilité d'une chlamydiaose ou d'une gonococcie.

Si la cliente répond **OUI** à la 2<sup>e</sup> partie de la question 13 et qu'elle n'est pas sous thérapie antirétrovirale, l'insertion du DIU n'est généralement pas recommandé. La cliente sous thérapie antirétrovirale et dont l'état clinique est satisfaisant peut généralement utiliser le DIU. Les femmes séropositives qui n'ont pas un sida avéré peuvent aussi généralement recourir au DIU.

**NON** 14. Y a-t-il un ulcère quelconque sur la vulve, le vagin ou le col de l'utérus ?

**NON** 15. Le déplacement du col provoque-t-il des douleurs dans le bas-ventre ?

**NON** 16. Une sensibilité annexielle est-elle présente ?

**NON** 17. Y a-t-il des pertes purulentes au niveau du col ?

**NON** 18. Le col saigne-t-il facilement au toucher ?

**NON** 19. La cavité utérine présente-t-elle une anomalie anatomique interdisant la pose convenable du DIU ? une anomalie anatomique de la cavité utérine qui empêcherait une pose

**NON** 20. Vous a-t-il été impossible de déterminer la taille et la position de l'utérus ?

Si la réponse à toutes les questions 14 à 20 est **NON**, vous pouvez insérer un DIU.

Si la réponse à l'une des questions 14 à 20 est **OUI**, il ne faut pas insérer de DIU sans évaluation supplémentaire. Lisez les explications pour savoir comment procéder.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Family Health  
International  
© 2006

**9. Ces 3 derniers mois, avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel ?**

Les clientes qui ont de multiples partenaires sexuels courent un risque élevé d'IST. Si l'on ne peut pas écarter de manière fiable la possibilité d'une chlamydie et/ou d'une gonococcie, ces clientes ne sont pas de bonnes candidates à l'insertion d'un DIU. (*Lire la note concernant les questions 9 à 12.*)

**10. Ces 3 derniers mois, croyez-vous que votre partenaire a eu une autre partenaire ?**

Les clientes dont le partenaire a plus d'une partenaire sexuelle courent un risque accru de contracter une IST. Si l'on ne peut pas écarter de manière fiable la possibilité d'une chlamydie et/ou d'une gonococcie, ces clientes ne sont pas de bonnes candidates à l'insertion d'un DIU. Dans les situations où la polygamie est courante, le prestataire doit interroger la cliente sur les partenaires sexuels en dehors de l'union polygame. (*Lire la note concernant les questions 9 à 12.*)

**11. Ces 3 derniers mois, vous a-t-on dit que vous avez une IST ?**

La possibilité existe que ces clientes soient atteintes d'une chlamydie et/ou d'une gonococcie. Si l'on ne peut pas écarter de manière fiable la possibilité de ces IST, ces clientes ne sont pas de bonnes candidates à l'insertion d'un DIU. (*Lire la note concernant les questions 9 à 12.*)

**12. Ces 3 derniers mois, votre partenaire a-t-il appris qu'il avait une IST ou, à votre connaissance, en avait-il des symptômes – écoulement du pénis, par exemple ?**

(*Note : Cette question comporte deux parties. Une réponse affirmative à l'une comme aux deux parties de cette question restreint l'insertion d'un DIU.*)

Les clientes dont les partenaires ont une IST peuvent elles aussi être infectées. Si l'on ne peut pas écarter de manière fiable la possibilité d'une chlamydie et/ou d'une gonococcie, ces clientes ne sont pas de bonnes candidates à l'insertion d'un DIU. (*Lire la note concernant les questions 9 à 12.*)

**13. Etes-vous séropositive pour le VIH et avez-vous un sida avéré ?**

Cette question comporte deux parties, et il faut interroger la cliente sur les deux parties en même temps. Dans le cas d'une réponse affirmative aux deux parties, il faut lui demander si elle prend des antirétroviraux et puis s'assurer que son état clinique est satisfaisant. Si c'est le cas, il se pourrait que le DIU lui convienne. Sinon, le DIU n'est généralement pas recommandé, sauf s'il n'y a pas d'autres méthodes disponibles ou acceptables qui conviendraient mieux. On peut craindre que les clientes séropositives qui sont parvenues au stade du sida et qui ne prennent pas d'antirétroviraux courent un risque accru d'IST et de MIP en raison de la déficience de leur système immunitaire. L'utilisation du DIU pourrait accentuer ce risque. Si la femme est séropositive mais qu'elle n'a pas atteint le stade du sida avéré, l'insertion d'un DIU est généralement possible.

## Examen pelvien

**14. Y a-t-il un ulcère quelconque sur la vulve, le vagin ou le col de l'utérus ?**

Des ulcères ou des lésions sur les parties génitales peuvent indiquer la présence d'une IST. Une IST ulcéreuse n'est pas en soi une contre-indication à l'insertion d'un DIU, mais elle peut signaler que la femme court un risque individuel élevé d'IST. Dans un tel cas, le DIU n'est généralement pas recommandé et il faut diagnostiquer et traiter le problème. Toutefois, l'insertion d'un DIU est toujours possible si l'on peut établir de manière fiable l'absence d'une chlamydie et d'une gonococcie.

**15. Le déplacement du col provoque-t-il des douleurs dans le bas-ventre ?**

La sensibilité lors du déplacement du col est un signe de MIP. Les clientes atteintes d'une MIP ne doivent pas recourir au DIU. Il faut prescrire le traitement qui s'impose. Le cas échéant, il faut diriger la cliente vers un prestataire à un échelon supérieur ou vers un spécialiste. Il convient d'informer la cliente sur l'utilisation du préservatif et d'autres contraceptifs.

**16. Une sensibilité anxielle est-elle présente ?**

La présence d'une sensibilité anxielle et/ou d'une masse anxielle pourrait être un signe de tumeur maligne ou de MIP. Les clientes atteintes d'un cancer génital ou de MIP ne doivent pas recourir au DIU. Le cas échéant, il faut diagnostiquer et traiter le problème. Si nécessaire, il faut diriger la cliente vers un prestataire à un échelon supérieur ou vers un spécialiste.

**17. Y a-t-il des pertes purulentes au niveau du col ?**

Les pertes cervicales purulentes sont un signe de cervicite et peut-être aussi de MIP. Les clientes atteintes de cervicite ou de MIP ne doivent pas recourir au DIU. Au besoin, il faut prescrire un traitement. Si nécessaire, il faut diriger la cliente vers un prestataire à un échelon supérieur ou vers un spécialiste. Informer la cliente sur l'utilisation du préservatif.

**18. Le col saigne-t-il facilement au toucher ?**

Une friabilité du col peut indiquer une cervicite ou un cancer cervical. Les clientes atteintes de l'une ou l'autre de ces affections ne doivent pas se faire poser un DIU. Il faut prescrire un traitement et, si nécessaire, diriger la cliente vers un prestataire à un échelon supérieur ou vers un spécialiste. Si ces pathologies peuvent être écartées à la suite d'évaluations supplémentaires qui dépassent le cadre de la liste de contrôle, il est alors possible de procéder à l'insertion d'un DIU.

**19. La cavité utérine présente-t-elle une anomalie anatomique interdisant la pose convenable du DIU ?**

S'il existe une anomalie anatomique dans l'utérus, la pose peut s'avérer impossible. De plus, une sténose (rétrécissement) du col peut empêcher l'insertion d'un DIU.

**20. Vous a-t-il été impossible de déterminer la taille et la position de l'utérus ?**

La détermination de la taille et de la position utérines est essentielle avant la pose d'un DIU. Elle permet de placer le dispositif bien au fond de la cavité utérine et de réduire le risque de perforation.

**Former un noyau de prestataires :** d'ordinaire, les programmes forment de nombreux prestataires à différents niveaux professionnels à la pose et au retrait des DIU (204). En dépit de leur formation, certains prestataires hésitent à fournir des DIU car cela exige davantage de temps et d'effort que d'autres méthodes contraceptives réversibles (85, 108, 200, 231). En outre, à moins que les prestataires ne reçoivent des clientes de façon régulière, ils perdent rapidement leurs compétences et leurs aptitudes.

Une autre façon de procéder consiste à former un noyau de prestataires à la pose des DIU, leur apporter un appui et une orientation constants et aiguiller les clientes vers ces prestataires. Cette démarche permet de garantir que les prestataires recevront suffisamment de clientes pour entretenir leurs compétences de pose et de retrait des DIU (196). Les programmes économisent également de l'argent car ils forment un moins grand nombre de prestataires. Et enfin, mais surtout, cette démarche garantit aux clientes des

## Le point **De bonnes prestations-conseil renforcent la satisfaction des clientes**

Des prestations-conseil informatives, axées sur les besoins des clientes, leur permettent de faire des choix de qualité et augmentent l'utilisation couronnée de succès de méthodes contraceptives (193). Les femmes qui bénéficient de conseils de qualité sont plus satisfaites de la méthode choisie (9, 190) et s'en servent plus longtemps que les femmes ayant reçu de mauvaises prestations-conseil (2, 37, 73, 119, 227). Chez les utilisatrices de DIU au cuivre, hormonaux, de contraceptifs injectables et d'implants, les femmes ayant bénéficié de prestations conseil de qualité sur la modification éventuelle des règles sont plus à même de bien tolérer ces changements et d'être satisfaites de la méthode choisie (2, 9, 12, 80, 119, 211).

Des prestations-conseil de qualité s'appuient sur un partenariat entre la cliente et le prestataire, où les informations sont échangées, les questions posées et leurs réponses données librement (254). Les programmes de planning familial estimaient autrefois que les prestataires devaient fournir aux clientes un grand nombre d'informations sur toutes les méthodes, à égalité, pour aider ces dernières à faire un choix éclairé. Toutefois, cette démarche risque de surcharger la cliente d'informations inutiles sur des méthodes dont elle ne se sert pas et laisser peu de temps pour débattre de l'utilisation de la méthode choisie (120, 254).

Aujourd'hui, les programmes encouragent davantage la prestation-conseil axée sur la cliente, où les préoccupations, les souhaits et le confort de la cliente sont les plus importants et les souhaits de la cliente orientent le processus de conseil (254). Les prestataires formulent l'information selon les besoins et les préférences de la cliente. Par exemple, le prestataire doit avant tout s'axer sur la méthode souhaitée par la cliente, le cas échéant, tout en l'aidant à tenir compte de sa situation et de son mode de vie. En outre, la participation des partenaires des clientes, lorsqu'elle est possible et acceptée par la cliente, peut contribuer à une utilisation plus efficace de la méthode contraceptive choisie (290, 291, 297).

Lorsque la cliente exprime une préférence pour une méthode donnée, les prestataires et la cliente débattent de cette méthode de façon plus détaillée, afin de confirmer sa décision et l'aider à apprendre à se servir de la méthode correctement. Quelques informations importantes dont il convient que les prestataires débattent : les caractéristiques de la méthode, les critères d'éligibilité médicale, les effets secondaires éventuels, le mode d'emploi de la méthode, le moment de son démarrage et les éléments de mémorisation indispensables (266). Ces conseils ne sont pas simplement une présentation des faits par le prestataire ; en revanche, il s'agit d'une discussion de ce que ces informations signifient pour la cliente. Par exemple, le prestataire peut étudier, avec la cliente, si les changements de règles que produit le DIU seront trop difficiles pour elle ou s'ils généreront ses activités quotidiennes. Souhaitera-t-elle changer de méthode si elle est atteinte de ces effets secondaires ?

Citons les informations essentielles dont il convient de débattre avec une cliente qui choisit la méthode des DIU :

- Le mode de pose et de retrait du DIU (sur une maquette pelvienne si possible).
- Les effets secondaires potentiels (surtout le changement des règles) et autres problèmes possibles, tels que l'expulsion, la perforation et la salpingite.



- Comment la cliente pourra-t-elle vérifier que son DIU est en place en trouvant les fils du DIU.

- Quand et comment la pose se fera et qui procédera à l'opération.

Juste avant la pose, le prestataire de DIU doit expliquer en détail les étapes de la procédure :

- Le prestataire doit expliquer à la cliente qu'elle risque de ressentir des douleurs ou des crampes pendant la pose et pendant plusieurs jours après.
- Le prestataire doit encourager la cliente à lui dire, pendant l'opération, si elle a des douleurs.
- Le prestataire peut conseiller à la cliente de prendre de l'ibuprofène 30 minutes avant la pose du DIU et les jours qui suivent la pose, pour réduire les crampes et la douleur.

Après la pose, le prestataire doit :

- Donner à la cliente le nom du DIU, la date de pose et la date à laquelle il doit être retiré ou remplacé, de préférence par écrit, sur une carte d'information.
- Conseiller à la cliente de revenir lorsqu'elle le souhaite, y compris si le DIU lui pose des problèmes, si elle a des questions ou si elle souhaite qu'on retire le DIU, si elle pense que le DIU a changé de place, qu'elle est enceinte ou qu'elle a des symptômes de salpingite.
- Prévoir une visite normale de suivi, trois ou six semaines ou après les règles suivantes de la cliente, afin de parler de son DIU. Le prestataire doit expliquer que la visite ordinaire de suivi est l'occasion de vérifier qu'il n'y a pas de problème. Si une visite de suivi n'est pas possible, la pose du DIU reste faisable, à condition d'indiquer à la cliente où se rendre si elle a besoin de soins immédiats.

*Photo : les conseillères de planning familial apprennent à se servir d'un aide-mémoire, The Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers (Outil de prise de décision au service des clientes et des prestataires du planning familial) lors d'un atelier de formation pour les formateurs, concernant ici le moment approprié de la pose d'un DIU pour une cliente. Ces aide-mémoires permettent aux prestataires de savoir qu'ils fournissent à leurs clientes des informations et des recommandations complètes, uniformes et correctes. Photo : Sarah Johnson/OMS*

services de DIU de haute qualité assurés par des prestataires compétents.

Pour former des prestataires qui continueront à offrir des services de DIU, les programmes peuvent identifier et sélectionner ceux qui souhaitent desservir un grand nombre de clientes, ou qui les desservent déjà. Il est également important de sélectionner des prestataires dans des dispensaires bien situés pouvant desservir un grand nombre de clientes sans déplacement de longue durée. Les réseaux d'aiguillage garantissent que les clientes souhaitant un DIU se rendent dans ces dispensaires. Cette démarche fonctionne au Bangladesh, en Bolivie, en Inde et au Pakistan (204).

## Améliorer la perception des clientes concernant les DIU

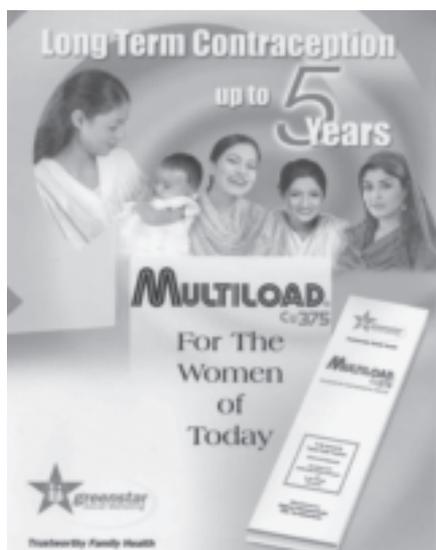
Même si les programmes sont prêts à fournir des DIU, nombre de femmes ne choisiront pas cette méthode si elles ne sont pas dûment informées ou si elles ont des perceptions négatives ou erronées. Dans 37 des 71 pays pour lesquels on dispose de données d'Enquêtes démographiques et de santé, les DIU étaient soit la méthode la moins connue ou l'avant-dernière méthode moderne connue (après la stérilisation masculine) chez les femmes mariées en âge de procréer (283). Dans 19 pays d'Afrique subsaharienne étudiés, en Haïti et en Mauritanie, moins de, la moitié des femmes interrogées avaient entendu parler des DIU. Une promotion insuffisante contribue à l'absence de connaissance, notamment en ce qui a trait aux produits pharmaceutiques tels que les injectables, qui bénéficient d'une attention accrue des médias (137).

Lorsque les clientes ont entendu parler des DIU, elles ont souvent des perceptions négatives à leur égard, fondées sur des effets secondaires réels, par exemple des règles plus abondantes dans le cas des DIU au cuivre. D'autres perceptions proviennent toutefois d'informations erronées, à fondement factuel limité. Selon les prestataires de planning familial interrogés aux quatre coins du monde, leurs clientes ont nombre de perceptions erronées, par exemple : les DIU sont de grande taille, ils peuvent dériver jusqu'au cœur, au cerveau ou autres endroits du corps, ils ne conviennent qu'aux femmes âgées ou à celles qui ont déjà des enfants (97).

Des campagnes de communication bien conçues peuvent amplifier la prise de conscience concernant les DIU et combattre les attitudes négatives. La participation des hommes à

ces campagnes est importante. Ils remplissent des fonctions importantes et parfois dominantes dans les décisions génésiques d'un couple (302). Citons quelques démarches qui se sont révélées efficaces :

- **des documents et des prestations-conseil éducatifs peu onéreux** : au Honduras, les centres sanitaires ruraux ont adopté une démarche simple et peu onéreuse pour amplifier la demande pour les DIU. Six aides-soignantes ont été formées à la pose des DIU et d'autres services de santé génésique ont offert des exposés de 10 minutes aux clientes, en groupe, concernant les nouveaux services offerts, y compris la pose de DIU. Chaque cliente est ensuite invitée à distribuer cinq prospectus concernant ces nouveaux services à ses amies et à ses voisines. Trois mois plus tard, le nombre de poses de DIU avait augmenté de 50 %. Tout le projet, y compris la formation, la supervision et la production de 25.000 prospectus ; n'a coûté que 950 dollars (64, 138).
- **le marquage** : au Pakistan, le réseau Greenstar de plus de 11.000 dispensaires privés, franchisés, situés dans 40 zones urbaines offre des services de planning familial de haute qualité, y compris de services de pose de DIU à des prix abordables (133). Les praticiens de Greenstar assurent des services de planning familial de qualité, remplissant les normes fixées par le franchiseur, une ONG locale nommée *Social Marketing Pakistan*. En retour, *Social Marketing Pakistan* apporte aux franchisés une formation et un appui et commercialise la marque Greenstar pour attirer les clientes. En 1997, deux ans après le démarrage du programme, 93 % des personnes interrogées dans les quartiers urbains économiquement faibles reconnaissent le logo de Greenstar comme un symbole de services de planning familial de qualité et abordables (178). Les prestataires Greenstar desservent environ 7,5 millions de clientes du planning familial par an. Les efforts de Greenstar ont permis d'améliorer la prévalence des contraceptifs chez les femmes mariées au Pakistan, passant de 18 à 28 %, de 1995 à 2001. Bien que le niveau d'ensemble d'utilisation des DIU au Pakistan reste relativement faible, il a presque doublé, passant de 2 à 4 % pendant cette même période (141).
- **des « champions » pour promouvoir les DIU** : les campagnes de communication se servent parfois de « champions » pour éduquer les populations et encourager les femmes à envisager la méthode. Au cours des années 1980, au Sri Lanka, des équipes composées d'une sage-femme et d'une utilisatrice de DIU satisfaite ont recruté, sur une période de 13 mois, près de 2/3 d'utilisatrices de plus que les sages-femmes travaillant seules (60). Au Kenya, le ministère de la Santé utilise des superviseurs de district pour promouvoir le renforcement des prestations-conseil sur les DIU auprès des prestataires dans les dispensaires et les programmes de distribution communautaires (cf. encadré p. 8 et 9).
- **l'information communautaire** : en Égypte, des équipes volantes, composées d'un médecin femme, d'une infirmière, d'un spécialiste de la communication et d'une assistante sociale, se sont rendues périodiquement dans les centres de santé ruraux pour fournir des services de DIU aux clientes (295). En plus d'accroître l'accès aux DIU pour les clientes, les équipes mobiles ont également amélioré les connaissances des femmes sur les DIU et leurs effets secondaires potentiels. Au Kenya, les dirigeants locaux et les prestataires s'efforcent de réfuter les mythes et les perceptions erronées concernant les DIU, en abordant les préoccupations des hommes et des femmes dans le cadre de forums communautaires et d'émissions radio (cf. encadré p. 8 et 9).



*Les produits et les services positionnés par le marketing, à l'instar du programme Greenstar au Pakistan, peuvent aider à attirer les clientes. Ces dernières reconnaissent le logo de Greenstar comme étant le symbole de services de planning familial abordables et de haute qualité.*

# DIU : un risque d'infection dans l'ensemble très faible

L'une des questions les plus fréquentes concernant les DIU reste de savoir s'ils augmentent les risques de salpingite ou pas. Les organismes infectieux, le plus souvent ceux qui provoquent la gonorrhée ou la chlamydia, sont la cause directe de la salpingite (232, 272)<sup>2</sup>. La majorité des éléments probants indique qu'une femme qui ne souffre pas déjà d'une IST, en particulier la gonorrhée ou la chlamydia, ne peut contracter une salpingite par la simple pose d'un DIU. On ignore toutefois si le DIU augmente le risque de salpingite chez une femme atteinte de gonorrhée ou de chlamydia au-delà du risque ordinaire posé par la présence de ces IST. L'étude idéale qui répondrait à cette question une fois pour toutes ne peut être réalisée car elle exigerait d'affecter de façon aléatoire les femmes atteintes de gonorrhée ou de chlamydia soit à un groupe se faisant poser un DIU soit à un groupe ne recevant aucune contraception.

L'évaluation d'une série d'éléments probants provenant de différentes sources mène aux conclusions suivantes :

**Les niveaux de salpingites chez les utilisatrices de DIU sont faibles :** dans les grandes études, principalement dans les pays en développement, les taux de salpingite aiguës chez les utilisatrices de DIU se situent entre 0,6 et 1,6 par 1.000 années-femmes<sup>3</sup> (50, 96). Les études multicentriques de longue durée de l'OMS signalent 4 à 11 retraits de DIU pour les salpingites diagnostiquées, pour 1.000 femmes, sur une période d'utilisation de 10 à 12 ans (249, 267)<sup>4</sup>. Bien qu'il soit difficile de déterminer les taux de salpingite dans la population générale, selon les études effectuées auprès des femmes dans les pays développés, les taux vont de 10 à 17 pour 1.000 années-femmes (207, 258).

**Le risque de salpingite le plus élevé se situe dans les premières semaines qui suivent la pose du DIU :** selon l'analyse des données de 13 essais cliniques de l'OMS, réalisés en Afrique, en Amérique, en Asie et en Europe, le risque de salpingite est 6,3 fois plus important pendant les 20 jours qui suivent la pose du DIU qu'à tout autre moment ultérieur (50). Lorsque 20 jours se sont écoulés après la pose du DIU, le nombre de nouveaux cas de salpingite surgissant chaque

année se maintient à un niveau relativement faible, c'est-à-dire 1,4 par 1.000 années-femmes, au cours des huit années d'utilisation (cf. figure 2, p. 20). Ce faible niveau est analogue, voire inférieur à celui des femmes dans les pays développés qui n'utilisent pas les DIU (207, 258).

**Le risque de salpingite est dans doute lié à la présence d'une IST au moment de la pose du DIU :** selon la même analyse des essais cliniques de l'OMS, et ce n'est pas surprenant, les taux de salpingite chez les utilisatrices de DIU semblent varier selon la prévalence des IST au sein de la population (50). Il n'y avait aucun cas de salpingite parmi les 4.300 utilisatrices de DIU en Chine. Au cours des années 1980, période de la réalisation des études, la plupart des couples chinois étaient considérés comme réciproquement monogames (82) et le pays quasiment dénué d'IST (282). Par comparaison, en Afrique, où les IST sont beaucoup plus courantes, on a trouvé huit cas de salpingite parmi les 846 utilisatrices de DIU, soit un taux de six cas par 1.000 années-femmes (50). Cela indiquerait que le risque accru de salpingite est associé à la présence de gonorrhée ou de chlamydia au moment de la pose du DIU. Le processus de pose pousse sans doute les organismes des voies génitales inférieures aux voies supérieures, où la salpingite se développe. Si les organismes sont des bactéries présentes normalement dans les voies génitales, il semble alors qu'un mécanisme élimine automatiquement et rapidement cette contamination de l'utérus, à la suite du processus de pose, sans qu'une infection se produise (143). Toutefois, si une gonorrhée ou une chlamydia est présente dans les voies génitales inférieures, une salpingite peut se développer.

*Une femme qui n'est pas déjà atteinte de gonorrhée ou de chlamydia ne peut contracter une salpingite des suites de la simple pose d'un DIU.*

**A l'exception des premières semaines qui suivent la pose d'un DIU, une IST n'est pas plus susceptible de se développer en salpingite chez une utilisatrice de DIU que chez une autre femme :** selon les données de six petites études auprès de femmes atteintes de gonorrhée ou de chlamydia utilisatrices de DIU (57, 147, 163, 210, 222, 255), les pourcentages de salpingite survenue entre un mois et deux ans après la pose du DIU (0 à 5 %)<sup>5</sup> sont comparables aux niveaux de salpingites chez les femmes dans la population générale, atteintes de gonorrhée ou de chlamydia mal ou pas soignée (166, 176, 228). Cette comparaison indirecte, associée aux éléments probants indiquant un faible niveau relativement constant de salpingite 20 jours après la pose (cf. ci-dessus), indiquerait qu'après les premières semaines qui suivent l'insertion, il n'existe pas de risque accru d'évolution d'une IST en salpingite pour les utilisatrices de DIU par rapport aux autres femmes atteintes d'IST (145).

Selon un modèle mathématique qui tient compte des données sur la prévalence des IST et l'évaluation des risques de salpin-

<sup>2</sup>Selon certains chercheurs, la vaginite bactérienne (VB) pourrait produire la salpingite et, en outre, les utilisatrices de DIU sont plus à même de contracter une VB (11, 70, 90, 104, 105, 139). Certaines études démontrent que si la VB est courante chez les femmes atteintes de salpingite, il n'existe pas d'éléments probants prouvant que la VB provoque la salpingite (116). Une étude récente a suivi les femmes courant un risque élevé d'IST pendant trois ans en moyenne et n'a relevé aucun risque global accru de salpingite chez les femmes atteintes de VB (152).

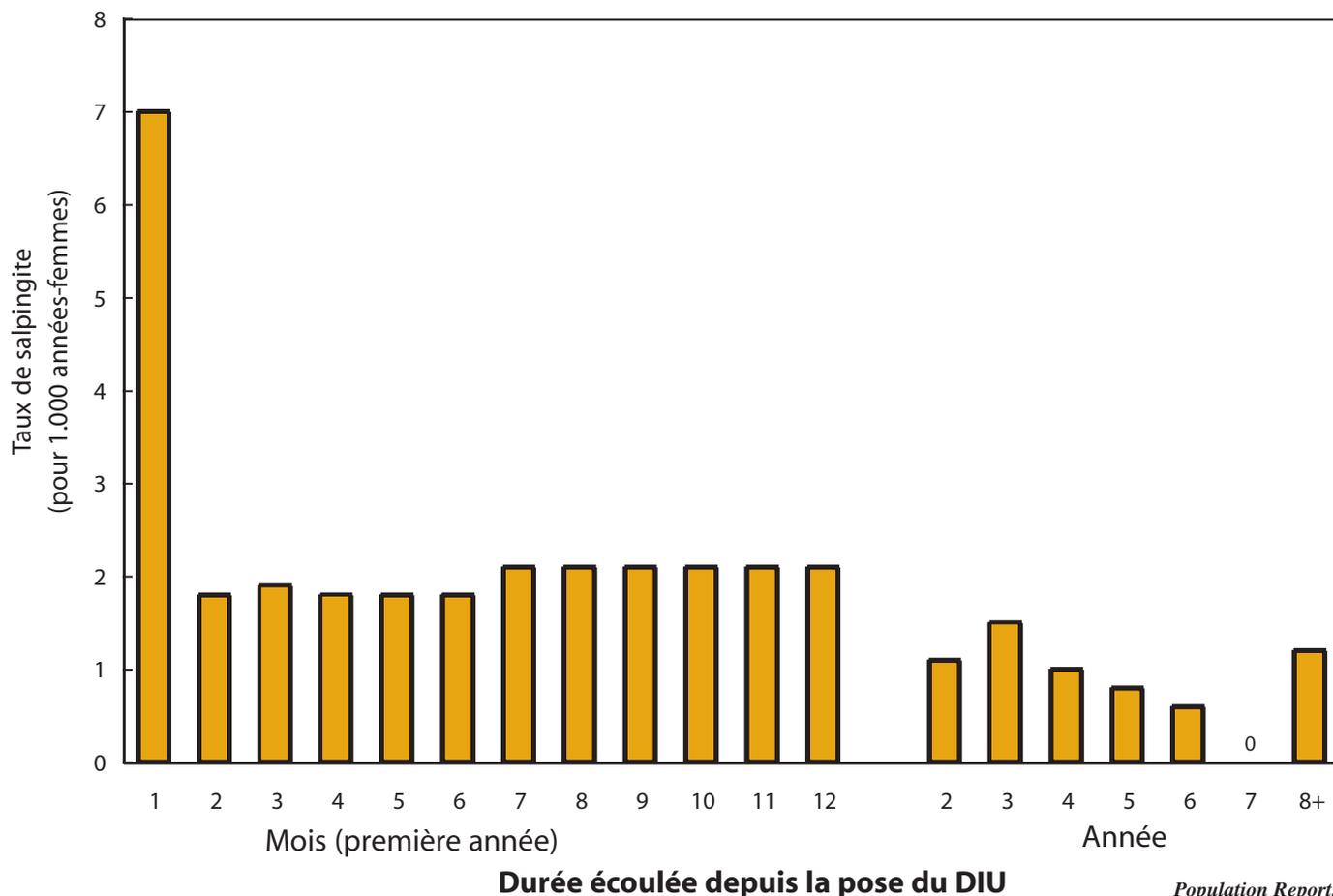
<sup>3</sup>Une « année-femme » est une estimation du laps de temps réel à risque que toutes les femmes ont contribué à une étude. Elle est calculée, dans notre cas, en additionnant la durée à risque de salpingite de chaque utilisatrice de DIU, du début de l'étude jusqu'à un diagnostic de salpingite ou la conclusion de l'étude, le premier des deux faisant foi.

<sup>4</sup>Les nouvelles recommandations des *Critères d'éligibilité médicale pour l'usage des contraceptifs 2004 préparés par l'OMS* indiquent qu'il n'est d'ordinaire pas nécessaire de retirer le DIU si la cliente souhaite continuer à l'utiliser pendant son traitement contre la salpingite (268). Cela ne change rien à l'évolution clinique de la salpingite, une fois traitée, que le DIU soit retiré ou pas (4, 292, 299, 301).

<sup>5</sup>Avec une définition plus large de la salpingite pour inclure les femmes présentant des douleurs légères du pelvis, sans fièvre toutefois, le niveau le plus élevé de ces études pourrait se situer à 10 % (145).

## Figure 2. Risque de salpingite plus important dans les premières semaines qui suivent la pose d'un DIU

Taux de salpingite par durée après la pose du DIU, dans 13 essais cliniques de l'OMS



Source : Farley, Rosenberg, Rowe, Chen et Meirik 1992 (50)

Population Reports

gite tirées d'autres études, les utilisatrices de DIU courent de fait un faible risque de salpingite (205). Selon l'estimation du modèle, 0,3 % de risque de salpingite est attribuable aux DIU, dans un contexte de prévalence des IST de 10 %, si les clientes ne font pas l'objet d'un dépistage avant la pose. C'est-à-dire, quelque 3 cas de salpingite de plus sur 1.000 femmes utilisatrices de DIU (en d'autres termes, 997 femmes sur 1.000 utilisatrices de DIU ne contracteraient pas de salpingite). Si l'utilisation de DIU se restreignait aux clientes jugées ne courir qu'un faible risque d'IST, à partir des questions d'évaluation des risques (cf. p. 22), le risque attribuable estimatif chuterait à 0,15 %, c'est-à-dire moins de 2 femmes sur 1.000 contracteraient une salpingite liée à la pose d'un DIU.

### La recommandation de l'OMS permet à davantage de femmes d'utiliser des DIU

Selon la recommandation actuelle de l'OMS, les femmes atteintes de salpingite, gonorrhée, chlamydia ou cervicite purulente ne devraient pas se faire poser un DIU (cf. encadré, p. 10). (La cervicite purulente est une infection du col de l'utérus, accompagnée de pertes purulentes de l'ouverture du col. Il peut s'agir d'un signe de gonorrhée ou de chlamydia). En revanche, les femmes qui contractent ces pathogénies alors qu'elles sont déjà utilisatrices de DIU, peuvent conserver

leur DIU pendant le traitement de leur infection. Les femmes qui courent un risque individuel élevé d'exposition à la gonorrhée ou à la chlamydia ne doivent pas se faire poser un DIU à moins que d'autres méthodes contraceptives plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables (268).

Les modifications apportées à la recommandation de l'OMS permettent maintenant à toutes les femmes atteintes d'IST autres que la gonorrhée, la chlamydia ou la cervicite purulente, de bénéficier de la pose d'un DIU. En outre, une femme qui vit dans une région où les IST sont courantes peut, en général, bénéficier de la pose d'un DIU à condition de ne pas courir elle-même un risque élevé de gonorrhée ou de chlamydia (268). Cette recommandation permet également aux femmes à risque d'infection à VIH, ou séropositives, d'utiliser un DIU (cf. encadré p. 21).

La recommandation excluant la pose d'un DIU chez une femme courant un risque élevé de gonorrhée ou de chlamydia reflète la préoccupation selon laquelle cette femme pourrait être *actuellement* atteinte de gonorrhée ou de chlamydia, sans symptôme immédiat toutefois. Seules des analyses de laboratoires peuvent détecter ces infections silencieuses et, dans de nombreux endroits, ces analyses ne sont pas disponibles (cf. p. 22).

## DIU : aucun accroissement sensible du risque d'infertilité

Les complications des salpingites peuvent être graves. Une salpingite peut endommager de façon permanente la paroi intérieure des trompes de Fallope, obstruer complètement ou en partie une trompe ou les deux et provoquer l'infécondité. Selon des études de conception de qualité, il n'existe aucune augmentation de l'infécondité associée à l'utilisation des DIU (77, 79). Dans de nombreuses études de cohortes, 72 à 96 % des femmes sont tombées enceintes dans l'année qui a suivi le retrait de leur DIU (244). Ces niveaux sont comparables à ceux des femmes qui n'ont jamais eu recours à la contraception (244). Ces observations vont dans le droit fil des conclusions selon lesquelles le risque absolu de salpingite chez les utilisatrices de DIU est faible.

L'étude la plus récente porte sur les femmes qui n'ont pas d'enfant pour savoir si celles dont les trompes de Fallope étaient obstruées étaient plus à même d'avoir utilisé un DIU que les femmes enceintes. Les femmes sans enfant, atteintes d'obstruction des trompes de Fallope n'étaient pas plus à même d'avoir utilisé un DIU que les femmes sans enfant sans obstruction des trompes de Fallope et que les femmes enceintes. Les femmes sans enfant, aux trompes de Fallope obstruées ou pas, étaient plus à même d'avoir été exposées à une chlamydia toutefois que les femmes enceintes. Cette conclusion confirme que l'exposition aux IST, spécifiquement à la chlamydia, augmente le risque d'infécondité (94).

Selon une autre étude parmi les femmes n'ayant pas eu d'enfant, les utilisatrices de DIU prenaient plus longtemps à avoir un enfant après avoir retiré leur DIU que les utilisatrices de

## Les DIU accroissent-ils le risque de salpingite chez les femmes atteintes d'IST ?



- Selon les études de longue durée auprès des utilisatrices de DIU, le risque de salpingite est faible, et analogue à celui de la population générale.
- La pose d'un DIU chez une femme atteinte de gonorrhée ou de chlamydia semble augmenter le risque de salpingite dans les 20 premiers jours qui suivent la pose.
- Selon l'analyse d'éléments indirects, tirés d'études de petite taille, il semblerait qu'à l'exception des premières semaines qui suivent la pose du DIU, une IST n'est pas plus susceptible de se transformer en salpingite chez une porteuse de DIU que chez une autre femme.

DIU de longue durée (39). Une utilisation antérieure de contraceptifs oraux ou de méthodes de barrière n'avait pas d'incidence sur le délai de grossesse.

Les nombreux problèmes de cette étude ont été soulignés. Il s'agit notamment de différences pertinentes entre les utilisatrices de DIU et les autres femmes dans le cadre de l'étude, le manque d'information sur celles qui auraient pu être atteintes d'IST au moment de la pose et l'absence d'information sur la cause du différé de grossesse, d'obstruction des trompes de Fallope ou d'un autre motif (78). En outre, les conclusions ne s'appliquent pas toujours aux DIU actuels. Pendant les années 1980, période du recueil de ces données, la plupart des DIU utilisés par les femmes dans le cadre de l'étude devaient être remplacés tous les deux ou trois ans, sans doute avec un risque d'infection accru à la suite de chaque pose (81).

## Selon les éléments probants, de nombreuses femmes atteintes de VIH peuvent utiliser un DIU

Selon les nouvelles recommandations de l'OM, de nombreuses femmes atteintes de pathogénies liées au VIH peuvent commencer à utiliser un DIU (cf. p. 10) (268). Les recommandations antérieures avaient écarté, à partir de préoccupations théoriques, l'utilisation d'un DIU pour ces femmes, à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou pas acceptables (181). Il convient que les prestataires indiquent toutefois clairement à ces femmes que les DIU ne protègent pas des IST ni du VIH et qu'une utilisation constante et correcte des préservatifs reste nécessaire pour éviter la transmission d'infections à leurs partenaires.

Les nouvelles recommandations de l'OMS reflètent une gamme d'éléments probants récents :

- Bien que peu d'études relèvent une association entre l'utilisation de DIU et l'infection au VIH (107, 154), selon la grande majorité des recherches, les DIU n'augmentent pas les risques, pour les femmes, de contracter une infection au VIH (25, 43, 106, 130–132, 167, 208, 225).
- Selon une étude kenyane, les complications à la suite de la pose d'un DIU ne sont pas sensiblement plus courantes chez les femmes atteintes du VIH que chez celles qui ne le sont pas. Il n'existe pas de différence dans les taux globaux de complications (salpingite, expulsion du DIU, grossesse en dépit du DIU, retrait du DIU pour cause d'infection, douleur ou saignement, conjugués) quatre mois ou deux ans après la pose du DIU (209). Le nombre de cas de salpingite était minime et, deux ans plus tard, les taux de salpingite étaient faibles dans les deux groupes. Le taux

était plus élevé chez les utilisatrices de DIU atteintes d'une infection au VIH (1,4 par rapport à 0,2 % à quatre mois et 2,0 % par rapport à 0,4 % au bout de deux ans). Ces différences n'étaient pas importantes du point de vue statistique (148, 209).

- selon une étude des cohortes dans neuf pays européens, sur quatre ans, les DIU n'augmentent pas le risque de transmission du VIH, entre les femmes séropositives et leurs partenaires non infectés, au-dessus du risque inhérent aux rapports sexuels vaginaux sans protection (43). Les deux études ont examiné l'excrétion des cellules cervicales séropositives et n'ont pas relevé d'excrétion accrue en raison de l'utilisation d'un DIU (149, 180).

Les nouvelles recommandations de l'OMS, fondées sur ces recherches récentes, devraient rassurer les prestataires : de nombreuses femmes séropositives ou sidéennes peuvent, globalement, utiliser un DIU. Certains prestataires pourraient hésiter à fournir un DIU aux femmes atteintes de pathogénies liées au VIH car ils s'inquiètent de la transmission de l'infection d'une cliente à une autre, ou de contracter l'infection eux-mêmes au cours de l'opération de pose (231). Il conviendrait d'orienter ces prestataires : le risque d'infection au VIH au cours d'une opération clinique telle qu'un examen gynécologique, pose d'un DIU et injection, est faible, les prestataires peuvent prendre des mesures pour réduire au minimum ce risque en suivant les précautions universelles, par exemple le port de barrières de protection telles que des gants et des blouses, le lavage des mains avant et après les opérations et la désinfection des instruments (284, 304).

# Réduire au minimum le risque d'infection

Les analyses de laboratoire concernant les IST pourraient contribuer à une utilisation plus sûre des DIU (269) selon l'OMS, mais ces analyses ne sont d'ordinaire pas faisables pour cause d'absence de laboratoires, de matériel et de personnel formé (265). Les programmes et les prestataires doivent soulever les risques de non réalisation de ces analyses et les avantages de la mise à disposition des DIU (269). Refuser aux femmes le choix des DIU en l'absence d'analyses de laboratoire concernant les IST interdirait à la grande majorité d'entre elles une méthode qu'elles pourraient utiliser de façon sûre et constituerait un obstacle médical inutile.

Puisque les analyses pour les IST ne sont d'ordinaire pas disponibles, selon la recommandation de l'OMS, l'évaluation des risques et un examen physique sont essentiels à l'utilisation sûre des DIU (269). Les évaluations de risque traditionnellement se fondent sur les réponses des clientes concernant leur comportement sexuel et celui de leur partenaire. L'auto-évaluation des risques d'IST par la cliente constitue une autre démarche.

***Refuser aux femmes le choix des DIU en l'absence d'analyses de laboratoire sur les IST interdirait à la grande majorité des femmes une méthode qu'elles pourraient utiliser de façon sûre.***

L'évaluation de risque semble, certes, s'axer sur la probabilité future d'une IST chez une femme, mais son but réel, en ce qui concerne la pose d'un DIU, consiste à jauger si elle pourrait être atteinte à l'heure actuelle d'une gonorrhée ou d'une chlamydia, ce qui écarte la pose d'un DIU. Un examen pelvien permet d'identifier certaines des femmes atteintes de gonorrhée ou de chlamydia, mais ces infections ne présentent souvent aucun symptôme chez les femmes. Ainsi, un examen pelvien qui ne relève aucun symptôme n'écarte pas, en soi, la présence d'une infection.

## **Les comportements à risque peuvent indiquer le risque d'IST d'une femme**

La difficulté se présente lorsqu'il s'agit de décider ce qui indique un risque très élevé d'IST, et en particulier de gonorrhée ou de chlamydia. Les indicateurs d'IST diffèrent selon les communautés, les schémas de comportement sexuel et d'autres facteurs (147, 162, 265). Toutefois, peu de programmes de planning familial possèdent les ressources pour mettre au point, localement, des outils validés pour évaluer les risques individuels d'IST des femmes.

Dans ces situations, les prestataires peuvent en tout et pour tout débattre des comportements ou des situations dans leurs communautés qui sont, selon eux, les plus à même

d'exposer les femmes aux IST. Citons quelques exemples de comportements à risque courants :

- diagnostic d'IST au cours des trois derniers mois
- diagnostic d'IST du partenaire au cours des trois derniers mois
- partenaire atteint de symptômes d'IST notamment douleurs ou sensation de brûlure pendant la miction, chancre dans la région génitale ou pertes de pus du pénis
- plus d'un partenaire sexuel au cours des trois derniers mois sans utilisation constante de préservatifs
- rapports sexuels non protégés avec un partenaire qui a eu plus d'une partenaire au cours des trois derniers mois (305).

Certaines situations indiquent la possibilité de ces comportements à risque. Par exemple, si un homme travaille loin de son foyer pendant de longues périodes, il est plus à même d'avoir eu d'autres partenaires sexuelles. Les prestataires peuvent aborder les situations qui sont pertinentes, au niveau local, à partir de leur connaissance de leurs clientes ou à partir des recommandations du programme ou du dispensaire.

La liste de pointage établie par Family Health International, pour cerner les clientes potentielles de DIU, pourrait être utile aux programmes (cf. p. 13 à 16). Grâce à cette liste de pointage, le prestataire peut évaluer si la cliente est atteinte de pathogénies qui écarteraient la possibilité d'utilisation d'un DIU, en lui posant tout d'abord une série de questions auxquelles elle doit répondre par oui ou par non, puis en effectuant un examen pelvien. Certaines questions posées par le prestataire à la cliente ont trait à son risque d'IST, à partir des comportements à risque cités ci-dessus. Si ses réponses n'indiquent pas de risque individuel élevé d'exposition aux IST, le prestataire passe à l'examen du col de l'utérus, à la recherche de signes d'infection, avant qu'un DIU ne puisse être posé.

## **Les examens pelviens dépistent certaines infections du col de l'utérus, mais pas toutes**

Lorsque les analyses de laboratoire ne sont pas disponibles, l'OMS recommande que les prestataires procèdent à un examen soigneux au spéculum, à la recherche de signes de gonorrhée ou de chlamydia, notamment :

- des pertes muco-purulentes (pertes jaunâtres contenant du mucus et du pus)
- le col de l'utérus saigne facilement s'il est touché avec un porte-coton, ou
- un test du porte-coton positif, le prélèvement de cellules du canal endocervical semble jaune sur un fond de papier blanc (270). (Selon certains experts, le test du porte-coton n'est pas fiable pour détecter les infections endocervicales (123, 172, 185, 202) car il ne tient compte que de la couleur et non pas

de l'uniformité des pertes (123) et parce qu'il exige des prestataires formés à l'évaluation du porte-coton (185).

L'OMS recommande que le prestataire traite toute femme présentant l'un de ces trois symptômes contre une gonorrhée et une chlamydia et qu'il diffère la pose du DIU jusqu'à ce qu'elle termine son traitement et qu'elle ne présente plus de signe d'infection (270).

Toutefois, la plupart des infections féminines ne présentent pas de symptôme. Selon la recherche, ces trois signes permettent uniquement de détecter 30 à 40 % des infections endocervicales dans des conditions d'étude idéales. Les prestataires opérant dans des conditions cliniques typiques pourraient détecter un pourcentage encore inférieur d'infections (270). À ce jour, il n'existe pas d'option simple, peu onéreuse et exacte qui puisse se substituer aux analyses diagnostiques de laboratoire pour les IST.

L'auto-évaluation, par les femmes, de leur risque d'IST pourrait mieux indiquer la présence d'une infection que les résultats d'un examen physique, une fois que les femmes sont informées de ce qu'est un comportement à risque. Dans une étude à Mexico, les clientes du planning familial ont pris part à des sessions individuelles, de 20 minutes d'information avec une infirmière. Les sessions ont englobé différentes méthodes contraceptives, y compris les DIU, les IST et les comportements à risque. Chaque femme a ensuite choisi la méthode contraceptive la plus appropriée pour elle. Entretemps, les médecins ont noté si ces femmes pourraient recevoir un DIU en se fondant uniquement sur les résultats d'un examen physique, comprenant un examen pelvien. Selon les analyses de laboratoire, les spécimens cervicaux de ces femmes indiquaient que 2 % d'entre elles avaient la gonorrhée ou la chlamydia. Les médecins avaient approuvé, de façon erronée, l'utilisation d'un DIU pour 87 % de ces femmes. Un pourcentage bien moindre des femmes elles-mêmes, 48 % de celles atteintes de gonorrhée ou de chlamydia, ont choisi un DIU à bon escient (118).

**L'auto-évaluation, par les femmes, de leur risque d'IST pourrait mieux indiquer la présence d'une infection que les résultats d'un examen physique.**

## Les soins réduiraient le risque d'infection lors de la pose du DIU

Les prestataires peuvent réduire le risque d'infection au cours de la pose du DIU et réduire au minimum ainsi les complications liées aux infections et ce, grâce à :

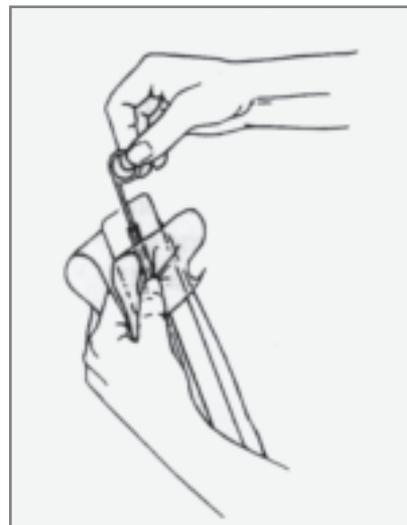
- une évaluation de la cliente ou en lui demandant d'évaluer son risque individuel d'exposition aux IST (cf. p. 22)
- un examen soigneux au spéculum, juste avant la pose du DIU, à la recherche d'une infection cervicale (cf. p. 22).
- des procédures ordinaires, soigneuses, de prévention des infections, lors des examens pelviens et de la pose du DIU, y compris la technique d'insertion « sans toucher », c'est-à-dire en ne touchant pas avec le DIU ou la sonde utérine une surface non-stérile (par exemple les mains, le spéculum, la paroi vaginale, la table). Il s'agit là de (1) mettre le DIU dans l'inséreur en les gardant tous deux dans leur emballage stérile, pour éviter de toucher directement le DIU, et (2) de faire passer la sonde utérine et le DIU dans l'inséreur par l'ouverture du col de l'utérus, tout en évitant de toucher la paroi vaginale ou la lame du spéculum (102). En outre, s'il n'y a aucune autre opération à exécuter, par exemple un prélèvement de cellules endocervicales, l'examen bi-manuel avant l'inspection cervicale permet d'éviter d'introduire le spéculum deux fois et atténue la gêne pour la cliente (95).

## Une pose convenable du DIU réduit au minimum le risque de nombreuses complications de l'utilisation d'un DIU.

- Ne pas remplacer les DIU si ce n'est pas nécessaire, avant leur date de péremption, afin de réduire le nombre de retraits et de pose réitérés pour les utilisatrices de longue durée.
- Prendre en considération l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques, juste avant la pose, dans les contextes où les gonocoques et les chlamydias sont courants et le dépistage des IST limité, tout en sachant que l'utilisation courante de cette prophylaxie n'est pas recommandée (269). (Certains experts vont plus loin et recommandent un traitement pré-somptif pour la chlamydia et la gonorrhée avant la pose, où l'on donne aux clientes des DIU un traitement complet aux antibiotiques au lieu d'une dose prophylactique plus faible (82). La dose optimale de prophylaxie pour prévenir la salpingite est inconnue (300)).
- Informer toutes les utilisatrices de DIU des signes et des symptômes des IST et des salpingites et leur conseiller de revenir immédiatement en cas d'apparition de ces symptômes.
- Poser des questions sur les symptômes d'infection lors de la visite ordinaire de suivi prévue (trois à six semaines après la pose) et réaliser un examen pelvien s'il y a motif de présumer une infection. S'il existe des signes d'infection, la traiter sans attendre et laisser le DIU de la cliente en place pendant le traitement. Le dépistage et le traitement précoce permettent de prévenir l'évolution des IST en salpingite (89, 91, 159, 197, 256).

Une étape de la technique de pose « sans toucher » consiste à mettre le DIU dans le dispositif de pose alors que tous deux sont encore dans l'emballage stérile. Cette technique « sans toucher » réduit au minimum le risque de contamination de l'utérus pendant la pose du DIU.

De JPHPIEGO, IUD guidelines for family planning service programs: A problem-solving manual (Directives sur les DIU pour les programmes de planning familial : manuel de résolution des problèmes).



# Caractéristiques cliniques des DIU

La plupart des femmes utilisatrices de DIU sont très satisfaites de cette méthode (156, 198). De nombreuses femmes préfèrent les DIU car ils offrent une protection très efficace, de longue durée et facilement réversible, contre la grossesse. En outre, le DIU est commode et n'exige presque aucune précaution de la part de la femme une fois en place. En moyenne, les femmes utilisent les DIU plus longtemps que toute autre méthode contraceptive réversible (3, 18).

En ce qui concerne les stérilets en cuivre, des saignements accrus sont courants et constituent la principale raison médicale pour laquelle les femmes se font retirer leur DIU (244). D'autres effets secondaires et complications du port du DIU, y compris l'expulsion et la perforation de l'utérus, sont peu courants. Les chercheurs continuent à mettre au point et à l'essai de nouveaux DIU prometteurs pour une réduction du taux d'expulsion et des effets secondaires tout en simplifiant les procédures d'insertion. (Cf. *Population Reports*, « Nouveaux choix contraceptifs », séries M, numéro 19, avril 2005).

Une pose convenable du DIU réduit au minimum de nombreuses complications, notamment l'expulsion et la perforation. Lorsque la prestation de service est organisée pour que les clientes soient aiguillées vers un noyau de prestataires bien formés, pour entretenir leur niveau de compétence de pose et garantir une haute qualité de soins (cf. p. 17), ces prestataires recevront suffisamment de clientes pour avoir les compétences nécessaires pour gérer tout problème que pourraient rencontrer les utilisatrices de DIU. (Cf. encadré sur le Web : <http://www.populationreports.org/prf/fb7/fb7supplements> pour un aperçu des recommandations consensuelles concernant la gestion des problèmes d'utilisation des DIU, à partir de la mise à jour prochaine du manuel *Essentials of Contraceptive Technology*).

## L'une des méthodes les plus efficaces

Dans une grande étude multicentrique internationale parrainée par l'OMS, seules 4 femmes sur 1.000 utilisatrices du TCU-380A sont tombées enceintes la première année d'utilisation (249), c'est-à-dire 0,4 %. Des études antérieures signalent des taux de grossesse analogues, 3 à 8 femmes sur 1.000 tombent enceintes lors de la première année d'utilisation (0,3 à 0,8 %) (214, 216). Ces taux sont analogues à ceux de la stérilisation féminine, une autre méthode des plus efficaces du planning familial.

### ***L'efficacité des DIU est analogue à celle de la stérilisation féminine.***

Le DIU au levonorgestrel (DIU LNG) possède également des taux de grossesse très faibles en première année d'utilisation. Entre une et trois femmes sur 1.000 tombent enceintes la première année (0,1 à 0,3 %) (125, 214). Les résultats préliminaires d'une étude internationale importante de l'OMS, comparant le TCU-380A et le DIU LNG, indiquent que le DIU LNG est plus efficace (267). Au bout de six ans d'utilisation, au total quatre femmes sur 1.000 porteuses du DIU LNG tombent enceintes contre 20 femmes sur 1.000 utilisatrices du TCU-380A.

## Les DIU au cuivre augmentent les saignements

Les DIU au cuivre augmentent le volume des règles de 20 à 50 % (244). Des règles plus abondantes, souvent douloureuses, constituent le problème le plus souvent signalé par les femmes concernant le port des DIU en cuivre. Nombre de femmes qui signalent cette difficulté conservent néanmoins leur DIU (52). Les taux généraux de retrait pour cause de saignement et/ou de douleur à 12 mois de port, vont de 1 à 17 sur 100 femmes dans les grands essais cliniques du TCU-380A et autres DIU au cuivre (51-54, 165, 177, 214, 249).

L'augmentation des saignements pourrait diminuer le niveau de fer dans le sang. Selon certaines études, il n'y aurait aucun changement du niveau de fer dans le sang avant et après la pose d'un DIU au cuivre (115, 182). Selon d'autres études, les porteuses de DIU ont un niveau moindre de fer dans le sang après la pose du DIU ou par rapport aux femmes qui n'utilisent aucune contraception (44, 56, 72, 87, 238). La diminution du niveau de fer dans le sang serait de 2 à 4 grammes par litre après 12 mois de port de DIU. La modification moyenne est faible, mais ces diminutions pourraient suffire à mener à un diagnostic d'anémie clinique chez les femmes qui possèdent déjà un niveau de fer dans le sang relativement faible avant la pose du DIU (87, 184) (cf. encadré sur le Web : <http://populationreports.org/prf/fb7/fb7supplements>). Selon l'OMS, le niveau normal de fer dans le sang chez les femmes non enceintes est de plus de 120 grammes par litre (263).

## Les DIU hormonaux diminuent les règles

Lors des trois premiers mois, et parfois plus, les utilisatrices de DIU LNG peuvent avoir des règles et des pertes beaucoup plus longues qu'avant la pose du DIU (7, 88, 235). Le volume et la durée des saignements diminuent progressivement toutefois car la dose constante de progestine entretient une paroi fine de l'utérus. De fait, 20 à 35 % des utilisatrices de DIU LNG n'ont aucune règle en fin de première année (7, 38, 69, 127, 161, 235). La diminution, ou l'absence de règles n'est pas nuisible et n'a pas d'incidence sur l'ovulation de la femme, ni sur les autres éléments de la fécondité, lorsque le DIU est retiré (155, 275, 276). De fait, le DIU LNG possède plusieurs applications thérapeutiques car il réduit les saignements (cf. tableau 1, p. 3).

L'information préalable des femmes, indiquant que le dispositif peut interrompre les règles, et que c'est inoffensif, est essentielle pour une utilisation couronnée de succès des DIU LNG. Les femmes qui reçoivent ces informations sont plus satisfaites de cette méthode que les femmes moins informées (9) et elles sont plus à même de continuer à s'en servir (7, 188). De fait, nombre de femmes considèrent que l'absence de règles est un avantage du DIU LNG et une raison pour continuer à s'en servir (188). Toutefois, certaines femmes ne peuvent accepter l'absence possible de règles. Pour ces femmes, les prestataires peuvent proposer le DIU au cuivre ou d'autres méthodes contraceptives.

# Aide-conseil pour communiquer l'efficacité des DIU

La Paling Palette® ci-dessous illustre le risque de grossesse d'une femme au cours de la première année du port du DIU hormonal (DIU LNG) et du DIU Tcu-380A. Cette représentation montre 1.000 femmes. Sur 1.000 femmes, 1 à 3 femmes tomberaient enceintes pendant l'utilisation du DIU LNG (125, 214), ou 3 à 8 d'entre elles tomberaient enceintes pendant l'utilisation du TCU-380A (214, 216, 249). Les prestataires de planning familial peuvent utiliser ces outils afin de présenter, visuellement à leurs clientes, les risques de grossesse, au lieu de montrer des chiffres, difficiles à saisir. Si une femme considère la possibilité d'un TCU-380A, par exemple, les prestataires peuvent indiquer que 992 à 997 femmes sur 1.000 ne tomberont pas enceintes au cours de la première année d'utilisation.

*Population Reports* souhaite recevoir un feedback sur l'utilité de cet outil de la part des prestataires. Veuillez envoyer vos observations à [proprepts@jhuccp.org](mailto:proprepts@jhuccp.org). Veuillez consulter le site Web de *Population Reports* ([www.populationreports.org/b7](http://www.populationreports.org/b7)) pour y voir un échantillon des réponses reçues.

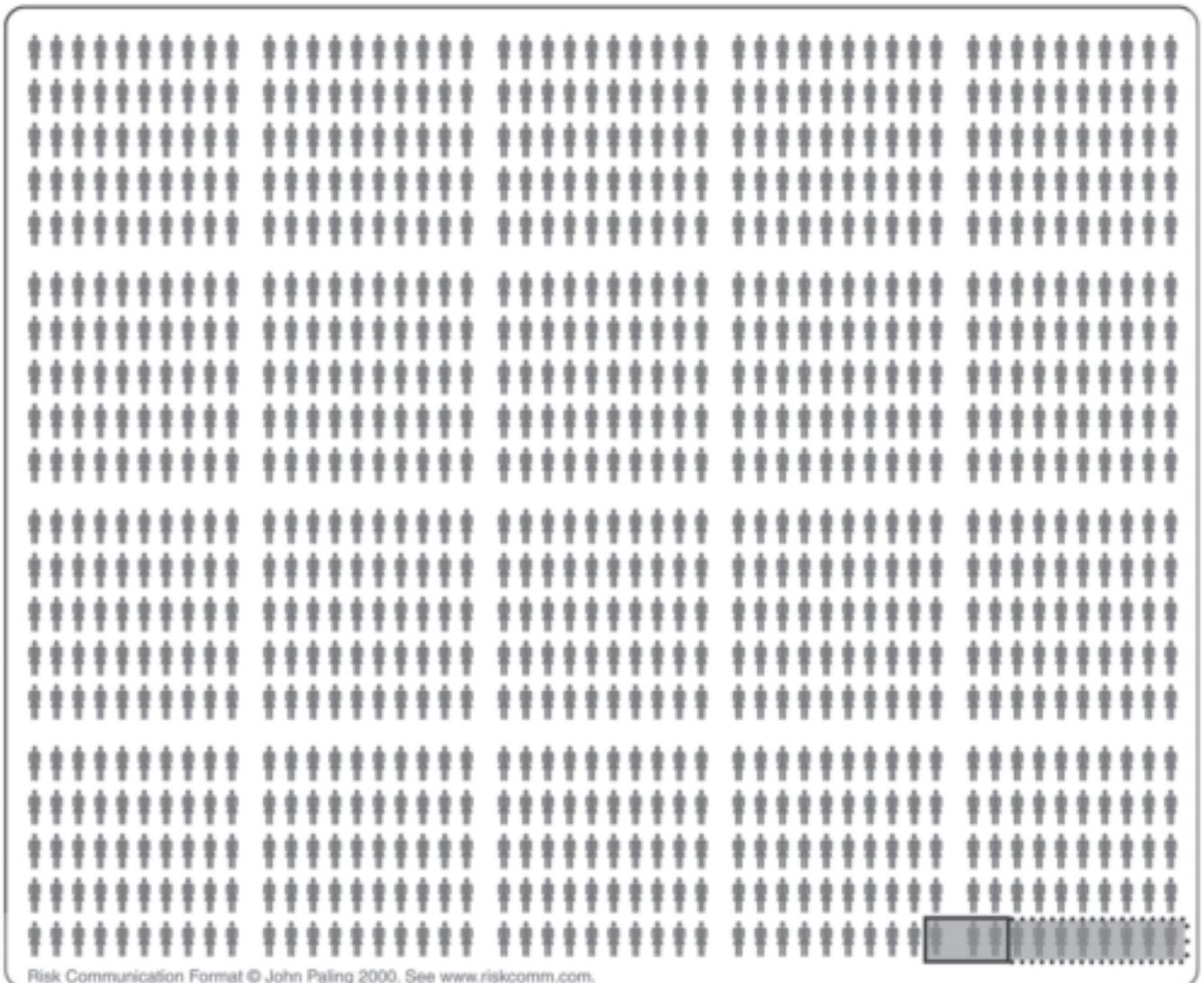
## Les DIU sont extrêmement efficaces



Femmes qui tombent enceintes au cours de la première année d'utilisation du DIU LNG



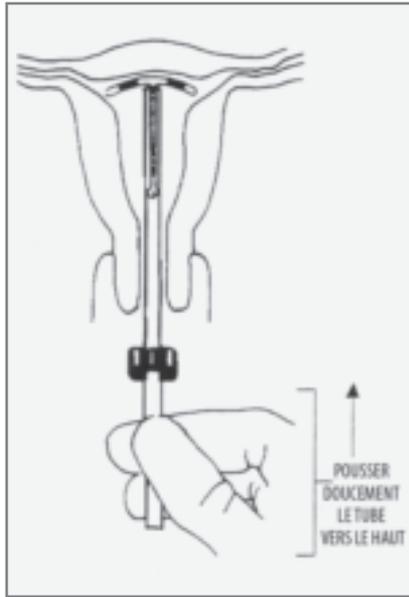
Femmes qui tombent enceintes au cours de la première année d'utilisation du TCU-380A



Risk Communication Format © John Paling 2000. See [www.riskcomm.com](http://www.riskcomm.com).

## Les expulsions sont peu courantes

Après la pose du DIU, les contractions peuvent repousser le dispositif vers le bas, produisant son expulsion de l'utérus. Une pose correcte, où le DIU est placé tout en haut de



l'utérus, réduira les risques d'expulsion. Toutefois, selon de récentes études, les DIU en T, posés bas dans l'utérus, ont tendance à remonter spontanément, dans les deux à trois mois qui suivent leur pose (285, 294).

Les taux d'expulsion vont de 2 à 8 sur 100 femmes, au cours de la première année d'utilisation (160, 189, 247, 274). La plupart des expulsions interviennent en première année et particulièrement au cours des trois premiers mois qui suivent la pose (8, 247, 274). Une expulsion sur cinq environ n'est pas remarquée immédiatement (142). Les femmes

qui expulsent leur DIU courent un risque de grossesse, surtout si elles ne remarquent pas l'expulsion. L'expulsion n'est pas par ailleurs nuisible.

L'expulsion est plus probable dans les circonstances suivantes :

- jeune âge à la pose (moins de 20 à 25 ans) (126, 183, 215, 259, 281),
- Pose précoce au cours du cycle menstruel (259),
- Pose immédiatement après l'accouchement (76, 257, 278) et
- Pose immédiatement après une interruption de grossesse en second trimestre (75).
- Selon certaines études, il existe un taux d'expulsion supérieur chez les femmes qui n'ont pas d'enfant (121, 126, 164, 215, 259).

Le risque supplémentaire d'expulsion ne suffit pas pour refuser aux femmes un DIU dans les circonstances ci-dessus. Plus précisément, l'OMS recommande que les femmes de moins de 20 ans et les femmes qui n'ont pas d'enfant puissent utiliser des DIU car leurs avantages surpassent les risques d'expulsion (268).

## Les perforations sont rares

Une perforation de l'utérus peut intervenir pendant la pose du DIU, si ce dernier ou un instrument gynécologique transperce la paroi du muscle utérin. Une technique d'insertion soignée permet d'éviter les perforations. Au cours des grands essais cliniques, les perforations sont rares, moins de 2 sur 1.000 poses (14, 24, 247, 249, 274). La plupart des perforations sont vues lors de la pose et le DIU peut être retiré immé-

diatement sans produire de problème grave (cf. encadré sur le Web : <http://www.populationreports.org/prf/fb7/fb7supplements>). Certaines perforations ne sont pas remarquées et peuvent produire des adhérences (bandes fibreuses de tissu cicatriciel qui se forment entre deux surfaces, dans le corps). D'ordinaire, les adhérences ne provoquent aucun problème, mais l'on signale quelques cas d'occlusion intestinale (1, 74, 157, 173).

## Les grossesses sont rares mais graves

Le DIU est un contraceptif très efficace. Si une grossesse intervient alors qu'un DIU est en place, toutefois, des complications éventuellement graves peuvent se produire, telles qu'une fausse-couche (244). Dans divers comptes-rendus, 15 à 65 % des grossesses utérines ont abouti à une fausse-couche si le DIU n'était pas retiré (40, 67, 112, 140, 223). Le retrait du DIU ramène le risque de fausse-couche au même niveau environ que le risque des autres femmes, bien que le processus de retrait lui-même comporte un petit risque de fausse-couche (244). (Cf. encadré sur le Web : <http://www.populationreports.org/prf/fb7/fb7supplements>). Selon les études, une fausse-couche septique (infectée) de second trimestre est plus courante chez les femmes qui ont laissé leur DIU en place que chez les femmes qui ne portaient pas de DIU lors de la conception (244).

## Les DIU réduisent le risque de grossesse ectopique

Étant donné que les grossesses chez les utilisatrices de DIU sont rares, la grossesse ectopique (à l'extérieur de l'utérus) chez les utilisatrices de DIU est encore plus rare. Selon les données de 42 essais cliniques, le taux de grossesse ectopique est de 2 sur 1.000 femmes, sur 10 ans d'utilisation du TCu-380A (soit 0,2 %) (212). Selon l'estimation de diverses études, les DIU réduisent à 10 % à 50 % les taux de grossesses ectopiques par rapport aux femmes qui n'ont pas recours à la contraception (146, 221, 271, 277).

Les DIU permettent de prévenir les grossesses extra-utérines, mais ne les préviennent pas aussi bien que les grossesses intra-utérines. Dans le cas rare de grossesse d'une utilisatrice de DIU, le risque de grossesse extra-utérine est plus important que chez une femme qui n'utilise pas de DIU (68, 146, 277). Les femmes plus âgées courent un risque plus important de grossesse extra-utérine que celles qui n'utilisent pas de DIU (212). Les prestataires de soins doivent faire preuve d'une prudence accrue face au risque de grossesse extra-utérine chez une utilisatrice de DIU. Chez les utilisatrices de DIU au cuivre, une grossesse sur 13 à 16 est extra-utérine (6 à 8 %) (68, 136). La probabilité d'une grossesse extra-utérine au sein de la population générale varie sensiblement selon les pays. Aux États-Unis, selon les données les plus récentes disponibles, en 1992, 2 % environ de toutes les grossesses étaient extra-utérines (27).

\*\*\*\*\*

**Bien que les informations erronées sur l'innocuité et les difficultés de programme notées aient limité l'utilisation des DIU dans de nombreux pays, certains programmes de planning familial prennent aujourd'hui des mesures pour rectifier ces perceptions erronées et produire ou raviver l'intérêt porté à cette méthode. Le DIU peut constituer un bon choix pour les femmes qui souhaitent une méthode très efficace et commode, de longue durée et rapidement réversible.** (édition française de ce numéro : février 2007)

# A votre disposition bientôt ! Site des outils pratiques sur le Web

Le sous-comité sur les DIU de l'USAID, Maximizing Access and Quality Initiative, lancera un ensemble d'outils pratiques des DIU, en ligne, englobant les éléments probants à jour et les pratiques exemplaires ayant trait aux DIU, d'ici l'été 2006. Cette trousse à outils est destinée principalement aux décideurs et aux directeurs de programmes souhaitant développer ou amplifier les services de DIU dans leurs programmes. Consultez [www.iudtoolkit.org](http://www.iudtoolkit.org) pour étudier la vaste gamme de sujets du site. Vous pouvez également avoir accès à toute une série d'outils pour mettre en œuvre des activités liées à l'USAID, ainsi que des études de cas provenant de plusieurs pays.

Une version CD-ROM de cette trousse à outils est également prévue. Les demandes de CD-ROM sont à adresser à : Orders Department (IUD Toolkit CD-ROM)  
The INFO Project  
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health  
Center for Communication Programs  
111 Market Place, Suite 310, Baltimore MD 21202, USA  
Par fax: 410-659-6266 c/o "Orders"  
Par email : [Orders@jhucpp.org](mailto:Orders@jhucpp.org)  
(Veuillez inclure votre nom et prénom, adresse postale et adresse électronique)

## Bibliographie

Cette bibliographie contient des citations des documents les plus utiles pour la préparation du présent rapport. Les numéros de référence à ces citations sont indiqués dans le texte en italiques. Une bibliographie complète est à votre disposition sur le site Web INFO à l'adresse suivante : <http://www.populationreports.org/b7/>. Les liens indiqués dans le présent rapport étaient valides au moment de sa publication.

17. BEST, K. "Rehabilitating" the IUD. Network 23(1). Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. 2003. (Available: [http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v23\\_1/nt2315.htm](http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v23_1/nt2315.htm))

30. CHIOU, C.F., TRUSSELL, J., REYES, E., KNIGHT, K., and WALLACE, J. Economic analysis of contraceptives for women. *Contraception* 68(1): 3-10. Jul. 2003.

46. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). IUD re-introduction in Kenya. Research Triangle Park, North Carolina, FHI, 2003. (FHI Briefs) 2 p. (Available: <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Briefs/iudreintrokenya.htm>)

50. FARLEY, T.M., ROSENBERG, M.J., ROWE, P.J., CHEN, J.H., and MEIRIK, O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. *Lancet* 339(8796): 785-788. Mar. 28, 1992.

55. FARR, G., RIVERA, R., and AMATYA, R. Non-physician insertion of IUDs: Clinical outcomes among TCU380A insertions in three developing-country clinics. *Advances in Contraception* 14(1): 45-57. Mar. 1998.

60. FISHER, A.A. and DE SILVA, V. Satisfied IUD acceptors as family planning motivators in Sri Lanka. *Studies in Family Planning* 17(5): 235-242. Sep.-Oct. 1986.

64. FRONTIERS IN REPRODUCTIVE HEALTH. Marketing new reproductive health services is cost-effective. OR Summaries, No. 26. Washington, D.C., Population Council, Dec. 2001. 2 p. (Available: <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/orsum26.pdf>)

68. FURLONG, L.A. Ectopic pregnancy risk when contraception fails: A review. *Journal of Reproductive Medicine* 47(11): 881-885. Nov. 2002.

77. GRIMES, D.A. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 356(9234): 1013-1019. Sep. 16, 2000.

92. HUBACHER, D., CÁRDENAS, C., HERNÁNDEZ, D., CORTÉS, M., and JANOWITZ, B. The costs and benefits of IUD follow-up visits in the Mexican Social Security Institute. *International Family Planning Perspectives* 25(1): 21-26. Mar. 1999. (Available: <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2502199.pdf>)

94. HUBACHER, D., LARA-RICALDE, R., TAYLOR, D.J., GUERRA-INFANTE, F., and GUZMAN-RODRIGUEZ, R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine* 345(8): 561-567. Aug. 23, 2001.

97. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The intrauterine device (IUD). [Draft]. IPPF and WHO, Fall 2001. (IPPF/WHO Myth Monograph) 20 p.

100. JANOWITZ, B., HUBACHER, D., PETRICK, T., and DIGHE, T. Should the recommended number of IUD revisits be reduced? *Studies in Family Planning* 25(6): 362-367. Nov.-Dec. 1994.

110. KENYA MINISTRY OF HEALTH. An extremely low-cost option. IUD Method Briefs: A New Look at IUDs. No. 3. Nairobi, Kenya, 2003. 2 p. (Available: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/etmb2dascxaw-qvxfwz2t52x2iu2jgyzbp3zmp1e6j3ovsh5fhrvvy54pt4rxkdt7x6oo dkingah/kenyabriefs3.pdf>)

116. LARSSON, P.G., BERGSTROM, M., FORSUM, U., JACOBSSON, B., STRÄND, A., and WOLNER-HANSEN, P. Bacterial vaginosis. Transmission, role in genital tract infection and pregnancy outcome: An enigma. *Acta Pathologica, Microbiologica, et Immunologica Scandinavica* 113(4): 233-245. Apr. 2005.

118. LAZZANO PONCE, E.C., SLOAN, N.L., WINIKOFF, B., LANGER, A., and COGGINS, C. The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. *Sexually Transmitted*

*Infections* 76(4): 277-281. 2000.

122. LIMPAPHAYOM, K., AJELLO, C., REINPRAYON, D., LUMBIGANON, P., and GAFFIKIN, L. The effectiveness of model-based training in accelerating IUD skill acquisition. A study of midwives in Thailand. *British Journal of Family Planning* 23(2): 58-61. Jul. 1997.

133. MCBRIDE, J. and AHMED, R. Social franchising as a strategy for expanding access to reproductive health services: A case study of the Green Star service delivery network in Pakistan. Washington, D.C., Commercial Market Strategies, Sep. 2001. (Commercial Market Strategies Technical Paper Series) 90 p. (Available: [http://pdf.dec.org/pdf\\_docs/PNACN867.pdf](http://pdf.dec.org/pdf_docs/PNACN867.pdf))

145. MOHLLAJEE, A.P., CURTIS, K.M., and PETERSON, H.B. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception* 73(2): 145-153. Feb. 2006.

147. MORRISON, C.S., SEKADDE-KIGONDU, C., MILLER, W.C., WEINER, D.H., and SINEI, S.K. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception* 59(2): 97-106. Feb. 1999.

148. MORRISON, C.S., SEKADDE-KIGONDU, C., SINEI, S.K., WEINER, D.H., and KWOK, C. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108(8): 784-790. Aug. 2001.

152. NESS, R.B., HILLIER, S.L., KIP, K.E., SOPER, D.E., STAMM, C.A., MCGREGOR, J.A., BASS, D.C., SWEET, R.L., RICE, P., and RICHTER, H.E. Bacterial vaginosis and risk of pelvic inflammatory disease. *Obstetrics and Gynecology* 104(4): 761-769. Oct. 2004.

180. RICHARDSON, B.A., MORRISON, C.S., SEKADDE-KIGONDU, C., SINEI, S.K., OVERBAUGH, J., PANTELEFF, D.D., WEINER, D.H., and KREISS, J.K. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS* 13(15): 2091-2097. Oct. 22, 1999.

181. RINEHART, W. WHO updates medical eligibility criteria for contraceptives. INFO Reports, No. 1. Baltimore, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project, Aug. 2004. 8 p. (Available: <http://www.inforhealth.org/inforeports/mec/index.shtml>)

200. SHELTON, J. The provider perspective: Human after all. *International Family Planning Perspectives* 27(3): 152-153, 161. Sep. 2001. (Available: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2715201.pdf>)

203. SHELTON, J., ANGLE, M.A., and JACOBSTEIN, R.A. Medical barriers to access to family planning. *Lancet* 340(8831): 1334-1335. Nov. 28, 1992.

204. SHELTON, J. and RIVERA, R. IUDs: A resurging method. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, Mar. 2004. (Global Health Technical Briefs) 2 p. (Available: <http://www.maqweb.org/techbriefs/tb1iuds.pdf>)

205. SHELTON, J.D. Risk of clinical pelvic inflammatory disease attributable to an intrauterine device. *Lancet* 357(9254): 443. Feb. 10, 2001.

209. SINEI, S.K., MORRISON, C.S., SEKADDE-KIGONDU, C., ALLEN, M., and KOKONYA, D. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. *Lancet* 351(9111): 1238-1241. Apr. 25, 1998.

212. SIVIN, I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. *Obstetrics and Gynecology* 78(2): 291-298. Aug. 1991.

213. SIVIN, I. Another look at the *Dalkon Shield*: Meta-analysis underscores its problems. *Contraception* 48(1): 1-12. Jul. 1993.

214. SIVIN, I., ALVAREZ, F., DIAZ, J., DIAZ, S., EL MAHGOUB, S., COU-TINHO, E., BRACHE, V., DIAZ, M.M., FAUNDES, A., PAVEZ, M., MATTOS, C.E.R., and STERN, J. Intrauterine contraception with copper and with levonorgestrel: A randomized study of the TCU 380Ag and levonorgestrel 20 mcg/day devices. *Contraception* 30(5): 443-456. Nov. 1984.

215. SIVIN, I., MAHGOUB, S.E., and MCCARTHY, T. Long-term contraception with the levonorgestrel 20 mcg/day (LNG-20) and the copper T 380Ag intrauterine devices: A five-year randomized study. *Contraception* 42(4): 361-378. 1990.

216. SIVIN, I. and STERN, J. Long-acting, more effective Copper T IUDs: A summary of U.S. experience, 1970-75. *Studies in Family Planning* 10(10): 263-281. Oct. 1979.

217. SIVIN, I. and STERN, J. Health during prolonged use of levonorgestrel 20 µg/d and the copper TCU 380Ag intrauterine contraceptive devices: A multicenter study. *Fertility and Sterility* 61(1): 70-77.

Jan. 1994.

224. SONNENBERG, F.A., BURKMAN, R.T., HAGERTY, C.G., SPEROFF, L., and SPEROFF, T. Costs and net health effects of contraceptive methods. *Contraception* 69(6): 447-459. Jun. 2004.

229. STANBACK, J., BRECHIN, S.J., LYNAM, P., TOROITICH-RUTO, C., and SMITH, T. The effectiveness of national dissemination of updated reproductive health / family planning guidelines in Kenya. Final report. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Aug. 2001. 19 p.

235. SUVISAARI, J. and LÄHTEENMÄKI, P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 54(4): 201-208. Oct. 1996.

238. TASK FORCE FOR EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH ON REPRODUCTIVE HEALTH. Effects of contraceptives on hemoglobin and ferritin. Geneva, Switzerland. *Contraception* 58(5): 262-273. Nov. 1998.

244. TREIMAN, K., LISKIN, L., KOLS, A., and RINEHART, W. IUDs—An update. Population Reports. Series B, No. 6. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1995. 35 p. (Available: <http://www.inforhealth.org/pr/b6edsun.shtml>)

246. TRUSSELL, J., LEVEQUE, J.A., KOENIG, J.D., LONDON, R., BORDEN, S., HENNEBERRY, J., LAGUARDIA, K.D., STEWART, F., WILSON, G., WYSOCKI, S., and STRAUSS, M. The economic value of contraception: A comparison of 15 methods. *American Journal of Public Health* 85(4): 494-503. Apr. 1995.

249. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, UNITED NATIONS POPULATION FUND, WORLD HEALTH ORGANIZATION, and WORLD BANK SPECIAL PROGRAMME OF RESEARCH, DEVELOPMENT AND RESEARCH TRAINING IN HUMAN REPRODUCTION. Long-term reversible contraception: Twelve years of experience with the TCU380A and TCU220C. *Contraception* 56(6): 341-352. 1997.

254. UPADHYAY, U.D. Informed choice in family planning: Helping people decide. Population Reports. Series J, No. 50. Baltimore, The Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Spring 2001. (Available: <http://www.inforhealth.org/pr/j50edsun.shtml>)

265. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva, WHO, 2003. 98 p. (Available: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr\\_01\\_10\\_mngt\\_stis/guidelines\\_mngt\\_stis.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_10_mngt_stis/guidelines_mngt_stis.pdf))

266. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) and THE JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS, INFORMATION AND KNOWLEDGE FOR OPTIMAL HEALTH (INFO). Decision-making tool for family planning clients and providers. Baltimore, INFO and Geneva, WHO, 2005. (Available: [http://www.who.int/reproductive-health/family\\_planning/tool.html](http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/tool.html))

267. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH and UNDP/UNFPA/WHO/WORLD BANK SPECIAL PROGRAMME OF RESEARCH, DEVELOPMENT AND RESEARCH TRAINING IN HUMAN REPRODUCTION. Annual technical report 2003. Geneva, WHO, 2003. (Available: [http://www.who.int/reproductive-health/management/atr\\_2003.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/management/atr_2003.pdf))

268. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd ed. Geneva, WHO, 2004. 168 p. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>)

269. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. Geneva, WHO, 2004. 170 p. (Available: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>)

270. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH, FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, and POPULATION COUNCIL, FRONTIERS IN REPRODUCTIVE HEALTH PROJECT. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: A guide to essential practice. Geneva, WHO, 2005. (Integrating STI/RTI Care for Reproductive Health) 186 p. (Available: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis\\_gep/rtis\\_gep.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/rtis_gep.pdf))

272. WORLD HEALTH ORGANIZATION TASK FORCE ON THE PREVENTION AND MANAGEMENT OF INFERTILITY. Tubal infertility: Serologic relationship to past chlamydial and gonococcal infection. *Sexually Transmitted Diseases* 22(2): 71-77. Mar.-Apr. 1995.

ISSN 0887-025X



## PARTAGEZ L'INFORMATION

**Donnez un abonnement gratuit**

**Oui !** Envoyez un abonnement gratuit à :  
**Nouvel abonné**

Nom et prénoms \_\_\_\_\_

Organisation \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Envoyez à :

**CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS**

Population Reports

111 Market Place, Suite 310

Baltimore, Maryland 21202, USA

(Photocopiez ce formulaire et donnez-le à vos collègues).

### POPLINE

The INFO Project

Center for Communication Programs

111 Market Place, Suite 310

Baltimore, Maryland 21202, USA

FAX : (410) 659-2645

Veillez envoyer des informations détaillées sur les produits/services suivants :

**POPLINE** : la plus grande base de données bibliographiques du monde sur la population, le planning familial et les problèmes relatifs à la santé, disponible sur CD-ROM (offert gratuitement aux pays en développement) et sur Internet, sans frais, à : <http://www.popline.org>

**LIVRAISON DES DOCUMENTS** : vous pouvez obtenir des exemplaires du texte intégral de documents POPLINE par la poste ou par courrier électronique.

**RECHERCHES** : vous pouvez demander des recherches POPLINE en envoyant un message électronique à : [popline@jhuccp.org](mailto:popline@jhuccp.org) ou en faisant parvenir une lettre ou un fax à l'adresse ci-dessus.

## POPULATION REPORTS : numéros disponibles

### LES CONTRACEPTIFS ORAUX — Série A

- \_\_\_ A-9, Contraceptifs oraux — Une mise à jour
- \_\_\_ A-10, Aider les femmes à employer la pilule

### LES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS — Série B

- \_\_\_ B-6, Les DIU — Etat récent des informations
- \_\_\_ B-7, Regain d'intérêt pour les DIU

### STERILISATION FEMININE — Série C

- \_\_\_ C-10, La stérilisation féminine volontaire : en tête et en progrès

### STERILISATION MASCULINE — Série D

- \_\_\_ D-5, La vasectomie : possibilités nouvelles
- \_\_\_ D-5, Guide : « Guide rapide des consultations en vasectomie »

### BARRIERES MECANIQUES ET CHIMIQUES — Série H

- \_\_\_ H-8, Les condoms — Plus que jamais
- \_\_\_ H-9, Réduire la pénurie de condoms

### PROGRAMMES DE PLANNING FAMILIAL — Série J

- \_\_\_ J-39, Le financement du planning familial
- \_\_\_ J-40, Comment faire marcher les programmes
- \_\_\_ J-41, Répondre aux besoins des jeunes adultes
- \_\_\_ J-41, Supplément : « Mutilation génitale des femmes : un problème de santé publique »
- \_\_\_ J-42, Amener les médias à couvrir la planification familiale
- \_\_\_ J-42, Affiche : « La planification familiale aide tout le monde »
- \_\_\_ J-43, Besoins non satisfaits : nouvelles stratégies pour y répondre
- \_\_\_ J-44, Méthodes de planification familiale : Nouvelles orientations
- \_\_\_ J-45, Populations en mouvement : nouvel axe des soins de santé génésique
- \_\_\_ J-46, Santé reproductive : la participation des hommes vue sous un nouvel angle
- \_\_\_ J-47, Programmes de planification familiale : Améliorer la qualité
- \_\_\_ J-48, Guide de counseling
- \_\_\_ J-49, Pourquoi la planification familiale est importante
- \_\_\_ J-50, Le choix éclairé en planification familiale : Aider à choisir
- \_\_\_ J-51, Logistique de la planification familiale : Renforcer la filière de l'approvisionnement
- \_\_\_ J-52, Amélioration de la performance
- \_\_\_ J-53, Face aux crises : Comment les prestataires peuvent répondre aux besoins de santé dans des situations de crises

### CONTRACEPTIFS INJECTABLES ET IMPLANTS Série — K

- \_\_\_ K-4, L'heure des décisions pour les programmes de Norplant
- \_\_\_ K-4, Guide : « Norplant : Guide de consultation »
- \_\_\_ K-4, Dossier récapitulatif : « Coup d'oeil sur le Norplant »
- \_\_\_ K-5, Les injectables : une ère nouvelle
- \_\_\_ K-5, Guide : Consultation à propos des injectables
- \_\_\_ K-5, Dossier récapitulatif : Coup d'oeil sur le DMPA

### PROBLEMES MONDIAUX DE SANTE — Série L

- \_\_\_ L-9, Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles
- \_\_\_ L-10, Soins des complications post-avortement : Sauvez la vie des femmes
- \_\_\_ L-10, Panneau mural : « La planification familiale post-abortum »
- \_\_\_ L-11, Mettre fin à la violence contre les femmes
- \_\_\_ L-12, Les jeunes et le VIH/SIDA : Pouvons-nous éviter la catastrophe ?
- \_\_\_ L-13, Espacement des naissances : Trois ans à cinq sauvent des vies
- \_\_\_ L-14, Meilleur allaitement, vies plus saines (avec en supplément : Réponses aux questions sur l'allaitement : Guide à l'intention des prestataires de services)

### SUJETS SPECIAUX — Série M

- \_\_\_ M-10, L'environnement et la croissance démographique : dix ans pour agir
- \_\_\_ M-10, Panneau mural : « L'environnement et la population »
- \_\_\_ M-11, La révolution de la procréation : résultats de nouvelles enquêtes
- \_\_\_ M-12, Reproduction : choix qui ouvrent des possibilités aux femmes
- \_\_\_ M-13, Gagner la course à l'alimentation
- \_\_\_ M-14, Solutions pour un monde qui manque d'eau
- \_\_\_ M-15, La population et l'environnement : le défi mondial
- \_\_\_ M-16, Répondre au défi urbain
- \_\_\_ M-17, Conclusions des nouvelles enquêtes : Poursuite de la révolution dans le domaine de la reproduction
- \_\_\_ M-18, Enquêtes auprès des hommes : nouvelles révélations
- \_\_\_ M-19, Nouveaux choix contraceptifs

### MAXIMALISATION DE L'ACCES ET DE LA QUALITE — Série Q

- \_\_\_ Q-1, Comment améliorer les interactions entre client et prestataire de services
- \_\_\_ Q-2, Amélioration de l'organisation du travail

The INFO Project, 111 Market Place/Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA  
FAX : (410) 659-6266 • E-mail : [Orders@jhuccp.org](mailto:Orders@jhuccp.org) • Internet site : <http://www.inforhealth.org>

Veillez m'envoyer \_\_\_\_\_ exemplaires de chaque numéro de **Population Reports** qui va paraître.

Nom \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

