



Préparateurs principaux du bulletin technique :
Jim Shelton, USAID
Roberto Rivera, Family Health International

Les programmes et les prestataires rendent les DIU plus accessibles. Voici quelques raisons pour cette réapparition :

- reconnaissance des nombreux avantages des DIU ;
- nouveaux résultats de recherche sur la sécurité résultant en critères libéralisés de la part de l'OMS ; et
- une nouvelle stratégie de programmes visant à développer un groupe central de prestataires qualifiés et motivés pour offrir des DIU.

Avantages principaux. Dans le cas du DIU T380A en cuivre, les avantages incluent une efficacité de très haut niveau, une possibilité d'utilisation de 10 ans ou plus, son coût peu élevé, sa facilité d'emploi et son adaptabilité à un large éventail de femmes et, de manière générale, une satisfaction considérable exprimée par les clientes.

Désavantages principaux. La plupart des femmes n'indiquent aucun effet secondaire, ou très peu d'effets. Mais il faut néanmoins noter qu'un nombre minoritaire important d'entre elles mentionne avoir des douleurs significatives, des saignements, des saignements entre les règles, ou une expulsion. D'autre part, dans le cas de femmes qui courent le risque de gonorrhée ou de Chlamydia, l'emploi du DIU augmente la possibilité d'infections pelviennes. Les exigences des programmes sont étendues, avec, entre autres, le besoin de prestataires qualifiés, de bonnes consultations d'orientation, des produits, un équipement, ainsi que du temps et un local pour effectuer les insertions.

Nouvelle évidence sur la sécurité. Une étude effectuée au Kenya a révélé que les femmes VIH positives et VIH négatives ayant décidé d'utiliser des DIU avaient des taux de complication similaires.¹ Une étude au Mexique a indiqué que les DIU n'étaient pas associés à l'infertilité.² Les résultats d'un certain nombre d'études démontrent que l'augmentation absolue de risque de maladie inflammatoire pelvienne associée avec les DIU est relativement basse, même lorsque les infections sexuellement transmissibles sont relativement courantes.

Elargissement de l'admissibilité basée sur les critères de l'OMS. A la suite de cette nouvelle évidence, l'OMS a modifié, à la fin de l'an 2003, sa classification d'admissibilité médicale pour les DIU de 3 à 2 (« généralement utiliser la méthode ») pour les femmes VIH positives et celles traitées avec succès contre le SIDA. En outre, le risque de contracter des infections sexuellement transmissibles est désormais placé dans la catégorie 2, à moins qu'une femme n'ait une « possibilité individuelle très élevée d'être exposée » à la gonorrhée ou la Chlamydia.

Mécanisme d'action. Contrairement à ce que l'on croit couramment, c'est-à-dire que les DIU empêchent l'implantation, les DIU permettent en fait principalement d'éviter la fécondation, en empêchant le spermatozoïde d'atteindre l'ovule et en altérant ce dernier.

Obstacles médicaux non justifiés. Les obstacles courants comprennent une limite d'éligibilité en fonction de l'âge ou de la parité (ils peuvent en fait être utilisés par les femmes de n'importe quel âge ou de n'importe quelle parité), les restrictions d'insertion à la période de règles,





l'empêchement d'insertion en raison d'un écoulement vaginal, et l'exigence de visites de suivi trop fréquentes (il est en fait recommandé d'avoir un examen 3 à 6 semaines après l'insertion ou après la période de règles suivante).

Problèmes actuels avec l'établissement de programmes de DIU. L'emploi du DIU est la méthode principale dans un certain nombre de pays, alors que nombreux sont les pays où cette méthode est la moins suivie. Les facteurs qui contribuent à cela comprennent les raisons suivantes : stigmatisation et conséquences des problèmes des DIU des années 1970 et 1980 ; exagération des inquiétudes légitimes relatives aux infections sexuellement transmissibles et la relation avec la maladie inflammatoire pelvienne ; la perspective du prestataire (notamment le fait que la pose du DIU représente beaucoup de travail, nécessite une compétence et une preuve de confiance, ainsi qu'un équipement et des produits plus ou moins extensifs) ; et mauvaise gestion des effets secondaires qui peuvent se produire couramment.

Nouvelle voie d'approche des programmes. Comme dans le cas de tout effort relatif à un programme, il faut se concentrer sur la formation, les directives, les produits et la logistique, la communication, la supervision, l'organisation du travail, etc. Dans le passé, les programmes ont souvent visé, sans succès, à faire progresser l'usage des DIU par des stratégies très générales, par exemple en formant de nombreux prestataires à plusieurs niveaux de compétence. Alors qu'en principe la technique d'insertion de DIU ne nécessite qu'une formation minimale, il est possible que sur le terrain, les prestataires puissent soit manquer de confiance, d'expérience ou de compétence, soit perdre rapidement ces qualités en raison d'un nombre insuffisant de clientes. Une alternative à cela serait de se concentrer sur un nombre moins élevé de prestataires qualifiés et de développer l'expansion à travers les prestataires compétents. Les résultats de recherche au niveau national en Bolivie (où les DIU sont la méthode principale), et à un moindre niveau au Bangladesh, en Inde et au Pakistan soutiennent cette approche. De toutes les façons, une étape déterminante serait de connaître les pointes de vue des prestataires pour mieux comprendre ce qui pourrait les motiver à fournir des DIU.

De nombreux programmes hésitent à proposer le DIU à cause de la perception erronée que les infections sexuellement transmissibles sont trop répandues parmi leurs clientes pour pouvoir offrir cette méthode. Ces problèmes peuvent être adressés dans le cadre des nouveaux critères de l'OMS et des nouveaux résultats de recherche ainsi qu'en éliminant des obstacles médicaux courants.

1 C.S. Morrison et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *BJOG* 2001 Aug;108(8):784-90.

2 D. Hubacher et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001 Aug 23;345(8):561-67.

Ce Bulletin technique de santé globale est réprimé avec l'autorisation de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs/INFO Project.

Pour de plus amples informations, consulter : www.maqweb.org

Dernière mise à jour : 30/03/04. Produit en association avec l'initiative Maximiser l'accès et la qualité des services (MAQ). Produit par : The INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. Publication réalisée avec le soutien financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), Global, GH/PRH/PEC, au titre de la subvention No. GPH-A-00-02-00003-00.

Cette synthèse a pu être réalisée grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Family Health International est responsable du contenu de cette synthèse qui ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis. L'aide financière a été fournie par l'USAID au titre de l'accord coopératif No. GPO-A-00-05-00022-00, dans le cadre du programme Recherche et utilisation des technologies en matière de contraception et de santé de la reproduction (CRTU).

Pour de plus amples informations ou des exemplaires supplémentaires, prière de contacter :

Coordinatrice des publications
Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 Etats Unis
Tél : 1.919.544.7040
Courriel : publications@fhi.org

© 2008 Family Health International

