



Bonnes pratiques de planification familiale du post-partum

Guide de bonnes pratiques n° 1
Juin 2015

Publié par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 27 Sussex Place, Regent's Park,
NW1 4RG Londres, Royaume-Uni

www.rcog.org.uk

Organisme de bienfaisance enregistré n° 213280

Première publication 2015

© 2015 The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, archivée ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur ou, dans le cas d'une reproduction par reprographie, conformément aux modalités des licences émises par la *Copyright Licensing Agency* au Royaume-Uni [www.cla.co.uk]. Les demandes de renseignements concernant la reproduction en dehors du champ d'application des modalités susmentionnées doivent être envoyées à l'éditeur à l'adresse du Royaume-Uni indiquée sur cette page.

Édition et composition: Andrew Welsh (www.andrew-welsh.com)

Table des matières

Introduction aux <i>Guides de bonnes pratiques</i>	ii
Pourquoi la PFPP est-elle importante?	I
Quand une contraception doit-elle être fournie?	I
Comment s'assurer qu'une occasion de fournir une PFPP ne soit pas manquée?	2
Quelles méthodes peuvent être fournies et quand peuvent-elles être commencées?	4
Donner des renseignements sur la planification familiale du post-partum	9
Points généraux	9
Que faut-il savoir d'une femme qui envisage une PFPP?	10
Que doivent savoir les femmes au sujet de la PFPP?	10
Fournir des moyens contraceptifs	11
Recommandations à l'intention des responsables des services	11
Éviter de manquer des opportunités pour la PFPP	11
Sources de données probantes	13
Autres publications examinées	13
Annexe: Effets secondaires courants et/ou importants des méthodes de contraception, et quelles femmes ne devraient <u>pas</u> utiliser quelles méthodes	14

Introduction aux Guides de bonnes pratiques

Les professionnels fournissant des soins de santé de la reproduction ont la responsabilité de veiller à ce que les femmes et les hommes qu'ils traitent bénéficient des plus récentes pratiques cliniques fondées sur des données probantes. À l'appui de ces pratiques et conformément au mandat du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* d'améliorer les soins de santé pour les femmes dans le monde entier en établissant des normes de pratique clinique, ce *Guide de bonnes pratiques* définit les principaux éléments d'un service de planification familiale du post-partum (PFPP) de haute qualité.

Les bonnes pratiques décrites ici sont tirées des lignes directrices fondées sur des données probantes en vigueur et produites par des organismes, tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare* (Faculté des soins de santé sexuelle et reproductive) au Royaume-Uni. Afin qu'il soit compris de tous et utile aux personnes prodiguant des soins de santé au quotidien, ce guide est délibérément court et succinct. Par conséquent, les principales données probantes ayant servi de base à ces recommandations et la qualité de ces données probantes ont été omises, mais celles-ci figurent dans les documents de référence d'origine. Les données probantes publiées très récemment ont été évaluées afin de déterminer si certaines des recommandations des lignes directrices en vigueur doivent être modifiées.

Le suivi des recommandations cliniques doit être individualisé pour chaque femme, en mettant l'accent sur les besoins cliniques de celle-ci.

Les recommandations peuvent également être utilisées comme outil pour aider les décideurs politiques à faire progresser leurs services.

Bien que le guide puisse être utilisé à titre de référence dans n'importe quel pays, les différents contextes juridiques, réglementaires, politiques et de prestation de services peuvent nécessiter l'adaptation de certaines recommandations au contexte local; il est cependant important de veiller à ce que les bonnes pratiques soient respectées.

Pour obtenir de l'aide en vue d'adapter le document, tout en respectant les bonnes pratiques, veuillez envoyer un e-mail à leadingsafechoices@rcog.org.uk.

Remerciements

Ce document a été élaboré par Anna Glasier, en étroite concertation avec David Baird, Paul Blumenthal, Sharon Cameron, Alison Fiander, Ailsa Gebbie, Stefan Gebhardt, Natalie Kapp, Hawa Kawawa, Judy Kluge, Patricia Lohr, Grace Magembe, Gileard Masenga, Projestine Muganyizi, Malika Patel, Gregory Petro, Lesley Regan, Sam Rowlands, Petrus Steyn et Zephne van der Spuy. Il a été soumis, pour relecture, aux collègues: Sir Sabaratnam Arulkumaran, Angelina Namiba et Jeffrey Smith.

L'initiative *Leading Safe Choices*

De par le monde, 222 millions de femmes aimeraient prévenir ou retarder une grossesse, mais elles n'ont pas accès aux méthodes contraceptives. Répondre à ce besoin permettrait aux femmes de contrôler leur propre fécondité et de réduire d'un tiers les décès maternels; ce qui aurait des effets bénéfiques durables pour leurs familles et leurs communautés.

Grâce à une subvention de plusieurs millions de livres sterling étalés sur trois ans, une nouvelle initiative importante, appelée *Leading Safe Choices* («encourager des choix sûrs»), offre au RCOG l'occasion unique de combler ce besoin non satisfait. Au départ, *Leading Safe Choices* consistera en un programme pilote en Tanzanie et en Afrique du Sud et sera axé sur la PFPP dans ces deux pays, ainsi que sur les soins d'avortement complets en Afrique du Sud et sur les soins après avortement complets en Tanzanie.

L'initiative suivra une approche de systèmes intégrés, en travaillant au sein des structures de santé existantes et avec des professionnels qui, dans ces deux pays, exercent actuellement dans le domaine de la santé des femmes. La phase pilote sera axée sur une sélection de maternités et maisons de naissance avec un nombre important de patients et visera à renforcer les compétences et à améliorer la qualité de la PFPP et des soins d'avortement complets.

Le programme a trois objectifs généraux:

- 1 élaborer les *Guides de bonnes pratiques* du RCOG en matière de PFPP et de soins d'avortement complets en Afrique du Sud, et de soins après avortement complets en Tanzanie;
- 2 former les professionnels de santé et encourager la prestation d'une PFPP de haute qualité, ainsi que de soins d'avortement complets en Afrique du Sud et de soins après avortement complets en Tanzanie;
- 3 établir un processus formel d'accréditation et de certification pour:
 - reconnaître les compétences
 - relever le statut des prestataires de soins au sein de leurs professions
 - accroître le recours aux et la qualité des prestations de services.

La vision à long terme est d'élargir l'initiative à toute l'Afrique du Sud et la Tanzanie et à d'autres pays après cette phase pilote.

Pourquoi la PFPP est-elle importante?

La planification familiale du post-partum (PFPP) a pour objectif de prévenir les grossesses non désirées et les grossesses rapprochées après l'accouchement. La PFPP est souvent ignorée, et un certain nombre de préjugés et d'idées fausses limitent sa disponibilité. L'accouchement offre l'occasion de fournir une méthode de contraception à un moment où les femmes sont prises en charge par des prestataires de soins de santé qui ont les compétences nécessaires pour offrir une vaste gamme de méthodes, et à un moment où les femmes peuvent être fortement motivées pour commencer une méthode de contraception efficace. Il apparaît clairement dans les statistiques ci-dessous que la PFPP sauve des vies:

- Dans le monde, plus de 9 femmes sur 10 veulent éviter une grossesse dans les deux années suivant la naissance de leur bébé, mais 1 sur 7 d'entre elles n'utilise pas de moyens contraceptifs.
- La PFPP peut sauver la vie de mères – la planification familiale peut prévenir plus d'un tiers des décès maternels. La PFPP peut aussi sauver la vie de bébés – la planification familiale peut prévenir 1 décès sur 10 chez les bébés, si les couples attendent plus de 2 ans avant une nouvelle grossesse.
- Les grossesses rapprochées durant la première année du post-partum augmentent les risques de naissance prématurée, d'insuffisance pondérale à la naissance et de bébés de petit poids pour l'âge gestationnel.
- Le risque de mortalité infantile est le plus élevé en cas de délai très court entre la naissance et une nouvelle grossesse (c.-à-d. moins de 12 mois).
- Le moment du retour de la fécondité après l'accouchement est variable et imprévisible. Les femmes peuvent tomber enceintes avant le retour de leurs règles.

L'objectif d'un service intégré de PFPP est d'aider les femmes à choisir la méthode de contraception qu'elles souhaitent utiliser, à commencer cette méthode et à continuer de l'utiliser pendant deux ans ou plus, en fonction de leurs plans en matière de santé de la reproduction.

Les bonnes pratiques recommandent, lorsqu'on sensibilise des femmes sur l'utilisation d'une contraception du post-partum, d'être serviable et respectueux, et d'écouter ce qu'elles ont à dire. Il faut donner aux femmes l'occasion de faire un choix informé en matière de méthode de contraception.

Quand une contraception doit-elle être fournie?

Certains couples recommencent à avoir des rapports sexuels à nouveau avant 6 semaines après la naissance du bébé. Une grossesse peut subvenir dans les 6 semaines suivant l'accouchement, si la femme n'allaite pas de façon exclusive au sein; il est donc important de s'assurer qu'une méthode soit fournie au plus tard 4 semaines après l'accouchement. Les femmes qui allaitent ont une aménorrhée du post-partum pendant une période qui varie en fonction de leurs pratiques d'allaitement, mais l'ovulation – et donc la grossesse – peut subvenir avant le retour de leurs règles. Si ces femmes utilisent la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) comme méthode de contraception, il est important de les encourager à choisir et à commencer une autre méthode de planification familiale au plus tard 6 mois après l'accouchement.

Les bonnes pratiques visent à s'assurer que les femmes adoptent une méthode de contraception qu'elles puissent commencer avant le retour du risque de grossesse après l'accouchement.

Les occasions de s'assurer que les femmes bénéficient de conseils et soient en mesure de choisir une méthode de contraception à utiliser dans la période du post-partum existent, notamment lors des consultations pour des soins prénatals, à l'accouchement, pendant les visites postnatales ou à l'occasion de la vaccination de leur nouveau-né.

Les bonnes pratiques recommandent que la femme commence la méthode de contraception choisie avant de quitter la maternité.

Il n'est pas nécessaire de rechercher des signes d'une grossesse, si la méthode de contraception est commencée à tout moment au cours des 4 premières semaines suivant l'accouchement.

Si l'occasion d'aider une femme à commencer une méthode de contraception dans les 4 premières semaines après la naissance de son bébé est manquée, on peut toujours l'aider à la commencer le plus tôt possible.

Si une méthode est commencée à partir de 4 semaines après l'accouchement, et notamment s'il y a un retour des règles, alors une évaluation du risque de grossesse doit être effectuée. Si aucun test de grossesse n'est disponible, cela ne doit pas empêcher de commencer une méthode de contraception. Il est raisonnablement certain qu'une femme n'est pas enceinte, si elle ne présente aucun symptôme ou signe de grossesse et si elle répond à l'un des critères suivants de l'OMS:

- est à 7 jours du début de ses règles normales
- n'a pas eu de rapport sexuel depuis le début des dernières règles normales
- allaite exclusivement ou presque exclusivement (allaitement exclusif ou majeure partie de l'alimentation [au moins 85 %] fournie par allaitement), présente une aménorrhée et se trouve dans une période du post-partum n'excédant pas 6 mois.

Si une femme a eu des rapports sexuels depuis le début de ses dernières règles, l'utilisation d'une contraception d'urgence doit être envisagée pour prévenir une grossesse non désirée.

Comment s'assurer qu'une occasion de fournir une PFPP ne soit pas manquée?

Il faut aborder le sujet de la PFPP chaque fois que l'occasion se présente. Si cela est possible, il faudrait *commencer à parler de la PFPP avec la femme quand celle-ci est encore enceinte*, pour qu'elle puisse commencer la méthode de son choix le plus tôt possible après l'accouchement.

À la consultation prénatale

- Les informations sur toutes les options de la PFPP devraient être communiquées aux femmes – oralement et par écrit. Elles doivent être informées des avantages spécifiques de la PFPP, en particulier des dispositifs intra-utérins (DIU) et des implants.
- Pour les femmes qui envisagent de limiter la taille de leur famille, aborder le sujet de la vasectomie ou de la stérilisation féminine avec la femme et son conjoint, peut paraître approprié à ce moment-là.
- Pour les femmes qui envisagent de limiter la taille de leur famille et qui vont accoucher par césarienne programmée, il faut aborder la possibilité d'une ligature concomitante des trompes.
- Il faut donner aux femmes la possibilité de poser des questions sur la contraception, chaque fois qu'elles viennent à la consultation prénatale.

- La méthode choisie par la femme doit être documentée dans le dossier correspondant, pour qu'elle puisse lui être fournie le plus rapidement possible après l'accouchement.
- Si des pilules hormonales ou des méthodes barrières sont choisies, celles-ci doivent être fournies vers la fin de la grossesse, pour que les femmes disposent de réserves à la maison, et qu'elles puissent commencer la méthode au moment opportun après l'accouchement.

En salle de travail

- Il convient de vérifier auprès des femmes si elles ont été conseillées sur la contraception pendant les consultations prénatales et, si ce fut le cas, la méthode qu'elles ont choisie doit être confirmée, puis fournie, à moins que des complications durant la grossesse ou l'accouchement n'indiquent qu'un réexamen soit nécessaire.
- Si la méthode choisie n'est pas disponible en salle de travail, elle doit être fournie avant que la femme ne quitte l'hôpital; à défaut, la femme doit être orientée vers l'endroit le plus indiqué où la méthode de contraception de son choix peut lui être fournie.
- La contraception n'est pas un sujet à aborder avec la femme lorsque celle-ci est en phase active du travail.
- Chez les femmes qui subissent une césarienne, un DIU peut être posé, dès que le placenta a été extrait. La pose est simple, et le taux d'expulsion faible.

En salle de surveillance du post-partum immédiat

- Si une femme n'a pas eu l'occasion d'aborder le sujet de la contraception avant son admission dans la salle de surveillance du post-partum immédiat, il faudrait en discuter avec elle avant son départ de l'hôpital et la méthode qu'elle aura choisie (y compris un implant ou un DIU si on est dans les 48 heures suivant l'accouchement) doit être fournie.

En salle de suites de couches

- Il est indiqué de demander aux femmes qui viennent pour des visites postnatales si elles utilisent une méthode de contraception ou si elles ont des contraceptifs en réserve.
- Il faut confirmer avec les femmes qu'elles sont satisfaites de leur choix, qu'elles connaissent bien la méthode choisie, qu'elles ont suffisamment de réserves et qu'elles savent, le cas échéant, où s'en procurer davantage.
- Si une femme n'utilise pas de méthode de contraception, il faudra l'informer de toutes les méthodes, notamment les plus efficaces, et prendre les dispositions pour lui fournir la méthode qu'elle aura choisie.

Au dispensaire de vaccination des bébés

- Il faut demander aux femmes venues faire vacciner leur bébé si elles ont recours à la contraception.
- Il faut confirmer avec les femmes qu'elles sont satisfaites de leur choix, qu'elles connaissent bien la méthode choisie, qu'elles ont suffisamment de réserves et qu'elles savent, le cas échéant, où s'en procurer davantage.
- Si une femme n'utilise pas de méthode de contraception, il faudra la sensibiliser sur toutes les méthodes, notamment les plus efficaces, et prendre les dispositions pour lui fournir la méthode qu'elle aura choisie.

Quelles méthodes peuvent être fournies et quand peuvent-elles être commencées?

De nombreux mythes et idées fausses existent sur les méthodes de contraception à fournir aux femmes après l'accouchement, y compris parmi les prestataires de soins de santé. Tous les prestataires de soins de santé doivent être correctement informés sur les méthodes qui peuvent être fournies.

Les méthodes de contraception réversibles les plus efficaces sont les DIU et les implants contraceptifs. Une fois les DIU et implants posés, leur taux d'échec est extrêmement faible (moins de 1 grossesse non désirée pour 1 000 utilisatrices dans la première année d'utilisation typique). Contrairement aux autres méthodes de contraception, une fois en place, les DIU ou implants ne nécessitent des utilisatrices aucune action régulière pour garantir leur effet. Étant donné qu'elles doivent également prendre des mesures pour se les faire retirer (plutôt que de simplement arrêter la méthode), le taux de continuité et la prévention des grossesses sont élevés. Comparés aux autres méthodes, il est prouvé que les implants contraceptifs, et les DIU encore plus, sont *beaucoup plus susceptibles* de prévenir une grossesse précoce non désirée après un accouchement.

Les bonnes pratiques veulent que toutes les femmes exposées au risque d'infection par le VIH utilisent des préservatifs en plus de la méthode de contraception qu'elles ont choisie. Dans les contextes où le risque d'infection au VIH est élevé, il faut insister sur ce conseil chaque fois que l'occasion se présente.

	48 heures	4 jours	7 jours	3 semaines	4 semaines	6 semaines	6 mois	12 mois et plus
Toutes les femmes	DIU							
	Implants contraceptifs							
	Stérilisation féminine							
	Stérilisation masculine							
Toutes les femmes	Progestatifs injectables (Depo-Provera/EN-NET)							
	Pilules de progestatif seul (PPS)							
Toutes les femmes	Préservatifs masculins et féminins							
								Contraceptifs oraux combinés (COC)
Femmes qui allaitent	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)							
Femmes qui n'allaitent pas								Contraceptifs oraux combinés (COC)*

*À moins qu'il n'existe d'autres facteurs de risque pour la maladie thromboembolique veineuse (MTEV), auquel cas uniquement à partir de 6 semaines.

Options de contraception du post-partum: Moment de l'initiation de la méthode pour toutes les femmes, pour les femmes qui allaitent et pour les femmes qui n'allaitent pas; adapté de l'OMS (2013) *Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum*

Les méthodes les plus efficaces

Ces méthodes sont généralement associées à des taux d'échec de moins d'1 utilisatrice sur 1 000.

Dispositifs intra-utérins (DIU)

- Les DIU au cuivre préviennent une grossesse pendant 5 à 10 ans (selon le type) et les DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG, Mirena®) pendant une période allant jusqu'à 7 ans.
- Le taux d'échec est de moins de 1 utilisatrice sur 1 000.
- Les DIU ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, et sont sûrs pour les femmes atteintes du VIH/sida.

Dans le contexte du post-partum:

- Les DIU peuvent être posés après l'expulsion du placenta. Il est plus pratique et recommandé de les poser immédiatement après l'expulsion du placenta. Si cela n'est pas possible, les bonnes pratiques recommandent de les poser avant que la femme ne quitte la salle de travail.
- Il est conseillé de poser le DIU avant que la femme ne quitte la salle de travail.
- Un DIU peut être posé jusqu'à 48 heures après la naissance du bébé.
- Si le DIU n'est pas posé dans les 48 heures, la pose doit être reportée à 4 semaines après la naissance (on parle alors d'une «pose d'intervalle»), pour réduire le risque de perforation utérine.
- Le DIU peut être posé au moment d'une césarienne à travers l'incision utérine une fois que le placenta a été délivré.
- Bien que les taux d'expulsion du DIU après une pose dans le post-partum immédiat soient légèrement plus élevés qu'après une pose d'intervalle ou plus tardive, les avantages qu'offre l'utilisation d'une méthode contraceptive très efficace immédiatement après l'accouchement sont supérieurs à cet inconvénient.
- Les taux de perforation et d'infection pour une utilisation post-partum de DIU semblent être similaires à ou même plus faibles que ceux associés à une pose d'intervalle.
- L'utilisation post-partum d'un DIU au cuivre n'interfère pas avec l'allaitement.
- Le retour de la fécondité est immédiat après le retrait d'un DIU.
- Les DIU-LNG peuvent également être utilisés dans le contexte du post-partum.
- D'après certaines données probantes, il est probable que les femmes qui utilisent des DIU-LNG allaitent moins longtemps.

Implants contraceptifs

- Les implants sont efficaces pendant 3 à 5 ans ou plus, en fonction de l'implant utilisé.
- Le taux d'échec est d'environ 1 utilisatrice sur 1 000.
- Ils ne protègent pas contre les IST, y compris le VIH.
- Le retour de la fécondité est immédiat après le retrait.

Dans le contexte du post-partum:

- Les implants peuvent être posés immédiatement après l'accouchement, y compris avant qu'une femme ne quitte la maternité. Si l'implant est posé au cours des 3 premières semaines après l'accouchement, il n'y a pas besoin de vérifier les signes d'une grossesse.
- L'utilisation d'un implant post-partum n'interfère pas avec la production du lait maternel.

Contraception permanente

Stérilisation féminine

- Le taux d'échec de la stérilisation féminine est d'environ 2 femmes sur 1 000, mais la méthode est considérée comme permanente.
- La stérilisation féminine ne protège pas contre les IST, y compris le VIH.

Dans le contexte du post-partum:

- La stérilisation féminine peut être effectuée dans les 7 premiers jours après l'accouchement ou à tout moment après que le bébé ait eu 6 semaines. Entre le 7^e jour et la 6^e semaine après l'accouchement, il existe un risque accru de complications car l'involution utérine n'est pas totale.
- Si une stérilisation est prévue chez la femme à une date ultérieure, celle-ci doit recevoir une méthode de contraception temporaire efficace (par ex. une méthode hormonale) qui la protégera d'une grossesse, jusqu'à ce qu'elle subisse une stérilisation.
- Il peut être avantageux d'effectuer une stérilisation féminine au moment de la césarienne programmée.

Stérilisation masculine (vasectomie)

- Le taux d'échec de la stérilisation masculine (vasectomie) est d'environ 1 homme sur 1 000, mais la méthode est considérée comme permanente.
- Elle ne protège pas contre les IST, y compris le VIH.

Dans le contexte du post-partum:

- La vasectomie peut être effectuée à tout moment, y compris pendant la période prénatale ou post-partum. Il faut aborder la question du taux de survie des nouveau-nés, lorsqu'une vasectomie est envisagée durant la période prénatale.
- Une femme dont le conjoint a prévu de subir une vasectomie doit recevoir une méthode provisoire de contraception (par ex. une méthode hormonale) qui la protégera d'une grossesse jusqu'à ce que la vasectomie soit effectuée et soit considérée comme efficace.

Méthodes efficaces

Ces méthodes sont généralement associées à des taux d'échec de plus de 3 utilisatrices sur 100.

Progestatifs injectables

- Les progestatifs injectables (Depo-Provera® et énanthate de noréthistérone [EN-NET]) durent 8 à 12 semaines, et les injections doivent donc être renouvelées quatre fois ou plus par an, ce qui oblige la femme à retourner chez un prestataire de soins de santé ou à être en contact avec un distributeur communautaire.
- Le taux d'échec est d'environ 3 utilisatrices sur 100, en grande partie à cause du non-renouvellement des injections.
- L'aménorrhée est courante avec ces méthodes et le retour de la fécondité peut prendre quelques mois après l'arrêt de la méthode.
- Les progestatifs injectables ne protègent pas contre les IST, y compris le VIH.

Dans le contexte du post-partum:

- La prise de progestatifs injectables peut commencer immédiatement après l'accouchement chez les femmes qui allaitent et chez celles qui n'allaitent pas.
- Les progestatifs injectables du post-partum n'interfèrent pas avec la production du lait maternel.

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Bien qu'elle soit une méthode efficace d'espacement des naissances lorsqu'elle est utilisée correctement, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est limitée dans le temps, car elle ne peut pas être utilisée après les 6 premiers mois suivant l'accouchement, et elle impose aux femmes l'allaitement exclusif ou presque exclusif au sein.

- Le taux d'échec de MAMA est d'environ 2 femmes sur 100.
- Les femmes qui allaitent leur nourrisson peuvent se fier aux effets contraceptifs de l'allaitement pour prévenir les grossesses non désirées, à condition qu'elles: (1) présentent une aménorrhée; (2) allaitent exclusivement ou presque exclusivement au sein; et (3) soient à moins de 6 mois après l'accouchement.
- Dès le retour des règles, dès que la fréquence d'allaitement diminue ou dès que le bébé a 6 mois, une autre méthode de contraception doit être utilisée et, à ce stade, toutes les méthodes disponibles sont convenables.
- MAMA ne protège pas contre les IST, y compris le VIH.

Pilules contraceptives hormonales

Pilules de progestatif seul (PPS)

- Les pilules de progestatif seul (PPS) sont prises tous les jours, sans interruption. Certaines marques doivent être prises à la même heure chaque jour, faute de quoi elles ne préviendront pas une grossesse.
- Le taux d'échec se situe autour de 9 utilisatrices sur 100.
- Les PPS ne protègent pas contre les IST, y compris le VIH.

Dans le contexte du post-partum:

- La prise de PPS peut commencer immédiatement après l'accouchement.
- L'utilisation d'une PPS post-partum n'interfère pas avec la production du lait maternel.

Contraceptifs oraux combinés (COC)

- Les contraceptifs oraux combinés (COC) sont généralement pris tous les jours pendant 21 jours, suivis d'une interruption de 7 jours lorsqu'une hémorragie de privation survient (les règles).
- Le taux d'échec se situe autour de 9 utilisatrices sur 100.
- Les COC ne protègent pas contre les IST, y compris le VIH. Les femmes atteintes du VIH/sida peuvent les utiliser en toute sécurité.

Dans le contexte du post-partum:

- Les COC ne doivent pas être utilisés par les femmes qui allaitent avant que le bébé ait eu 6 mois, car ils peuvent interférer avec l'allaitement.
- Les femmes qui n'allaitent pas peuvent commencer à prendre des COC à partir de 3 semaines après l'accouchement à moins qu'elles présentent des facteurs de risque supplémentaires pour la maladie thromboembolique veineuse (MTEV), auquel cas elles ne doivent pas commencer à prendre de COC jusqu'à 6 semaines après l'accouchement.

Méthodes moins efficaces

Ces méthodes sont généralement associées à des taux d'échec de plus de 12 utilisatrices sur 100.

Préservatifs masculins

- Le taux d'échec des préservatifs masculins est relativement élevé, au moins 12 couples sur 100.
- Les préservatifs masculins **protègent** contre les IST, y compris le VIH.

Dans le contexte du post-partum:

- Les préservatifs masculins peuvent être utilisés à tout moment après l'accouchement.
- Les préservatifs masculins n'interfèrent pas avec l'allaitement.

Préservatifs féminins

- Le taux d'échec des préservatifs féminins est relativement élevé, au moins 12 couples sur 100.
- Les préservatifs féminins peuvent apporter une protection contre les IST.

Dans le contexte du post-partum:

- Les préservatifs féminins peuvent être utilisés à tout moment après l'accouchement.
- Les préservatifs féminins n'interfèrent pas avec l'allaitement.

Les méthodes les moins efficaces

Ces méthodes sont généralement associées à des taux d'échec de plus de 18 utilisatrices sur 100.

Retrait (*coït interrompu*)

- Le taux d'échec est élevé, environ 18 couples sur 100.
- Il ne protège pas contre les IST, y compris le VIH.

Dans le contexte du post-partum:

- Il peut être utilisé à tout moment après l'accouchement.
- Le retrait n'interfère pas avec l'allaitement.

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

- Toutes les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ont un taux d'échec relativement élevé d'environ 24 femmes sur 100.
- Aucune méthode basée sur la connaissance de la fécondité ne protège contre les IST, y compris le VIH.

Dans le contexte du post-partum:

- La fiabilité de l'utilisation des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité diffère, selon ce que la femme allaite ou non.
- Les femmes qui allaitent ne peuvent pas se fier aux méthodes basées sur la connaissance de la fécondité jusqu'à ce qu'elles aient eu trois à quatre cycles menstruels après l'accouchement, et l'utilisation de ces méthodes n'est donc pas recommandée après l'accouchement.
- Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité n'interfèrent pas avec l'allaitement.

Contraception d'urgence

Une contraception d'urgence peut être utilisée sans risque durant la période du post-partum, même si la femme allaite. Elle peut être utilisée pour empêcher une grossesse non désirée après un rapport sexuel.

- Une contraception d'urgence au lévonorgestrel (LNG) peut être utilisée à tout moment dans le post-partum immédiat, que la femme allaite ou pas.
- Des doses élevées d'éthinylestradiol administrées soit seules, soit en complément d'un progestatif (par ex. des contraceptifs oraux combinés utilisés comme contraception d'urgence), ne doivent pas être utilisées durant la période du post-partum à cause du risque théorique accru de MTEV.
- La pose d'un DIU en urgence est la méthode contraceptive d'urgence la plus efficace et peut être maintenue comme contraceptif permanent. Pour plus de détails, voir la section ci-dessus relative aux DIU.

Contraception pour les femmes sous traitement antirétroviral pour le VIH

Il existe un risque d'interactions médicamenteuses entre certains médicaments antirétroviraux et une contraception hormonale. Cependant, l'OMS a examiné les données et est parvenue à la conclusion que les avantages de l'utilisation d'une contraception hormonale sont supérieurs aux risques (2015 MEC, Category 2).

Donner des renseignements sur la planification familiale du post-partum

Points généraux

Il est important de parler aux femmes *avant* qu'elles soient exposées à un risque de grossesse non désirée et de les informer sur le retour de leur fécondité, des options dont elles disposent pour espacer ou limiter leurs futures grossesses et des avantages de ces options pour leur santé et celle de leur bébé.

La contraception doit, de préférence, être discutée avec toutes les femmes, lorsqu'elles sont encore enceintes, car cela leur permet de choisir sans hâte une méthode immédiate de contraception post-partum. Des brochures d'information sur la PFPP destinées aux patients doivent être distribuées lors de la consultation prénatale. Puisqu'un intervalle d'au moins 2 ans entre les naissances est recommandé par l'OMS, en vue de garantir la santé de la mère et du nourrisson, il convient d'encourager le recours à des méthodes de longue durée d'action, telles que la pose d'un DIU après l'expulsion du placenta. Lorsqu'il est question des diverses méthodes de contraception disponibles pour les femmes après l'accouchement, l'importance de choisir la méthode la plus efficace et qui soit acceptable pour la femme doit être soulignée. Les DIU et les implants sont les méthodes contraceptives réversibles les plus efficaces.

Il importe d'écouter ce que la femme a à dire sur son expérience passée avec les méthodes de contraception et d'essayer de dissiper toute idée fausse qu'elle peut avoir sur certaines méthodes particulières.

Il faut inviter les femmes à parler de leur choix de méthode de contraception avec leur conjoint ou avec d'autres membres de leur famille, si elles le souhaitent ou si cela est adéquat. Il faut donner aux femmes qui n'ont pas choisi de méthode l'occasion de parler de contraception, y compris tout au début de l'accouchement, si cela est approprié, ou immédiatement après l'accouchement. Lorsqu'une femme vient au dispensaire faire vacciner son bébé, ou si elle s'y rend pour une tout autre raison et si elle n'utilise pas encore de méthodes contraceptives, il convient de discuter avec elle des méthodes disponibles et de les lui fournir, à défaut de l'orienter vers un service où la méthode choisie peut lui être fournie. Si elle opte pour une méthode, par exemple la stérilisation, qui ne peut lui être fournie à ce moment-là ou à cet endroit-là, il faut veiller à ce qu'une méthode provisoire lui soit fournie, afin d'éviter une grossesse non désirée. Dans les endroits où les systèmes de santé communautaire sont d'usage, il faut également engager les agents de santé communautaire à diffuser les informations (avant et après la naissance) et à encourager les femmes à solliciter les services de PFPP.

Chaque fois que des conseils en matière de contraception sont offerts, il faut prendre des dispositions pour éviter d'exercer sur les femmes des pressions injustifiées dans le seul but de les amener à choisir une méthode spécifique, car la probabilité qu'elles continuent une méthode est d'autant plus élevée qu'elles la trouvent satisfaisante. Des systèmes de rappel peuvent être mis en place dans les dossiers prénatals ou les dossiers des patients pour offrir des services de conseil en matière de planification familiale, à chaque contact avec le patient, afin de réduire le nombre d'occasions manquées.

Il faut recommander aux femmes exposées au risque d'infection par le VIH d'utiliser des préservatifs, en plus de la méthode de contraception qu'elles ont choisie.

Que faut-il savoir d'une femme qui envisage une PFPP?

Il convient de poser aux femmes des questions sur l'alimentation du nourrisson et, si elles allaitent, de chercher à savoir pendant combien de temps elles prévoient de continuer à allaiter. Les femmes qui prévoient d'allaiter ne doivent pas utiliser de méthode contraceptive hormonale combinée avant que le bébé ait eu 6 mois, ou pas avant qu'elles aient cessé d'allaiter; selon le scénario qui se produit en premier. Il faut spécifier aux femmes qui prévoient d'utiliser la méthode MAMA, à quel moment elles doivent commencer à utiliser une autre méthode de contraception, et la méthode qu'elles choisissent doit leur être fournie *avant* que le besoin de l'utiliser ne se fasse sentir.

Il faut obtenir les antécédents médicaux de toutes les femmes et vérifier qu'elles sont, d'un point de vue médical, éligibles pour une méthode de contraception donnée. Ces informations devront à nouveau être vérifiées, en cas de complications lors du travail ou de l'accouchement (par ex. septicémie puerpérale). Aucune restriction basée sur l'âge, la parité ou le nombre d'enfants d'une femme ne doit être imposée à l'octroi d'une méthode, à moins qu'une raison d'ordre médical l'exige. L'Annexe à la page 16 liste les effets secondaires courants et/ou importants et les circonstances dans lesquelles une méthode ne devrait pas être utilisée.

Que doivent savoir les femmes au sujet de la PFPP?

Efficacité et utilisation correcte	<ul style="list-style-type: none"> ● Il convient de dire aux femmes que les méthodes de contraception du post-partum les plus efficaces sont les DIU et les implants, et que ces deux méthodes peuvent être fournies dès la naissance du bébé. ● Les femmes doivent être informées de l'importance de l'utilisation correcte et cohérente de la méthode qu'elles ont choisie. S'il est probable qu'une femme trouve difficile de se rappeler de prendre une pilule chaque jour, ou si son conjoint est réticent à utiliser des préservatifs, il faut souligner les avantages des DIU et des implants qui ne nécessitent pas une observance de la part de la cliente.
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> ● Il faut informer les femmes sur les effets secondaires courants associés à la méthode choisie (voir Annexe) et sur les effets secondaires graves (par ex. des symptômes évoquant une MTEV chez une femme utilisant un contraceptif oral combiné), et il faut les rassurer sur les effets secondaires qui ne sont pas graves. Elles doivent savoir où se rendre pour obtenir des conseils et de l'aide en cas de problème. ● Il convient d'expliquer aux femmes que si elles éprouvent des effets secondaires indésirables ou des problèmes avec la méthode qu'elles ont choisie, elles doivent demander conseil pour changer la méthode <i>plutôt que d'interrompre simplement une méthode contraceptive</i>.
Soins de suivi et réapprovisionnement	<ul style="list-style-type: none"> ● Les femmes qui utilisent un DIU ou un implant contraceptif doivent être informées de la durée d'action du dispositif ou de l'implant, de la date à laquelle celui-ci doit être remplacé ou retiré, et où cela peut être effectué. ● Il faut effectuer un suivi des femmes qui choisissent la pose d'un DIU environ 6 semaines après l'accouchement pour vérifier qu'il n'y a pas d'expulsion – il est idéal de faire cette vérification lorsque la femme vient faire vacciner le bébé. ● Les femmes qui choisissent des progestatifs injectables (Depo-Provera ou EN-NET) doivent recevoir des informations claires sur la date de leur prochaine injection et sur l'endroit où elles peuvent l'obtenir.
Arrêt d'une méthode	<ul style="list-style-type: none"> ● Toutes les femmes doivent savoir comment s'y prendre si elles souhaitent arrêter d'utiliser une méthode de contraception, y compris connaître l'endroit où elles peuvent se faire retirer les implants ou DIU.
Prévention des IST	<ul style="list-style-type: none"> ● Il convient de dire à toutes les femmes que la seule méthode de contraception qui protège contre les IST, y compris le VIH, est le préservatif masculin. Si elles sont exposées au risque d'IST, elles doivent être avisées de demander à leur conjoint d'utiliser un préservatif, ainsi que de continuer à utiliser la méthode de contraception qu'elles ont choisie.

Fournir des moyens contraceptifs

Étant donné que les occasions d'obtenir des pilules contraceptives orales ou des préservatifs peuvent être limitées, il faut fournir aux femmes un approvisionnement suffisant du contraceptif qu'elles ont, elles-mêmes, choisi. Les bonnes pratiques veulent que chaque femme rentre chez elle avec une méthode de contraception et, si nécessaire, avec des instructions lui permettant de savoir quand et comment commencer à l'utiliser. Si l'octroi de la méthode choisie est reporté pour une raison ou pour une autre, par exemple en cas de stérilisation d'intervalle (pas dans le post-partum immédiat), une méthode temporaire efficace doit lui être fournie.

Recommandations à l'intention des responsables des services

Il ne suffit pas que les médecins, infirmières ou autres professionnels des soins de santé soient bien formés pour fournir une contraception du post-partum de façon sûre et convenable. Les responsables des services et le reste du personnel responsable des structures sanitaires, y compris de l'approvisionnement, doivent jouer leur rôle, afin qu'aucune occasion d'octroi d'une PFPP ne soit manquée.

Tout le personnel de santé doit être dûment formé pour conseiller les femmes en matière de contraception du post-partum et, le cas échéant, pour fournir toutes les méthodes de contraception. Le personnel doit savoir que les adolescentes présentent un risque élevé de grossesses à répétition, avec des délais courts entre la naissance et la grossesse suivante. Bien que toutes les méthodes de contraception puissent être fournies aux adolescentes, il a été prouvé que les méthodes de contraception réversibles et à longue durée d'action diminuent les grossesses à répétition chez les jeunes femmes.

Éviter de manquer des opportunités pour la PFPP

En période prénatale

- Les prestataires de soins de santé qui dispensent des soins prénatals doivent avoir le temps et l'opportunité d'être formés à donner des conseils sur la contraception.
- Discuter de la contraception peut faire partie de toute consultation prénatale, mais cette discussion devient plus importante encore pour le choix de la méthode, lorsque la femme approche du terme de la grossesse. Pour s'assurer que la contraception fasse l'objet d'une discussion, des « conseils sur la contraception » peuvent être ajoutés aux listes de contrôle de la maternité.
- Les femmes peuvent recevoir des informations (sous diverses formes) sur l'importance de la PFPP et sur les diverses méthodes disponibles.
- La méthode de contraception choisie doit être documentée, par ex. dans le carnet de grossesse.
- Des DVD ou de courtes présentations peuvent être fournis dans les salles d'attente des dispensaires. Des posters soulignant l'importance et les avantages de la PFPP doivent être disponibles et visibles.
- Le choix de la femme doit être communiqué au réseau local de distribution à base communautaire (DBC), si celui-ci est disponible, pour qu'un agent de DBC puisse procurer des soins de suivi, si nécessaire.
- Des rappels doivent être placés dans le dossier prénatal pour que les prestataires de soins de santé puissent structurer leur discussion avec les femmes à propos des options de PFPP.

En salle de travail

- Il faut veiller à ce que les professionnels de la santé qui procurent des soins au cours de l'accouchement soient formés à donner des conseils en matière de contraception et à fournir toutes les méthodes, y compris la pose de DIU ou d'implants.
- Il faut également veiller à ce que les implants contraceptifs et les DIU ainsi que l'équipement nécessaire à leur pose soient disponibles à tout moment.

En salle de surveillance du post-partum immédiat

- Lorsque les femmes arrivent dans la salle d'accouchement avec un travail trop avancé pour aborder le sujet de la contraception, les professionnels de la santé doivent aborder ce sujet dans la salle de surveillance du post-partum immédiat.
- Les professionnels de la santé présents dans la salle de surveillance du post-partum immédiat doivent être aptes à parler de toutes les méthodes de contraception et à poser des implants et des DIU.
- Il faut veiller à ce que toutes les méthodes de contraception soient disponibles dans la salle de surveillance du post-partum immédiat, y compris les implants contraceptifs et les DIU, et que l'équipement nécessaire à la pose (y compris de longues pinces et des stocks de DIU) soit disponible à tout moment.

Dans les services de vaccination et en salle de suites de couches

- Il faut veiller à ce que les professionnels de la santé dans les services de vaccination pour bébés soient formés à donner des conseils sur la contraception et à fournir toutes les méthodes, y compris les implants et les DIU, ou soient capables d'orienter les femmes de manière appropriée.

Dans tous les contextes

- Il convient de veiller à l'implication de tous les agents appropriés, y compris les agents de DBC, les sages-femmes et les pairs éducateurs.
- Il faut faciliter la formation de tout le personnel impliqué dans la PFPP, et plus particulièrement dans la pose des DIU et implants et les soins de suivi.
- Il convient de tout mettre en œuvre pour éviter les ruptures de stock à la fois des contraceptifs et des instruments nécessaires à la pose des DIU et implants.
- Il faut veiller à ce que la contraception d'urgence soit disponible dans tous les contextes.
- Des dispositions doivent être mises en place pour faciliter, en temps opportun, l'accès à la vasectomie et à la stérilisation féminine d'intervalle.

Sources de données probantes

World Health Organization. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.

World Health Organization. *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2004 [www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/].

World Health Organization. *Programming Strategies for Postpartum Family Planning*. Geneva: WHO; 2013 [www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/en/].

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. *UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. London: FSRH; 2009 [www.fsrh.org/pages/Clinical_Guidance_1.asp].

Autres publications examinées

Lopez LM, Grey TW, Chen M, Hiller JE. Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (11):CD011298.

Sonalkar S, Kapp N. Intrauterine device insertion in the postpartum period: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015; 20:4–18.

Zapata LB, Murtaza S, Whiteman MK, Jamieson DJ, Robbins CL, Marchbanks PA, et al. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212:171.e1–8.

Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception* 2010; 82:17–37.

Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception* 2010; 82(1):10–16.

Annexe: Effets secondaires courants et/ou importants des méthodes de contraception, et quelles femmes ne devraient pas utiliser quelles méthodes

Dispositifs intra-utérins (DIU)

Effets secondaires

Il existe deux types de DIU: les DIU au cuivre et les DIU-LNG libérant une hormone (DIU au lévonorgestrel, Mirena®). Les points importants que doivent savoir les femmes qui envisagent l'utilisation d'un DIU sont les suivants:

- **Perforation:** 1 à 2 poses sur 1 000.
- **Expulsion:** 1 femme sur 20 avec une pose d'intervalle, jusqu'à 1 femme sur 7 avec une pose dans le post-partum immédiat.
- **Infection:** La pose d'un DIU n'augmente pas le risque d'infection pelvienne.
- **Grossesse extra-utérine:** Le DIU n'augmente pas le risque de grossesse extra-utérine par rapport aux femmes qui n'utilisent pas de contraception.
- **Schémas de saignement:** Les DIU au cuivre peuvent être associés à des saignements plus abondants pendant les règles; un retour à la normale a généralement lieu après les 3 premiers mois d'utilisation. Les plaintes pour problèmes de saignements sont moins courantes chez les femmes qui allaitent.

Les DIU-LNG sont généralement associés à des saignements vaginaux légers irréguliers (peut-être tous les jours) pendant les 6 premières semaines après la pose. Un retour à la normale a généralement lieu avec le temps, et de nombreuses femmes ont des saignements vaginaux très légers et irréguliers ou une aménorrhée qui dure plus l'utilisation de la méthode est longue.

Durant les premiers mois après l'accouchement, il est dans tous les cas probable que les schémas de saignement soient différents.

Les femmes qui allaitent peuvent présenter une aménorrhée, et lorsqu'elles ont des saignements vaginaux, ceux-ci sont souvent légers.

Quand un DIU ne peut-il pas être posé immédiatement après l'accouchement?

- Si une femme a eu une rupture des membranes pendant 24 heures ou plus
- si une femme a eu une hémorragie du post-partum
- en cas de sepsis.

Qui ne devrait pas utiliser de DIU?

- Les femmes souffrant d'une infection des trompes utérines actuelle ou active ou d'une tuberculose pelvienne
- les femmes qui ont des saignements vaginaux anormaux inexpliqués
- les femmes avec une anatomie de l'utérus anormale, par ex. en raison de fibromes.

Implants contraceptifs

Effets secondaires courants ou graves

- **Schémas de saignement:** En fonction de l'implant, il faut dire aux femmes qu'elles sont susceptibles d'avoir des saignements irréguliers (peut-être pendant les 3 années complètes d'utilisation d'Implanon®/Nexplanon®). Certaines femmes (peut-être 1 sur 20) auront une aménorrhée. Des saignements abondants sont rares avec l'utilisation d'un implant. Au cours des premiers mois après l'accouchement, il est dans tous les cas probable que les schémas de saignement soient différents. Les femmes qui allaitent peuvent présenter une aménorrhée, et lorsqu'elles ont des saignements vaginaux, ceux-ci sont souvent légers.

Qui ne devrait pas utiliser d'implant?

- Les femmes souffrant d'un cancer du sein.

Progestatifs injectables (Depo-Provera et EN-NET)

Effets secondaires courants ou graves

- **Schémas de saignement:** L'utilisation de progestatifs injectables est souvent associée à une aménorrhée et bien moins souvent à des saignements irréguliers, ou rarement à des saignements abondants.

Qui ne devrait pas utiliser de progestatifs injectables?

- Les femmes souffrant d'un cancer du sein.

Pilules de progestatif seul (PPS)

Effets secondaires courants ou graves

- **Schémas de saignement:** Il faut indiquer aux femmes qu'elles sont susceptibles d'avoir des saignements irréguliers. Certaines femmes (peut-être 1 sur 10) présenteront une aménorrhée. Des saignements abondants sont rares avec l'utilisation de pilules de progestatif seul.

Qui ne devrait pas utiliser de pilules de progestatif seul?

- Les femmes souffrant d'un cancer du sein.

Pilules contraceptives hormonales combinées

Effets secondaires courants ou graves

- **Maladie thromboembolique veineuse (MTEV):**
Les femmes qui utilisent une contraception hormonale combinée ont un risque accru de MTEV (thrombose veineuse profonde, généralement dans la cuisse ou la partie inférieure de la jambe – ou embolie pulmonaire). Il faut spécifier aux femmes qui ont un mollet enflé ou douloureux ou qui ont des essoufflements de consulter un prestataire de soins de santé le plus rapidement possible.

Qui ne devrait pas utiliser de pilule contraceptive hormonale combinée?

- Les femmes qui allaitent un bébé de moins de 6 mois
- les femmes qui n'allaitent pas avant que le bébé ait 3 semaines
- les femmes qui n'allaitent pas et qui présentent des facteurs de risque supplémentaires pour la MTEV avant que le bébé ait 6 semaines
- les femmes avec des antécédents de MTEV
- les femmes qui fument plus de 15 cigarettes par jour
- les femmes souffrant d'une maladie cardiaque (hypertension grave, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, valvulopathie)
- les femmes souffrant de migraine ophtalmique (migraine avec aura)
- les femmes souffrant d'un cancer du sein
- les femmes souffrant de diabète avec complications
- les femmes souffrant d'une maladie hépatique grave.

Contraception pour les femmes sous traitement antirétroviral pour le VIH

Il existe un risque d'interactions médicamenteuses entre certains médicaments antirétroviraux et une contraception hormonale. Cependant, l'OMS a examiné les données et est parvenue à la conclusion que les avantages de l'utilisation d'une contraception hormonale sont supérieurs aux risques (2015 MEC, Category 2).