

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
Médicale**

—

**Volume 2006  
publié le 29.11.2006**



*TRENTIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2006*

# Contraception du post-partum Contraception du post-abortum

F. MULET\*, PH. DESCAMPS \*\*  
(Angers)

Le constat renouvelé de la persistance de grossesses non prévues dans les mois qui suivent l'accouchement fait se poser la question essentielle du **comment** et **par quels moyens** aborder la question de la contraception auprès de la femme enceinte et de son couple. En effet, 5% des interruptions volontaires de grossesse ont lieu dans les 6 mois qui suivent l'accouchement [1]; l'absence de corrélation statistique entre la baisse programmée du nombre d'IVG et le développement des moyens de contraception sur le marché français, constat autrement appelé **paradoxe français**, nous fait tout de même nous interroger sur notre capacité à nous faire entendre au sein des couples dans notre démarche préventive. Le praticien n'est sans doute pas pour rien dans ce qui se produit de paradoxal.

Les consultations de suivi de grossesse, voire encore plus celles accompagnant la période du post-partum, surinvestissent la femme

\* Médecin généraliste, attaché au pôle de gynécologie-obstétrique du CHU d'Angers, praticien orthogéniste de la clinique Jules Verne de Nantes.

\*\* Gynécologue-obstétricien, professeur agrégé, chef du pôle de gynécologie-obstétrique du CHU d'Angers.

Pôle de gynécologie-obstétrique – 49033 ANGERS CEDEX 01

d'informations, de doutes et d'éléments techniques qui laissent à l'évidence peu de place pour cette démarche projective que demeure le choix d'un moyen de contraception ; il va falloir dès lors aménager un temps à un moment *a priori* opportun, pour que la rencontre se fasse et que le choix s'élabore dans un but de planification d'une future grossesse désirée, ou d'une « future non-grossesse désirée ». Enfin, E. Aubeny n'est pas sans régulièrement rappeler que **la meilleure contraception n'est pas la plus efficace théoriquement, mais celle que la femme a vraiment choisie** [7].

Qu'observe-t-on à l'heure actuelle qui puisse apparaître comme un frein à l'évolution de la démarche contraceptive du post-partum ?

– Les œstrogénostatifs sont hélas la bête noire de bon nombre de praticiens opérant dans le post-partum, encore plus quand leur patiente désire allaiter : « ils passent dans le lait maternel et diminuent la lactation ». On sait dorénavant que cet élément apparaît ouvertement négligeable pour la santé du petit d'homme [2]. Le fait d'allaiter, ou de ne pas allaiter, ne devrait pas tant peser dans le choix d'un outil contraceptif comme c'est pourtant le cas actuellement ; cela doit interroger chacun d'entre nous sur nos pratiques, et l'adage du Microval® à toutes les sauces, surtout si la femme allaite, relève d'une époque révolue ! Les microprogestatifs type Microval® ou Milligynon®, peu efficaces en termes de couverture contraceptive (l'indice de Pearl est, au mieux, de 1 en période d'allaitement), exigeantes en terme d'horaire de prise (3 heures de décalage horaire maximum), doivent définitivement tomber en désuétude. Rappelons ici que 3% des IVG ont lieu sous Microval®...[1].

– Quand les œstrogénostatifs sont enfin possibles, tant pour la patiente que pour le prescripteur, le choix se porte alors sur un progestatif de 3<sup>e</sup> génération, mieux toléré dans son activité androgénique ; toutefois, il faut bien se souvenir que ces mêmes progestatifs de 3<sup>e</sup> génération augmentent significativement le risque thromboembolique veineux [1] (risque relatif x 3 à 4 *versus* 1,5 à 2 pour une 2<sup>e</sup> génération).

– L'allaitement dans son efficacité contraceptive est le plus souvent associé aux représentations préhistoriques d'une éventuelle contraception féminine... L'indice de Pearl serait de 2 à la condition de certaines recommandations très strictes ; à titre comparatif, l'indice de Pearl d'un œstrogénostatif oral, annoncé théorique à 0,1, s'avère en pratique corrigé à 6 à 8 au cours des 12 premiers mois d'observation et hors contexte d'allaitement [1]... L'OMS énonce en 1990 les bases de cette Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (méthode MAMA) [2] :

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM, CONTRACEPTION DU POST-ABORTUM

- 6 tétées par jour au sein (une tétée ou usage du tire-lait au moins toutes les 4 heures) et allaitement maternel exclusif (pas de diversification alimentaire) ;
- possible dans les 6 mois après l'accouchement (ovulation probable ensuite) ;
- absence de règles depuis l'accouchement (signant l'absence probable de reprise ovulatoire).

Aussi, on pourra profiter de cette période d'allaitement pour potentialiser l'efficacité de certains outils contraceptifs réputés peu efficaces hors contexte d'allaitement : préservatifs, diaphragmes, capes cervicales, spermicides.

Il est parallèlement des faits certains, dont il va falloir tenir compte pour accompagner le couple dans sa démarche contraceptive.

– Les traitements hormonaux pris dans la période du post-partum peuvent modifier le profil de la lactation : augmentation de la production de lait maternel sous progestatifs microdosés pris précocement [3] (dans les 3 semaines suivant l'accouchement) ; les œstroprogestatifs peuvent légèrement diminuer la production de lait.

– Les traitements hormonaux peuvent aussi modifier le profil des saignements, notamment au cours de l'observance d'une contraception progestative (micropilule, pilule progestative pure, implant progestatif) : *spottings* plus fréquents en cas de prise précoce dans les 3 semaines du post-partum [1].

– Le risque thromboembolique veineux est élevé dans les 3 semaines qui suivent l'accouchement [4], faisant contre-indiquer la prise d'œstrogènes durant cette période.

– La reprise d'une ovulation, même si rarissime avant le 35<sup>e</sup> jour du post-partum (moins de 1%), peut toutefois se produire dès J25 [2].

– Le temps de cicatrisation des structures musculo-ligamentaires retardera le recours à certaines contraceptions : la rétraction utérine prend 2 mois (3 mois si utérus césarisé) ; la compétence périnéale est recouvrée après 2 mois.

## MOYENS DE CONTRACEPTION ET POST-PARTUM

Les outils contraceptifs locaux sont, dans l'ensemble, utilisables, avec les aléas qu'ils impliquent en matière d'efficacité contraceptive : le préservatif masculin, le préservatif féminin, le diaphragme et la cape

cervicale ; il faudra respecter, pour ces deux derniers, un délai de 2 mois après l'accouchement par voie basse et donc envisager un autre moyen de contraception pour les premières semaines du post-partum. L'éventuelle période d'allaitement sera plus favorable à l'usage de tels moyens, du fait de la potentialisation de leur efficacité contraceptive.

Pour les adeptes des méthodes naturelles, méthode Ogino-Knauss, méthodes d'auto-observation (température, Billings), la période de lochies, involution utérine et autres modifications cervicales n'apparaît pas aidante pour une bonne interprétation des observations physiologiques ; le caractère aléatoire de leur relative efficacité n'en serait que renforcé.

Concernant les spermicides, ne sont utilisables que le chlorure de benzalkonium (Pharmatex<sup>®</sup> crème, unidose, éponge, ovule) et le chlorure de miristalkonium (Alpagelle<sup>®</sup> crème, unidose) en cas d'allaitement maternel ; les autres (nonoxynol-9, bromure de benzododecinium) passant dans le lait maternel [1].

La pilule progestative pure (Cerazette<sup>®</sup>) a une place de choix, tant par son efficacité que par son innocuité métabolique. De la même manière, on pourra envisager la mise en place d'un progestatif pur sous la forme d'un implant sous-cutané, au cours des 3 premières semaines du post-partum (Implanon<sup>®</sup>). Le progestatif sera débuté entre J + 3 et J + 21 après l'accouchement.

La pilule œstroprogestative doit évidemment demeurer la règle [6], sous réserve de certaines recommandations, tant son efficacité, sa tolérance et la possibilité d'adapter les doses sont prégnantes. On choisira un œstroprogestatif minidosé (30 µg ou moins), doté d'un progestatif de 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> génération. La prise débutera à J + 21 après l'accouchement : une fois la période à risque thromboembolique maximum passée, avant la date de reprise d'une possible ovulation, alors que l'éventuelle montée laiteuse est bien installée.

Patch contraceptif (Evra<sup>®</sup>) et anneau vaginal (Nuvaring<sup>®</sup>) sont utilisables dans les mêmes termes ; on attendra 2 mois après un accouchement par voie basse pour autoriser l'anneau vaginal, celui-ci représentant dès lors une contraception de relais après quelques semaines d'usage d'un autre outil contraceptif.

La mise en place d'un dispositif intra-utérin ne sera pas immédiate : 2 mois après un accouchement par voie basse et 3 mois après une césarienne, que le stérilet soit au cuivre ou au lévonorgestrel (Mirena<sup>®</sup>) ; le stérilet Gynefix<sup>®</sup> grand absent du marché français actuel (DIU formé d'un monofilament recouvert de manchons en cuivre, et implantable dans le myomètre du fond utérin, redoutablement efficace

*CONTRACEPTION DU POST-PARTUM, CONTRACEPTION DU POST-ABORTUM*

et remarquablement bien toléré) offre la possibilité d'une mise en place précoce, dans le post-partum immédiat [1].

L'injection d'acétate de médroxyprogéstérone (Depo-Provera®), qui a toujours une place chez certaines patientes, sera possible dès J + 7 après l'accouchement, sauf si la femme allaite (la concentration dans le lait étant la même que celle du sérum).

La contraception hormonale d'urgence (Norlevo®) est utilisable dès que nécessaire, que la femme allaite ou non, et apparaît inutile dans les 25 jours du post-partum.

La prise éventuelle de bromocriptine (Parlodel®) ne modifiera pas la conduite pratique contraceptive.

## CONTRACEPTION DU POST-PARTUM EN BREF

<b>préservatifs, spermicides</b> (Pharmatex®, Alpagelle®)	possibles surtout si allaitement
<b>diaphragmes, capes cervicales</b>	possibles en méthode relais, après 2 mois, surtout si allaitement
<b>progestatif pur</b> <b>Depo-Provera®</b>	(Cerazette®, Implanon®) à débiter entre J + 3 et J + 21 possible à partir de J + 7 (sauf allaitement)
<b>œstroprogestatifs oraux</b> <b>patchs hormonaux</b> <b>= LA RÈGLE</b>	30 µg – 1 <sup>re</sup> ou 2 <sup>e</sup> génération à débiter à J + 21 après la dernière tétée du soir si allaitement
œstroprogestatifs par <b>anneau vaginal</b>	après 2 mois
<b>DIU au cuivre</b> et <b>DIU à la progestérone</b> (Mirena®)	à 2 mois (3 mois si césarienne)
<b>contraception hormonale d'urgence</b> (Norlevo®)	dès que nécessaire

## CONTRACEPTION DU POST-PARTUM ET PATHOLOGIE GRAVIDIQUE

En cas d'antécédent d'hypertension artérielle gravidique, la reprise d'un éventuel œstroprogestatif ne se fera qu'après 3 mois et après vérification de la normalité du bilan néphrologique.

En cas de survenue d'un diabète gestationnel, la reprise d'un œstroprogestatif ne pourra se faire qu'après 3 mois et normalisation du bilan glucidique.

Pour ces deux pathologies, il faut insister sur la place de choix de la contraception orale progestative pure (Cerazette®) à débiter dès J + 3 du post-partum ; la normalisation des paramètres biologiques à 3 mois fera alors se reposer la question d'un œstroprogestatif.

L'hépatopathie gravidique contre-indique l'usage des œstroprogestatifs et d'un progestatif pur jusqu'à la normalisation complète du bilan hépatique ; en cas de récurrence d'hépatopathie gravidique, on contre-indiquera définitivement l'usage des œstroprogestatifs et progestatifs.

## LA CONTRACEPTION DU POST-ABORTUM

Il est une question qui demeure pour bon nombre de praticiens : « comment peut-on voir encore autant d'IVG (220 000 par an en France) devant un tel choix contraceptif sur le marché ? » ; cela n'est pas sans renforcer l'hiatus presque inconscient et en tout perdurant entre les orthogénistes et les non-praticiens de l'IVG.

Ce constat a été nommé par la sociologue française Nathalie Bajos paradoxe français. 65% des femmes françaises utilisent une contraception dite moderne (pilule, stérilet, implant, patch ou anneau) dont 75% des 20-44 ans [1] ; les Françaises sont championnes du monde toutes catégories concernant la contraception. Parallèlement, 41% d'entre elles recourent à l'IVG au moins une fois dans leur existence ; 50% utilisaient alors une contraception régulièrement, dont 30%, seulement, l'ont oubliée [1].

Cette heureuse constatation de l'absence de relation, au moins dans les chiffres, entre l'IVG et le développement de la contraception tient au fait qu'ils s'inscrivent dans des registres différents ; dans la vie du sujet, l'histoire d'une IVG n'a aucun sens commun avec la représentation de la contraception. Il faudra bien finir par entendre cela

pour passer à une autre projection en matière de prévention et de planification des naissances, dont 20 % demeurent non prévues au moment de la conception [1].

**Après l'avortement, volontaire ou non, au cours du premier et du second trimestres**, on reprendra de manière très précoce un œstroprogestatif (oral ou en patchs), dans les 24 heures suivant l'expulsion de la grossesse. Aucun consensus n'a défini la durée de traitement hormonal qui apparaîtrait la plus pertinente ; 1 à 2 mois de prise œstroprogestative est de prescription courante ; ensuite, le choix contraceptif est ouvert.

Il a été longtemps préconisé l'observance d'une pilule séquentielle [4], afin de «favoriser la repousse endométriale» et de «diminuer le risque de synéchies» ; on sait aujourd'hui que cela est inutile [5] : la repousse endométriale en post-IVG n'est pas œstrogénodépendante, et les synéchies sont liées à la dilacération du myomètre, qui ne se produit pas au cours de l'IVG (amélioration considérable des techniques aspiratives), ou encore à une rétention infectée (moins de 1% en post-IVG).

Des pratiques souvent trop isolées voient la mise en place d'un implant contraceptif le jour même de l'IVG, dont la tolérance clinique est la même qu'en dehors du contexte d'avortement [5], ou encore la mise en place d'un DIU au décours immédiat de l'acte d'IVG instrumentale [1]. Ces pratiques ne doivent probablement pas rester isolées dans le cadre de situations présumées «d'urgence contraceptive», mais largement plus disponibles afin d'assurer une contraception efficace et précoce après l'IVG, qui n'est pas sans rassurer la majorité des couples. À noter que le risque d'expulsion du stérilet lorsque le col est dilaté chimiquement (misoprostol ou mifepristone) ou instrumentalement (dilatateur de Dubreuil) n'est pas accru [4].

La période métrorragique d'adaptation sous Mirena® n'excède pas 1 mois en post-IVG ; les synéchies utérines ne sont pas plus fréquentes sous Mirena® [5] ; là aussi, la pertinence de l'usage du Mirena® est tout à fait patente.

Enfin, l'injection de Depo-Provera® pourra être réalisée à J + 7 de l'IVG.

**Après une interruption de grossesse du troisième trimestre**, les recommandations sont les mêmes que dans la période du post-partum.



*Résumé*

- *Le temps consacré à la contraception est essentiel ; le moment le plus pertinent pour aborder le sujet n'est sans doute pas celui de l'accouchement ; cela interroge le praticien dans ses propres représentations.*
- *Allaitement, pas allaitement, même conduite contraceptive à peu de chose près.*
- *Ne plus prescrire de microprogestatifs oraux en général, dans le post-partum en particulier.*
- *Penser à Cerazette® pour toute situation délicate (diabète, thrombose, HTA...).*
- *Ne pas stigmatiser la MAMA, qui peut s'avérer relativement efficace, d'autant plus si associée à un autre moyen contraceptif.*
- *La règle = prescrire des œstroprogestatifs à compter de J + 21 ; pour les autres moyens, il s'agira de s'adapter à une situation clinique donnée ou à des antécédents biomédicaux précis.*
- *« Comme si la contraception avait pu empêcher l'IVG » est un lieu commun qui échappe à la réalité de la contraception et de l'IVG.*

**Bibliographie**

1. Mulet F. Guide de la contraception. Propriété de l'association GYNOVE (Angers), 2006.
2. Serfaty D. Contraception 2<sup>e</sup> édition. Masson abrégés éd., 2002.
3. Lansac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique 4<sup>e</sup> édition. Masson éd., 2003.
4. Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie 6<sup>e</sup> édition. Masson éd., 2002.
5. Mention JE. Stratégie contraceptive dans les suites d'une IVG. Les 15<sup>es</sup> journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception – ANCIC, 2003 ; 163-167.
6. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES, 07/12/2004.
7. Aubeny E. Actualité en contraception. 14<sup>es</sup> journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception – ANCIC 2001; 207-209.