

## Les programmes peuvent contenir les coûts des services relatifs au DIU

Le DIU peut être utilisé pendant de nombreuses années et la femme n'a pas besoin d'autres fournitures. À longue haleine, donc, le DIU peut être rentable tant pour les programmes que pour les clientes, encore que les coûts initiaux soient sans doute plus élevés que pour les autres méthodes réversibles de contraception. Un grand nombre d'études sur le facteur coût montrent que le DIU se trouve parmi les méthodes les moins onéreuses pour les clientes sur une durée de 1 à 5 ans (1, 11, 17, 20).

En outre, il y a diverses façons de proposer des services relatifs au DIU à un coût modique par cliente :

### Former un groupe cadre de prestataires

Normalement, les programmes forment un grand nombre de prestataires, à divers niveaux professionnels, aux techniques d'insertion et de retrait du DIU (16). Même une fois formés, il y a des prestataires qui hésitent à fournir cette méthode parce qu'elle prend plus de temps et d'efforts que les autres méthodes réversibles de contraception (5, 10, 15, 18). En outre, s'ils ne fournissent pas régulièrement le DIU, les prestataires finissent vite par perdre la main et par avoir moins confiance en eux.

Une autre solution consiste à former un groupe cadre de prestataires, à les encadrer et à les conseiller de façon soutenue et à référer les clientes à ce personnel. Cette manière de procéder permet aux prestataires de voir suffisamment de clientes pour garantir le maintien de leurs compétences en matière d'insertion et de retrait (14). En outre, les programmes font des économies parce qu'ils forment moins de prestataires. Enfin, et c'est le point le plus important, cette formule garantit aux clientes des services de haute qualité dispensés par des prestataires compétents.

### Autoriser les agents paramédicaux à procéder à la pose et au retrait du DIU

Des études ont démontré que les infirmières, les sages-femmes, les adjoints au médecin et les étudiants en médecine pouvaient insérer et retirer le DIU en toute sécurité et de manière

efficace quand ils avaient été adéquatement formés (2, 3, 12) et que leur intervention revenait à moins cher aux programmes que celle des médecins. Au Chili, en Equateur, au Ghana, en Indonésie, au Nigéria, en Suède, en Thaïlande, en Turquie, aux Etats-Unis et dans bien d'autres pays, des professionnels de la santé autre que des médecins, dont des infirmières et des sages-femmes, insèrent régulièrement des DIU (19).

## **Eliminer les analyses de laboratoire de routine avant la pose du DIU**

Les analyses de laboratoire de routine ne sont pas nécessaires à l'utilisation sûre et efficace du DIU, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (21). L'OMS note bien que les examens de laboratoire pour les infections sexuellement transmissibles (IST) pourraient contribuer à l'utilisation plus sûre du DIU, mais souvent il n'est pas possible de les effectuer, faute d'installations, d'équipement et de personnel formé dans des endroits aux ressources limitées. Par conséquent, l'OMS considère que l'évaluation du risque d'IST (effectuée dans le cadre de l'anamnèse et de l'examen médical), et non le dépistage en laboratoire, est essentielle à l'utilisation sûre et efficace du DIU.

## **Préférer la désinfection de haut niveau (DHN) à la stérilisation**

Préfère la DNH pour nettoyer les instruments qui ont servi à la pose ou au retrait du DIU. La désinfection de haut niveau consiste à faire bouillir les instruments et ou à les soumettre à l'action de la vapeur pendant 20 minutes ou encore à les laisser tremper dans une solution chimique spéciale (9). La stérilisation se pratique à l'aide d'un autoclave (vapeur sous haute pression) ou par le recours à la chaleur sèche, ce qui n'est pas nécessairement disponible dans un grand nombre de cliniques. La stérilisation tue tous les micro-organismes, tandis que la désinfection de haut niveau détruit pratiquement toutes les formes de bactéries. La DNH est une méthode acceptable de traitement des instruments utilisés pour le retrait ou la pose du DIU parce que ces instruments sont en contact uniquement avec des membranes muqueuses intactes ou une peau éraflée, et non avec les tissus stériles sous-cutanés (9). La DNH se révèle donc suffisante pour fournir des services à faible risque du point de vue tant des utilisatrices du DIU que des prestataires.

## **Mettre des gants d'examen neufs ou propres à la place de gants stériles**

Mettre de gants pendant l'insertion et le retrait du DIU (à l'aide de la technique « sans contact »). Il suffit de porter des gants d'examen pendant l'insertion et le retrait parce que le seul contact se fait avec des membranes muqueuses intactes ou une peau éraflée, et non avec les tissus stériles sous-cutanés (9).

## **Eliminer les visites de suivi inutiles**

L'Organisation mondiale de la Santé recommande une visite de suivi environ un mois après l'insertion ou aux alentours de l'apparition des premières règles de la cliente suivant l'insertion du DIU (21). A cette occasion, le prestataire vérifie que le DIU est toujours en

place, il regarde s'il y a des signes éventuels d'infection et il essaie de savoir si la cliente est satisfaite ou si elle a des problèmes. Certes, il faut inviter la cliente à revenir à tout moment si elle a besoin d'aide ou si elle est inquiète, mais il n'est pas nécessaire de prévoir systématiquement une autre visite de suivi. La plupart des utilisatrices du DIU dont les problèmes nécessitent une intervention médicale ont des symptômes qui les incitent à revenir même si aucune visite n'est prévue au calendrier (6, 8, 13).

## Proposer l'insertion du DIU pendant le post-partum immédiat

Proposer l'insertion post-partum du DIU (dans les 48 heures qui suivent l'expulsion du placenta) dans les maternités. Des études faites à Nyeri (Kenya) et à Lima (Pérou) ont démontré que la pose de DIU dans des centres de consultations externes six semaines ou plus après l'accouchement revenait à 40 % plus cher que les insertions faites pendant le post-partum immédiat dans les salles d'accouchement des hôpitaux (4, 7).

Les insertions effectuées pendant le post-partum coûtent moins cher principalement parce que les conditions d'asepsie sont déjà présentes dans la salle d'accouchement. Dans les cliniques, par contre, le personnel doit passer du temps à préparer les lieux. Le post-partum immédiat est une période pratique pour l'insertion du DIU, en particulier pour les femmes qui n'ont pas facilement accès aux services de planification familiale.

## Références

1. 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.
2. EREN, N., RAMOS, R., and GRAY, R.H. Physicians vs. auxiliary nurse-midwives as providers of IUD services: A study in Turkey and the Philippines. *Studies in Family Planning* 14(2): 43-47. Feb. 1983.
3. 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.
4. FOREIT, K.G., FOREIT, J.R., LAGOS, G., and GUZMAN, A. Effectiveness and cost-effectiveness of postpartum IUD insertion in Lima, Peru. *International Family Planning Perspectives* 19(1): 19-24, 33. Mar. 1993.
5. HAJJI, N. and LAKSISIR, A. [Qualitative study on the intrauterine device (IUD) in Morocco]. Rabat, Morocco, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Direction de la Population, Programme de Planification Familiale, Nov. 1996. 80 p.
6. 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.
7. JANOWITZ, B. and BRALT, J.H. Methods for costing family planning services. United Nations Population Fund and Family Health International, 1994. 86 p.

8. 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.
9. JHPIEGO. IUD guidelines for family planning service programs: A problem-solving reference manual. 2nd ed. McIntosh, N., Kinzie, B., and Blouse, A., eds. Baltimore, JHPIEGO, 1995.
10. KATZ, K., JOHNSON, L., JANOWITZ, B., and CARRANZA, J.M. Reasons for the low level of IUD use in El Salvador. *International Family Planning Perspectives* 28(1): 26-31. Mar. 2002.
11. KENYA MINISTRY OF HEALTH. An extremely low-cost option. *IUCD Method Briefs: A New Look at IUDs*, No. 3. Nairobi, Kenya, 2003. 2 p.
12. LASSNER, K.J., CHEN, C.H., KROPSCH, L.A., OBERLE, M.W., LOPES, I.M., and MORRIS, L. Comparative study of safety and efficacy of IUD insertions by physicians and nursing personnel in Brazil. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 29(3): 206-215. Sep. 1995.
13. NEUTEBOOM, K., DE KROON, C.D., DERSJANT-ROORDA, M., and JANSEN, F.W. Follow-up visits after IUD-insertion: Sense or nonsense? A technology assessment study to analyze the effectiveness of follow-up visits after IUD insertion. *Contraception* 68(2): 101-104. 2003.
14. SCHMEDING, K. and GAFFIKIN, L. Integration of GTI management with family planning service delivery: Lessons learned in Zimbabwe. In: *Issues in Management of STDs in Family Planning Settings*. Workshop proceedings, April 19-21, 1995. Baltimore, JHPIEGO, Apr. 1996. p. 64-70.
15. SHELTON, J. The provider perspective: Human after all. *International Family Planning Perspectives* 27(3):152-153, 161. Sep. 2001.
16. 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.
17. 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.
18. STANBACK, J., OMONDI, O., and OMUODO, D. Final report. Why has IUD use slowed in Kenya? Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Aug. 1995. 47 p.
19. 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.
20. 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.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. Geneva, WHO, 2004. 170 p.