

Pourquoi allaiter ?

Lien affectif unique

Maman-Bébé
Continuité du peau à peau

**Gain de temps
et d'argent**

Pas de préparation, ni de matériel

**Aliment évolutif
parfaitement adapté**

Effet protecteur

Diminution risque cancer sein/ovaire
Contre infections virales / bactériennes

Pourquoi prendre matilia® Allaitement ?

Prêt à l'emploi

Pas besoin de chauffer de l'eau
comme pour les tisanes

Acte alimentaire

1 bouteille/jour
Observance facilitée
Non médicalisé

Nomade

À déguster à la bouteille
Conservation ambiante avant ouverture

Se faire plaisir

Tout simplement bon !
3 saveurs parfumés :
chocolat, vanille, caramel



Une alternative innovante pour soutenir l'allaitement

Recommandée par
les Sages-Femmes



www.francebebe.fr



Dossier

La contraception

La contraception est un domaine des sages-femmes. Depuis leur lutte auprès des femmes pour l'obtenir de façon légale jusqu'à l'élargissement de leurs compétences actuelles pour sa prescription.

Le post-partum reste un domaine de prédilection mais la prescription est pourtant souvent identique pour toutes les femmes. Les mineures sont protégées pour y avoir accès de façon anonyme et gratuite et les sages-femmes en recevront de plus en plus, ayant inscrit dans

le livre blanc de l'Ordre, les interventions sur la sexualité et la contraception auprès des collégiens et lycéens. Mais la contraception masculine est méconnue et se heurte au monde patriarcal, comme l'illustre actuellement le combat d'Elaine Lissner aux USA qui se bat pour trouver des financements et des engagements à la commercialisation d'un gel destiné aux hommes (injection dans l'urètre) et ayant passé avec succès les phases d'expérimentation clinique.

SOMMAIRE DU DOSSIER

17 CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

24 CONTRACEPTION DES MINEURS

26 LA CONTRACEPTION MASCULINE

29 Présentation d'ARDECOM, Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine

30 Protocole de la contraception hormonale masculine **en 9 questions** à J.-C. SOUFIR

31 Protocole de la contraception masculine thermique **en 9 questions** à R. MIEUSSET

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

RÉFLEXIONS SUR LA PRESCRIPTION EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

→ Au cours de votre interrogatoire, une patiente vous annonce avoir fait trois IVG. Quelle est votre première pensée ? Indignation ? Jugement négatif ?

Une autre vous raconte qu'à 16 ans, suite à son premier rapport sexuel, elle a été enceinte parce *"qu'elle ne savait pas qu'elle pouvait être enceinte la première fois"*. À 25 ans, en post-partum, elle était sous Microval®, son bébé ne faisait pas ses nuits. Très fatiguée, elle a oublié de prendre la pilule à heure fixe. Ne se sentant pas la force d'enchaîner si tôt avec une autre grossesse, elle décide d'avorter. À 34 ans, le couple est stable. Avec son mari, ils décident d'avoir un troisième enfant, alors, enceinte de 9 semaines, elle découvre que son compagnon la trompe, la maîtresse étant enceinte de 5 mois du même homme. Le couple explose et elle décide d'avorter, ne pouvant assumer seule une troisième grossesse.

Quelle analyse pouvons-nous faire de cette histoire ?

- Pour éviter la première IVG, depuis 2001 des informations sur la santé sexuelle doivent être dispensées aux élèves de tous niveaux... Mais est-ce fait ? Y a-t-il assez de moyens déployés pour remplir cette mission ? C'est un sujet tabou pas facile à aborder par tous !
- La deuxième IVG... il est vrai que prendre un comprimé tous les jours à la même heure quand la maman vient d'accoucher et qu'elle vit au rythme de son bébé, ce n'est pas évident ! Même en dehors du post-partum !
- Concernant la troisième... nous n'avons pas encore trouvé de "remède" à l'infidélité !

Il paraît illusoire de vouloir diminuer le nombre de grossesses non désirées par une campagne nationale tous les 3 ou 5 ans. Combien de femmes se sentent concernées par le message ? La démarche du groupe de réflexion a été de cibler le "post-partum" et de passer en revue les dernières études pour tenter de faire évoluer les pratiques. À travers ce document, nous vous livrons le fruit de nos recherches dans la limite des connaissances actuelles de la science.

Sur une initiative de l'association ICAR en 2013, en partenariat avec l'ARS, le groupe de réflexion "Post-Partum" a regroupé les professionnels suivants :

- Dr J.L. Volumenie, Praticien hospitalier, Chef de service MFME-CHUM - Fort-de-France
- Dr K. Haentjens, gynécologue-obstétricienne sexologue
- Dr S. Fabien, médecin à l'AMIOF
- Dr P. Ozier-Lafontaine, pharmacien
- Dr T. Deblay, médecin généraliste
- Dr C. Bonnier, praticien hospitalier, responsable de l'unité d'orthogénie - MFME-CHUM - Fort-de-France

Avec le soutien de



→ LA SEXUALITÉ DE LA FEMME EN POST-PARTUM

Il existe très peu d'études retrouvées sur la sexualité en post-partum et, de plus, elles sont réalisées par des volontaires.

On note 19 % de relations sexuelles entre l'accouchement et le 4^e mois.

En moyenne, la reprise de l'activité sexuelle se situe vers la 7^e semaine après l'accouchement. Les femmes qui allaitent ont moins de relations sexuelles et moins de plaisir.

Il existe une différence entre un accouchement voie basse et une césarienne : les relations sexuelles sont plus précoces après un accouchement par voie basse qu'après une césarienne.

La connaissance de la sexualité est importante pour mieux affiner les conseils donnés aux patientes.

→ LE MOMENT LE PLUS PROPICE POUR ABORDER LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Idéalement, il est souhaitable d'aborder le problème de la contraception en période anténatale et, si possible, en couple. Cette démarche est d'ailleurs recommandée par l'ANAES. Plusieurs études ont, en effet, mis en évidence les insuffisances de la stratégie contraceptive lorsque celle-ci n'était pas évoquée avant le séjour en maternité.

■ Quels sont les principaux risques d'une grossesse rapprochée ?

• Pour l'enfant

Le Dr F. Dedeker and Co., dans son article J Obs 2006 ; 35 28-34, rappelle les complications périnatales existantes et préoccupantes : la prématurité, le retard de croissance intra-utérin, la mortalité périnatale.

• Pour la mère

Le même article souligne le fait qu'il y a plus de grossesses rapprochées chez les femmes qui n'allaitent pas que chez les femmes allaitantes.

Et conclut : *"l'instauration d'une contraception en post-partum est un élément important surtout quand la femme n'allait pas"*.

Le fait de sensibiliser les femmes enceintes à la contraception en post-partum peut avoir un impact sur le nombre de grossesses non désirées et d'IVG.

Que proposer ?

À la lecture du mémoire de M^{lle} Casseus réalisé auprès d'accouchées, nous avons retenu que :

- Pendant la grossesse, les professionnels de santé, que ce soit celui qui suit la grossesse ou celui organisant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, restent les interlocuteurs privilégiés en matière de contraception.

Dans 9 cas sur 10 l'information, principalement dispensée par la sage-femme et les étudiantes sages-femmes, est donnée le jour de la sortie, sous forme d'entretien dans la chambre de la patiente. On leur a alors parlé principalement de la pilule.

Mais à cet instant, les femmes **ne pensent qu'à leur sortie** et organisent leur retour à la maison avec comme **principale préoccupation : le bébé**.

- À la sortie de la maternité, la méthode la plus prescrite est Microval® (dans 79 à 100 % des cas). Les femmes considèrent que le fait de recevoir une ordonnance de pilule n'est pas recevoir une information. La contraception est prescrite sans leur avis sur la question.
- En consultation post-natale : un tiers change de contraception en faveur d'un DIU principalement. Les deux-tiers continuent avec Microval® car elles allaitent toujours, **mais, elles ont confié vouloir changer de contraception au 6^e mois du post-partum**.

Ne faut-il pas informer les femmes sur la physiologie du post-partum, le retour à une fertilité rapide pour qu'elles comprennent la nécessité d'une contraception ?

Ne faut-il pas favoriser l'adhésion en tenant compte des désirs de la femme ?

Une étude rétrospective menée dans le New Jersey entre 1996 et 2000 a montré le bénéfice d'un *counseling* sur la contraception tôt au cours de la première grossesse.

Ces données nous confortent dans le besoin d'apporter une information adaptée à ces femmes en quête de renseignements pour trouver une méthode plus adaptée à leur histoire. Les consultations prénatales pourraient constituer un temps d'échange privilégié pour aborder la contraception : **le meilleur moment nous semble être vers le 8^e mois**, lors de la consultation sur le lieu d'accouchement. Une étude dans le cadre d'une thèse de médecine est en cours pour évaluer la performance de cette information.

→ LES VÉRITÉS ET ERREURS SUR LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

1. Les contraceptions œstro-progestatives sont contre-indiquées immédiatement après l'accouchement

VRAI ➤ Le risque thromboembolique du post-partum se cumule avec le risque thromboembolique des œstroprogestatifs et conduit à éviter la prescription dans les 21 jours qui suivent l'accouchement. Généralement, les femmes sans facteurs de risque thromboembolique peuvent débuter une contraception œstroprogestative entre 21 et 42 jours post-partum.

Après 42 jours post-partum, aucune restriction liée à l'accouchement récent ne s'oppose plus à la contraception œstroprogestative.

2. À partir de quand les femmes ovulent-elles après un accouchement ?

Généralement, en l'absence d'allaitement, la première ovulation peut intervenir dès 25 jours post-partum. Cela signifie a contrario que la contraception n'est pas indispensable durant les trois semaines suivant l'accouchement, y compris chez les femmes n'allaitant pas. Mais pour des raisons pratiques et d'oubli nous pouvons conseiller la prise d'une contraception (hors œstro-progestative) dès le retour à domicile.

3. Peu de femmes sont à risque thromboembolique et donc présentent une contre-indication relative à la pilule œstroprogestative entre 21 et 42 jours post-partum

Parmi les facteurs de risque de thrombose susceptibles d'être augmentés de façon trop importante par la contraception œstro-progestative dans les six premières semaines de post-partum, on trouve :

- Âge > 35 ans (≈ 10% des accouchements en Martinique)
- IMC ≥ 30 kg/m² (≈ 25% des accouchements en Martinique)
- Césarienne en urgence (≈ 10-12% des accouchements en Martinique)
- Thrombophilie connue (mutation du facteur V Leiden la plus répandue chez 2 à 5 % des patientes)
- Antécédent de pathologie thromboembolique (mais en principe, il s'agit d'une contre-indication définitive aux œstroprogestatifs)
- Hémorragie de la délivrance (≈ 2,5% des accouchements en Martinique)
- Prééclampsie (≈ 3% des grossesses en Martinique)
- Tabagisme (≈ 6-8% des accouchées en Martinique)

On constate qu'il ne s'agit pas de situations exceptionnelles si bien que la mise en place d'une contraception œstroprogestative avant 42 jours post-partum est assez souvent à risque.

4. Le risque thromboembolique lié aux pilules œstroprogestatives est supérieur au risque thromboembolique lié au post-partum

FAUX ➤ Le risque thromboembolique lié aux pilules œstroprogestatives est d'un facteur 4 environ pour les pilules de 1^{re} et 2^e générations et d'un facteur 8 pour les pilules de 3^e et 4^e générations.

Le risque thromboembolique du post-partum par rapport à celui de la femme non enceinte est d'un facteur 22 à 84 ! Il s'annule environ à J42 post-partum.

5. Les recommandations en matière de contraception œstroprogestative en post-partum sont identiques que la patiente allaite ou non

FAUX ➤ L'exclusion des contraceptions œstroprogestatives chez les femmes allaitant va jusqu'à un mois et non trois

semaines en raison des risques de réduction de la quantité de lait et de l'augmentation du recours à un allaitement mixte, bien que les données en ce domaine ne soient pas univoques et que des études de bonne qualité méthodologique fassent défaut sur le sujet.

Après 30 jours, le recours aux contraceptifs œstroprogestatifs est possible chez les femmes allaitant, sauf en cas de facteurs de risque thromboemboliques auquel cas l'exclusion va jusqu'à 42 jours post-partum.

Il n'a pas été clairement démontré de conséquences délétères sur le nouveau-né et son développement d'une prise d'œstroprogestatifs par sa mère pendant la période de l'allaitement.

6. Les contraceptions progestatives pures sont possibles quelles qu'elles soient dès le lendemain de l'accouchement, que la femme allaite ou non

VRAI ➤ Toutes les contraceptions progestatives sont possibles dès J1 post-partum, y compris les injections d'acétate de médroxyprogestérone, les implants à l'étonogestrel et les micropilules.

Il n'a pas été mis en évidence d'altération de la qualité de l'allaitement sous progestatifs purs ni de conséquences sur le nouveau-né, notamment sur les hormones sexuelles des nouveau-nés de sexe masculin.

7. Les DIU ne peuvent être insérés avant 6 semaines post-partum

FAUX ➤ Les DIU, qu'ils soient au cuivre ou au lévonorgestrel peuvent être insérés en post-partum immédiat, dès la salle de naissance, et le sont fréquemment dans des pays tels que la Chine ou l'Égypte.

Le risque infectieux n'est pas majoré par une pose en post-partum immédiat.

Le risque d'expulsion semble supérieur lorsque l'insertion a lieu plus de dix minutes après l'accouchement et jusqu'à un mois après celui-ci : l'insertion devrait donc préférentiellement se faire dès la délivrance placentaire. Le risque d'expulsion est toutefois supérieur (aux alentours de 10-15 % selon les études) en cas de pose en post-accouchement immédiat par rapport à une pose à distance de la grossesse (> 6 semaines de l'accouchement).

Le risque d'expulsion est supérieur en cas d'insertion après un accouchement voie basse qu'après une césarienne.

Le taux de poursuite de la méthode par DIU à 6 mois n'est pas différent lorsque l'insertion a lieu dans le mois qui suit l'accouchement par rapport à une insertion plus tardive.

Seule l'existence d'une complication septique puerpérale (endométrite) contre-indique la pose d'un DIU durant cette période mais en revanche, l'insertion d'un DIU en post-partum immédiat n'augmente ni les complications infectieuses, ni les complications hémorragiques.

8. L'utilisation de l'ibuprofène est contre-indiquée chez la femme porteuse d'un DIU au cuivre

FAUX ➤ La Bibliothèque Cochrane s'est donnée pour objectif

de juger de l'efficacité de cette classe de médicaments sur les méno-métrorragies et douleurs chez les femmes sous dispositif intra-utérin (DIU) en compilant et synthétisant les données en provenance des essais randomisés en double aveugle consacrés à ce sujet, au nombre de 15, en provenance de 10 pays incluant plus de 2700 patientes.

Les AINS réduisent significativement l'abondance des saignements, que la femme souffre ou non de méno-métrorragie. Il en est de même pour les douleurs associées au DIU. Aucune donnée ne permet de déterminer la meilleure molécule et la posologie la plus adaptée.

Pour les responsables de cette synthèse, les AINS dans leur ensemble représentent le traitement de première intention des épisodes de saignements et des douleurs chez les femmes porteuses d'un stérilet au prix d'effets secondaires limités (gastralgie et troubles du sommeil).

AINS, contraception intra-utérine et efficacité, la fin des idées reçues : il n'y a pas d'interaction entre la prise d'AINS et le DIU. Différents travaux ont clairement démontré que les AINS n'interfèrent pas dans l'effet contraceptif du DIU.

9. Les risques thrombotiques des œstroprogestatifs sont moindres avec les formes non orales (patch et anneau vaginal)

FAUX ➤ Sur une grande étude de cohorte danoise, le risque relatif de thrombose veineuse chez des patientes utilisant le patch œstroprogestatif était de 2,3 et pour celles utilisant l'anneau de 1,9 par rapport aux utilisatrices de pilules œstroprogestatives de 2^e génération. Anneau et patchs sont des contraceptifs de 3^e génération et la différence de voie d'administration ne réduit pas le risque thrombotique veineux par rapport à la forme orale. Les incidences d'accidents thrombo-emboliques pour 10000 patientes sont de 9,7 pour les patchs et 7,8 pour les anneaux.

10. Les pilules progestatives pures contenant des progestatifs de 3^e génération augmentent le risque thrombotique veineux au même titre que les contraceptions œstro-progestatives

FAUX ➤ L'augmentation du risque thrombotique n'a été mise en évidence **QUE** pour les contraceptions œstroprogestatives, pas pour les contraceptions progestatives pures, y compris avec les progestatifs tels que le désogestrel.

Sur une cohorte danoise de 3,3 millions d'années-femmes, le risque relatif de thrombose veineuse pour les patientes sous micropilule au désogestrel (Cérazette®) est de 1,12 [0,36-3,49] par rapport aux patientes sans contraception. Les recommandations américaines considèrent toujours comme possible les contraceptions progestatives pures chez les patientes ayant des facteurs de risque thrombotique.

11. Le risque thromboembolique des contraceptions hormonales augmente avec la durée de prise

FAUX ➤ Le risque thromboembolique est maximal durant la première année de prise et décroît ensuite. Ainsi, dans une étude de cohorte danoise sur 3,3 millions d'années femmes,

le risque relatif de thrombose veineuse chez les utilisatrices de contraception œstroprogestative est de 4,17 la première année, 2,98 entre 1 et 4 ans et 2,76 après 4 ans d'utilisation par rapport aux non-utilisatrices.

12. Le risque thrombotique artériel est augmenté dans les mêmes proportions que le risque thrombotique veineux par les contraceptions œstro-progestatives

FAUX ➤ Chez les patientes ne présentant pas de risque cardiovasculaire artériel (et notamment non fumeuses), la contraception œstroprogestative n'est pas associée isolément à une augmentation du risque d'infarctus du myocarde en particulier. Il semblerait en outre que le risque, bien que non significatif, soit légèrement plus élevé avec des contraceptifs de 2^e que de 3^e génération.

13. Les contraceptions progestatives pures n'augmentent pas le risque d'accident vasculaire artériel

VRAI ➤ Même si les données sont moindres qu'avec les œstroprogestatifs, les données ne montrent pas d'augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral avec les contraceptions progestatives pures. Les micropilules au désogestrel et les DIU au lévonorgestrel n'ont pas été étudiés de façon fiable. Il n'y a pas non plus d'augmentation du risque d'infarctus du myocarde.

→ LE CHOIX CONTRACEPTIF DISPONIBLE POUR NOTRE PRESCRIPTION QUOTIDIENNE

■ LES MICROPROGESTATIFS

(Progestatifs administrés de façon continue et à faible dose)

Produits les plus prescrits en post-partum précoce et poursuivis très souvent le temps de l'allaitement.

Actuellement au nombre de deux :

- **Le désogestrel** à la dose de 75 µg/jour (Cerazette®, Désopop® ou Optimizette®);
- **Le lévonorgestrel** à la dose de 30 µg/jour (Microval®).

Ils agissent par des effets périphériques :

- Coagulation de la glaire cervicale;
- Modifications de l'endomètre (atrophie).

Ils ont une action anticonceptionnelle différente selon la molécule utilisée :

- 98 % pour la Cerazette®, Désopop® ou Optimizette®;
- 50 % pour le Microval®.

Microval® nécessite une prise quotidienne **rigoureusement à la même heure** avec une tolérance à l'oubli de 3 heures. Alors que Cerazette® et Désogestrel 75® tolèrent une prise plus souple avec un espace-temps de 12 heures en raison de sa plus grande action anticonceptionnelle.

- **Indice de Pearl** de la Cerazette® : théorique de 0.52, pratique de 2 à 3.
- **Indice de Pearl** du Microval® : théorique de 1.17 (0.9 pour les 40 ans et plus, 2.2 pour les moins de 35 ans), pratique de 6 à 8.

AVANTAGES

Bonne tolérance métabolique (glucidique, lipidique, hémotatique).

Pour les femmes qui allaitent, pas de modifications quant à la quantité et la qualité du lait.

INCONVÉNIENTS

Essentiellement des saignements irréguliers (effet indésirable le plus fréquemment retrouvé sous microprogestatifs) entraînant l'arrêt du traitement. Les effets secondaires sont plus fréquents si la prise se fait dans les trois premières semaines du post-partum.

RISQUES

Le progestatif ralentit le transit tubaire et pourrait favoriser une grossesse extra-utérine en cas d'ovulation (action anticonceptionnelle incomplète).

CONTRE-INDICATIONS

- Pathologies hépatiques sévères
- Tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels connues ou suspectées
- Accidents thromboemboliques veineux évolutifs
- Hypersensibilité à l'un des composants
- Associations médicamenteuses (inducteurs enzymatiques) dont le millepertuis

Le Désogestrel 75 montre une très bonne efficacité avec une souplesse dans la prise quotidienne. Notons que deux spécialités, Optimizette® et Désopop® accessibles en Martinique, sont remboursées par la Sécurité Sociale.

Dans un article du Concours Médical en septembre 2006 : 128-25/26, il était déjà conseillé d'abandonner la prescription du **Microval® pour son taux d'échec contraceptif** (3 % des IVG surviennent sous Microval®).

Nous proposons

De privilégier la prescription d'Optimizette® ou de Désopop®, seuls désogestrel 75 remboursés par la Sécurité Sociale, et de la débiter dès le retour à la maison pour ne pas oublier de la commencer. Proposer à la femme d'associer la prise contraceptive à un geste quotidien (ex : brossage des dents, maquillage...).

■ L'IMPLANT

Commercialisé en France sous le nom de Nexplanon®, remboursé à 65 % par la Sécurité Sociale. Ce dispositif contient 68 mg d'étonorgestrel, métabolite biologiquement actif du désogestrel.

Sa diffusion progressive permet une sécurité de 3 ans (2 ans chez les personnes en surpoids) avec des concentrations sériques suffisantes pour inhiber l'ovulation chez la majorité des femmes. Son indice de Pearl est excellent et n'est pas dépendant de l'utilisatrice.

L'effet contraceptif est immédiat quand il est inséré dans les cinq premiers jours du cycle et disparaît dans la semaine suivant le retrait.

Le principal inconvénient réside dans la tolérance clinique, très variable d'une femme à l'autre. Ses avantages, ses inconvénients et ses contre-indications sont comparables à ceux des microprogestatifs.

Sa sécurité et son efficacité ont été étudiées sur les femmes de 18 à 40 ans.

L'implant peut être prescrit dans le post-partum immédiat.

Un essai contrôlé randomisé d'insertion du Nexplanon® à J3 (proposition hors AMM) a été réalisé au Brésil et aux USA.

LES INTÉRÊTS DE CE CHOIX

- Effet contraceptif immédiat (dès H 8)
- Pas de délai dans la mise en place, pas de nécessité d'une nouvelle consultation
- Avant J 21 !
- Absence d'œstrogènes
- Retour rapide à la fertilité après ablation

La conclusion montre qu'il n'y a pas d'altération du lait maternel. Les bébés ont été suivis à 3 ans : aucune différence dans leur croissance ou leur développement psychomoteur n'a été constatée.

Nous proposons

Pour une meilleure tolérance cyclique, il est recommandé de poser l'implant dès le 15^e jour du post-partum, voire avant la sortie en cas d'indication psychosociale. Cette pratique permet d'anticiper la reprise de la contraception chez la patiente dans cette période de bouleversements et d'adaptation, même s'il est possible que l'implant entraîne quelques *spottings*. En cas d'allaitement maternel, il n'y a pas de conséquences pour l'enfant.

La sage-femme pourrait poser l'implant lors de ses visites en post-partum. L'implant présente aussi l'avantage d'être pris en charge à 65 % par la Sécurité Sociale.

■ LE PRÉSERVATIF

Il peut être utilisable d'emblée, est efficace en cas de bonne utilisation et protège des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Son choix, comme méthode de contraception, nécessite de revoir son utilisation correcte et la remise d'une ordonnance de contraception d'urgence à utiliser à partir du 21^e jour après l'accouchement en cas d'oubli ou d'accident.

Le préservatif féminin sans latex est très bien lubrifié : il peut convenir à certaines femmes dans cette période où il peut y avoir une sécheresse vaginale.

■ LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN

Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen de contraception efficace, ne demandant pas d'observance, avec un bon indice de Pearl d'après les dernières études (et depuis l'arrêt de la commercialisation du NovaT 200).

Les femmes qui allaitent peuvent être de bonnes candidates pour l'utilisation du DIU (cuivre ou lévonorgestrel).

Il peut être proposé :

- rapidement en post-partum,
- avec ou sans allaitement,
- en dehors des poses immédiates précitées,
- après 6 semaines ou plus (tenir compte de l'examen gynécologique),
- y compris après césarienne.

Il n'est pas nécessaire d'attendre le retour des règles pour la pose du DIU, une fois la certitude acquise qu'il n'y a pas de nouvelle grossesse en cours.

Il présente une excellente tolérance, aucune augmentation significative des petits tracas ou des complications plus sérieuses et un très faible taux d'expulsion (crainte).

Les femmes connaissent toujours quelqu'un dans l'entourage qui a eu un bébé sous DIU, mais les femmes avouent-elles avoir été enceintes par oubli de pilule (ce qui les renvoie à une défaillance personnelle)?

Il existe deux types de dispositif intra-utérin : au cuivre et au Lévonorgestrel.

Rappelons que s'il n'y a qu'un modèle à la progestérone, il existe différentes formes et tailles de stérilet au cuivre.

Tenant compte des indications habituelles et après entretien d'information avec la patiente, il est conseillé de le contrôler 6 semaines après la pose puis tous les ans (durée de 3 ans, 5 ans ou plus en fonction de la spécialité). On insistera au cours de l'information sur les symptômes nécessitant une consultation en dehors de la surveillance habituelle.

Une bonne information sur l'endroit de la pose (des femmes pensent qu'il se pose dans le vagin, toutes ne savent pas que ce "corps étranger" se dépose dans une cavité existante et ne perfore aucun organe), permet de dissiper quelques réticences.

Il semble nécessaire d'insister sur la liberté que procure cette méthode : mon bébé est malade, je suis épuisée, je prends l'avion au dernier moment, je ne l'oublie pas, je n'ai pas à y penser, je le fais retirer si je désire un autre enfant...

À noter qu'une méta-analyse conduite par *Castellsagué et al.* a montré qu'il n'existe aucun lien entre le port du DIU et l'HPV, même après stratification, et que le taux de cancer du col est réduit de près de 50 % (RR : 0.53 : [0.42-0.70]) de manière très significative ($p < 0.0001$) dès la première année d'utilisation de DIU et ce, dans toutes les régions du globe. Le mécanisme de cette action favorable reste à ce jour inconnu.

■ LE DIAPHRAGME

Peu demandé dans notre culture, il faut attendre la fin de l'involution utérovaginale et le rappeler aux femmes qui l'utilisaient avant la grossesse.

Ce n'est pas le bon moment pour en proposer une éventuelle première utilisation. Notons un coût conséquent puisque nécessitant l'adjonction de crème spermicide.

■ LES MÉTHODES NATURELLES

Rappelons cette vaste étude américaine portant sur la fertilité féminine, qui a bouleversé les acquis.

- Plus de 70 % des femmes sont fertiles en dehors de la période théorique habituelle du 10^e au 17^e jour du cycle!
- Seules 30 % des femmes étaient fertiles dans l'intervalle "théorique"!
- Ainsi, 70 % des sujets sont fertiles avant ou après cette phase du cycle, et ceci, malgré la présence de cycles réguliers.
- Au final, elles sont plus de 10 % à être fertiles à n'importe quel moment de leur cycle, c'est-à-dire, du 6^e au 21^e jour!

La période d'ovulation est donc beaucoup plus large qu'on ne le pensait, et de ce fait, imprévisible! (impact médecin hebdo 24/11/00).

Les méthodes dites naturelles sont donc déconseillées dans cette période maximale de risque de grossesse, aussi bien la méthode Billings (sécrétions, lochies...) que la méthode des températures (très peu interprétables dans cette situation).

■ LA MAMA (MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE)

Indice de Pearl de 2 % soit 98 % d'infertilité sous certaines conditions :

- Tétées fréquentes des deux seins, avec un minimum de 6 par 24 heures et **jamais plus de 6 heures entre 2 tétées.**
- **Allaitement exclusif**
- Absence de menstruation
- Pas plus de 6 mois après l'accouchement
- Être prête à choisir une autre méthode dès que les conditions précitées ne sont plus réunies.

Elle nécessite une femme, un couple, motivé avec une explication détaillée et une anticipation de la méthode désirée en relais.

■ LA CONTRACEPTION D'URGENCE

- Actuellement, la contraception d'urgence la plus utilisée est le **Lévonorgestrel (Norlevo®)**, progestatif développé depuis 1999. Son efficacité décroît avec le délai d'utilisation (elle est de 95 % pour une prise dans les 24 heures qui suivent le rapport à risque, de 85 % entre 24 et 48 heures et de 58 % entre 48 et 72 heures).

LES MODALITÉS DE PRISE: un seul comprimé de 1,5 mg en prise unique.

- Un autre contraceptif d'urgence, l'**Acétate d'Ulipristal (EllaOne®)**, a été commercialisé en octobre 2009. Il s'agit d'un dérivé stéroïdien, modulateur sélectif (agoniste/antagoniste tissu spécifique) des récepteurs à la progestérone de 2^e génération (SPRMs). Contrairement au lévonorgestrel, l'efficacité de l'acétate d'ulipristal semble persister après le pic de LH, la période de risque maximal de grossesse, par l'intermédiaire d'une action inhibitrice sur la rupture folliculaire. Deplus,

après l'ovulation, l'Acétate d'Ulipristal semble présenter un rôle anti-implantatoire par son action sur l'endomètre.

LES MODALITÉS DE PRISE: prise d'un comprimé unique de 30 mg dans les cinq jours qui suivent le rapport à risque (à répéter en cas de vomissements dans les trois heures suivant la prise).

Une méta-analyse a rapporté un risque de grossesse moitié moindre dans le groupe Ulipristal Acétate versus Lévonorgestrel pour une prise de la contraception d'urgence dans les 72 heures, avec un OR de 0,58 (IC de 0,33 à 0,99) confirmant une efficacité doublement supérieure de l'ulipristal acétate. Dans les 24 premières heures, l'efficacité de l'ulipristal acétate est encore plus grande avec un OR de 0,35 (IC de 0,11 à 0,93).

Néanmoins, on conseillera à la patiente de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les cinq à sept jours après la date attendue ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles.

La tolérance est bonne pour les deux molécules.

LES PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES

Céphalées, dysménorrhées, saignements intermenstruels et nausées, sont retrouvés dans 9 % des cas, les règles surviennent à la date attendue dans 80 % des cas. On ne montre pas d'effets secondaires métaboliques (bilan lipidique, glycémie, tension artérielle).

Il n'existe pas de contre-indication, en dehors d'une hypersensibilité et d'une grossesse avérée. L'allaitement n'est pas recommandé pendant au moins 36 heures après une prise d'EllaOne®, huit heures avec le lévonorgestrel.

Il semble que certains inducteurs enzymatiques (rifampicine, phénobarbital...) peuvent réduire l'efficacité de l'Ulipristal Acétate comme celle du lévonorgestrel par augmentation du catabolisme et diminution des concentrations sériques, de même que certains médicaments augmentant le pH gastrique (IPP, anti-H2...). La contraception d'urgence n'a, par ailleurs, pas été évaluée pour les IMC > 30.

Les dispositifs intra-utérins, bien que d'utilisation marginale dans cette indication, peuvent également être utilisés comme contraception d'urgence. Il faut alors les mettre en place dans les 120 heures qui suivent le rapport à risque.

L'utilisation de la contraception d'urgence, en cas de rapport sexuel à risque, reste marginale par une mauvaise perception du risque de grossesse par les femmes :

- Mauvaise identification de la fenêtre fertile,
- Méconnaissance de la physiologie,
- Plus spécifiquement chez les adolescentes en raison de croyances erronées selon lesquelles la période des règles ou le premier rapport sexuel sont sans risque de grossesse.

Un quart de la population âgée de 15 à 54 ans interrogée pensait qu'il fallait une ordonnance pour se procurer la contraception d'urgence progestative (toutefois uniquement pour le Norlevo®). Cela souligne encore une fois l'importance des mesures d'information.

Nous proposons...

Il nous semble important d'encourager une prescription systématique d'une contraception d'urgence à base de Lévonorgestrel dans le même temps que la contraception orale, associée à une information claire à son sujet.

Nous rappelons la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule œstroprogestative. •

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

en bref

Préservatif spermicides (pharmatex®, alpagelle®)	→	Possible surtout si allaitement (privilégier en unidose ou éponge)
Diaphragmes, Capes cervicales	→	Possible en méthode relais après 2 mois, surtout si allaitement
Progestatifs purs		
Cérazette® - Désopop® Désogestrel 75 Nexplanon®	→	À débiter entre J 3 et J 21
Dépo-Provera®	→	Possible à partir de J 7 sauf si allaitement
Oestroprogestatif oraux	→	2 ^e génération à débiter 4 à 6 semaines (après la dernière tétée du soir si allaitement)
Anneau (Nuvaring®)	→	Après 2 mois
DIU au cuivre ou au lévonorgestrel	→	Après 4 à 6 semaines
Contraception d'urgence (Norlevo®)	→	Dès que nécessaire

RÉFÉRENCES

VÉRITÉS ET ERREURS SUR LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

1. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*. 2010 Jul; 82 (1): 17-37
2. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*. 2010 Jul; 82 (1): 10-6.
3. Jackson E, Curtis K, Gaffield M. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 691-703
4. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*. 2009 Oct; 80 (4): 327-36.
5. Lidegaard Ø, Milsom I, Geirsson RT, Skjeldestad FE. Hormonal contraception and venous thromboembolism. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 769-78
6. Revised recommendations for the use of contraceptive methods in the postpartum period. *MMWR* 2011, July 8; 60,26: 878-83
7. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009 Aug 13; 339: b2890
8. Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ*. 2011 Oct 25; 343: d6423
9. Human Reproduction Vol.21 N°10, pp. 2612-2616, 2006
10. La Revue Prescrire N° 235, p. 76, janvier 2003

POUR LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE CONTRACEPTION

1. Chi IC, and all. Post-caesarean section insertion of an intra uterine contraceptive devices. *Am. J. Public. Health* 1984 : 74 1281-1282
2. Puzey M, Mirena et caesarean section. *Eur. J. contracept. Reprod. health. Care* 2005 : 10 164-167.
3. Grimes Da et al. Immediate post partum insertion of intra uterine devices. *Cochrane database syst rev* 2010; 5 CD003036.
4. Bhutta SZ, Butt Ij, Banok. Insertion of intra uterine contraceptive device and caesarean section. *J. Col. Physicians. Surg Pak* 2011: 21 527-530.
5. Celen S and all. Immediate Post placental insertion of an intra uterine contraception device during caesarean section. *Contraception* 2011; 84 240-243.
6. Robin G et all. Post partum birth control. *Gynecol Obstet. fertil* 2008; 36 603-615.
7. Gronnier H, Robin G, Dewailly D. *Contraception. Rev Prat* 2011; 61 849-857.
8. Robin G, Grazier F, Massart P, Letombe B. Les contraceptions difficiles. *Real en Gynécologie-Obstétrique* 01,2012 159
9. Castellisague X, Diaz M, Vaccarella S et al. Intrauterine device use, cervical infection with HPV, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies *Lancet Oncol* 2011; 12: 1023-1031
10. Grimes DA et coll.: Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct 18; (4): CD006034.

EN BREF

1. Contraception du post partum. F Mulet et Ph Dechamps (Angers).