



## Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise

Association Loi 1901 n° 0784014641  
29 rue de Versailles - 78150 Le Chesnay  
Tel : 01.39.43.12.04 – Fax : 01.39.43.13.58  
E-Mail : [cpav@medical78.com](mailto:cpav@medical78.com)  
Web: <http://www.nat78.com>

# CONTRACEPTION DU POST-PARTUM<sup>1</sup>

**Mars 2005**

---

<sup>1</sup> La CPAV remercie pour sa contribution ainsi que pour la direction et la synthèse de ce protocole le :

**Dr Laurence ANNE**  
Gynécologue Obstétricien

# PLAN

<b>Rappel général .....</b>	<b>p.3</b>
<b>I Entretien sur la contraception du post-partum.....</b>	<b>p.5</b>
<b>II Contraceptions « classiques » du post-partum .....</b>	<b>p.6</b>
<b>III Autres contraceptions du post-partum .....</b>	<b>p.8</b>
<b>IV Pathologies de la grossesse et contraception du post-partum .....</b>	<b>p.10</b>

## RAPPEL GENERAL

Le **post-partum** débute 2 heures après la délivrance, se termine au retour des règles et sa durée est variable, car tributaire du mode d'allaitement.

Cette période présente ses propres modifications anatomiques et biologiques.

### **Modifications anatomiques :**

- involution utérine

J12 utérus pelvien et orifice interne du col fermé

J20 orifice externe du col fermé

J25 cicatrisation endométriale : l'endomètre redevient réceptif aux hormones

- atrophie vaginale

J15 le vagin redevient réceptif aux hormones

### **Modifications biologiques :**

- Les facteurs de coagulation

Ils diminuent et se normalisent en 3 semaines excepté le taux de fibrinogène qui se normalise en 1 à 2 mois

- L'activité fibrinolytique

Elle diminue et se normalise en 15 jours

L'équilibre entre les deux, se traduit par une tendance à l'hypercoagulabilité pendant les 3 premières semaines du post-partum

- Les lipides

Ils se normalisent après 6 semaines

- La prolactine

En fin de grossesse : 200 ng/ml

L'évolution de sa concentration en post-partum va dépendre du type d'allaitement et de la prise ou non de bromocriptine

Allaitement artificiel sans bromocriptine :

J7 divisé par 4

J15 taux de base

Retour de couches J55 à J60

Ovulation entre J40 et J50

Allaitement artificiel avec bromocriptine :

J2 Taux de base

$\frac{3}{4}$  des cas retour de couches J21 à J32

1<sup>er</sup> cycle le + souvent  
anovulatoire

$\frac{1}{4}$  des cas retour de couches J45

1<sup>er</sup> cycle le + souvent  
ovulatoire

Allaitement maternel exclusif :

La succion de l'aréole est à l'origine de pics de sécrétion de prolactine, qui entraînent une mise au repos de la fonction gonadotrope hypophysaire.

Ces pics vont décroître d'intensité pour disparaître vers J60.

La durée d'anovulation et d'aménorrhée est directement liée à la fréquence et à la durée des tétées.

Le retour de couches peut survenir entre 8 et 15 mois.

Allaitement maternel non exclusif :

La reprise de la fonction ovarienne peut survenir, avec une ovulation possible au plus tôt à J43.

# **I ENTRETIEN SUR LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM**

Cet entretien se fait le plus souvent lors de l'hospitalisation en suites de couches.

## **I-1 Entretien informatif :**

Cet entretien informe la patiente sur la possibilité d'une ovulation avant le retour de couches et sur la nécessité d'avoir une contraception en post-partum

## **I-2 Entretien personnalisé pour le choix d'une contraception adaptée :**

Cet entretien va recueillir des données qui permettront de proposer des modes de contraception adaptés.

- Contraceptions antérieures :  
Effets secondaires  
Oublis pilule  
Echecs de contraception ( IVG )
- Circonstances de survenue de la grossesse :  
Programmée  
Surprise
- Pathologie de la grossesse et mode d'accouchement
- Mode d'allaitement

## **II CONTRACTIONS « CLASSIQUES » DU POST-PARTUM**

### **II-1 En cas d'allaitement maternel :**

#### 1. Contraception orale micro-progestative

C'est la contraception la plus prescrite

Microval ( lévonorgestrel ) ou cérazette ( désogestrel )

A commencer à J10

Prise d'un comprimé par jour sans interruption et à heure fixe  
Informez la patiente de la possibilité d'aménorrhée ou de  
spotting.

Contre-indication : pathologie hépatique sévère

#### 2. Contraception locale

Préservatifs

Spermicides : certains spermicides sont contre-indiqués étant  
donné le passage dans le lait maternel ( nonoxinol )

Le chlorure de Benzalkonium ne traverse pas la barrière vaginale  
et est autorisé.

#### 3. Contraception oestro-progestative minidosée (20 microgd'EE)

Elle n'est pas recommandée mais possible en cas d'allaitement,  
car le passage dans le lait maternel est minime et sans  
conséquence pour le nouveau-né.

Prescrite à partir de J20, elle ne réduit pas la production de lait  
maternel .

En l'absence de contre-indication, notamment en l'absence de  
facteur de risque vasculaire, elle peut être autorisée  
secondairement, dans certaines situations : patientes présentant  
des saignements sous microprogestatif et ne pouvant pas utiliser  
un autre mode de contraception.

## **II-2 En cas d'allaitement artificiel :**

### 1. En cas d'allaitement artificiel avec bromocriptine

Contraception oestroprogestative minidosée

Autorisée en l'absence de contre-indication et en l'absence de facteurs de risque vasculaire.

Débutée dès l'arrêt de la bromocriptine, soit à J21.

Le plus souvent, la contraception proposée est celle prise habituellement par la patiente.

### 2. En cas d'allaitement artificiel sans bromocriptine

Le plus souvent, les contre-indications à la bromocriptine sont dues à des facteurs de risque vasculaires ou au tabagisme, qui contre-indiquent aussi les oestroprogestatifs.

C'est l'indication dans ce cas des microprogestatifs à débiter à J10.

## **III AUTRES CONTRACEPTIONS DU POST-PARTUM**

### **III-1 Implanon**

Contraception hormonale **progestative**, qui se distingue de la pilule oestro-progestative par son mode d'administration et par l'absence d'éthinylestradiol.

L'implant est posé par un médecin, connaissant bien la technique de pose et de retrait, sous anesthésie locale, en sous-cutané. Cet implant diffuse un progestatif : l'étonogestrel, sur une durée maximale de 3 ans.

Il peut être mis en place , lors de l'hospitalisation en suites de couches.

Indications :

- Demande de la patiente qui désire une contraception moins contraignante que la pilule
- Contre-indication aux oestroprogestatifs et risque d'oubli dans la prise continue des microprogestatifs oraux.

Il faut informer la patiente de la possibilité d'aménorrhée ou de spotting.

### **III-2 Dispositif intra-utérin**

Le stérilet au cuivre n'est pas, classiquement, une contraception du post-partum car il est, classiquement, posé après le retour de couches.

L'insertion à 1 mois post-partum est possible, après avoir vérifié l'absence d'infection et la bonne involution utérine par l'examen gynécologique.

Elle peut être proposée à des patientes qui comptent allaiter longtemps, qui risquent de ne pas suivre correctement une

contraception hormonale et dont le retour de couches risque d'être tardif.

Le mirena est déconseillé, en première intention, en cas d'allaitement maternel.

### **III-3 Les méthodes naturelles**

Les méthodes dites "naturelles" ( glaire / température ), ne sont pas réalisables dans le post-partum.

Un allaitement maternel exclusif avec aménorrhée, implique un risque relatif d'ovulation de 2 à 5 % dans les 6 mois qui suivent l'accouchement.

## **IV PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE ET CONTRACEPTION DU POST-PARTUM**

Il faut évaluer les contre-indications éventuelles, temporaires ou définitives, d'un mode de contraception, en fonction des pathologies survenues pendant la grossesse.

### **IV-1 HTA gravidique et ses complications**

Cette pathologie implique une surveillance clinique et biologique au cours du post-partum et dans les mois qui suivent.  
Elle contre-indique l'utilisation immédiate des oestroprogestatifs.  
Alternative : contraception microprogestative

### **IV-2 Pathologies hépatiques gravidiques**

Elles contre-indiquent l'utilisation immédiate des oestroprogestatifs et des progestatifs purs.  
Alternative : préservatifs / DIU

### **IV-3 Diabète gestationnel**

Il contre-indique l'utilisation immédiate des oestroprogestatifs, en particulier s'il a nécessité une insulinothérapie.  
Alternative : contraception microprogestative

### **IV-4 Pathologie thrombo-embolique**

Elle contre-indique définitivement les oestroprogestatifs.  
Alternative : contraception microprogestative ou DIU

### **IV-5 Césarienne**

Elle contre-indique l'utilisation immédiate des oestroprogestatifs.  
Alternative : contraception microprogestative

---