

Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Juillet 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS¹. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Particularités de la prescription et du conseil chez la femme après une IVG

- La reprise de la fertilité après une IVG est immédiate ; une contraception efficace est donc indispensable dès la réalisation de l'IVG.
- Une information sur la contraception doit être délivrée lors de la consultation pré-IVG. C'est le moment de :
 - réévaluer le parcours contraceptif et l'adéquation de la méthode à sa situation ;
 - refaire une information sur toutes les méthodes de contraception (et en particulier les méthodes de longue durée d'action [dispositifs intra-utérins, implants]) et sur les méthodes de rattrapage et s'assurer qu'elle a bien été comprise ;
 - informer sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)/Sida.
- La consultation en post-IVG permet de vérifier si la méthode choisie est adéquate et bien adaptée à la femme, notamment au regard de l'observance.

Méthodes utilisables

- Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.
- Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

- Les estroprogestatifs (quelle que soit la voie d'administration : pilule, patch ou anneau vaginal) **sont utilisables immédiatement après une IVG** (chirurgicale ou médicamenteuse) chez la femme ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel², hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine).
- Il est recommandé de prescrire en 1^{re} intention une pilule combinée contenant de la noréthistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1^{re} ou 2^e génération)³. La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patches) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.
- Les estroprogestatifs peuvent être commencés :
 - le jour de l'aspiration ou le lendemain en cas d'IVG chirurgicale ;
 - le jour de prise des prostaglandines ou le lendemain en cas d'IVG médicamenteuse.
- Les femmes doivent être informées sur :
 - les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : prise quotidienne, toujours au même moment de la journée pour la voie orale ;
 - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h⁴ (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
 - leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux⁵ ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter⁶) ;
 - la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture...) ;
 - le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁷ ;
 - la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).

3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (HAS, 2012).

4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes - <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf>.

5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).

6. Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.

7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>).

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

- Les progestatifs (quelle que soit la voie d'administration) **sont utilisables immédiatement après une IVG** (chirurgicale ou médicamenteuse) en l'absence de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne).
- **Les progestatifs peuvent être commencés :**
 - le jour de l'aspiration ou le lendemain en cas d'IVG chirurgicale ;
 - le jour de prise des prostaglandines ou le lendemain en cas d'IVG médicamenteuse.
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles :
 - **pilule microprogestative** : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
 - **implant à l'étonogestrel** : méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Adapté aux femmes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
 - **les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois)** : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.



Méthodes hormonales – Progestatifs (suite)

→ Les femmes doivent être informées sur :

- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁸ ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

→ Les macroprogestatifs *per os* ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

8. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>).

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

→ **Les DIU sont utilisables après une IVG** (chirurgicale ou médicamenteuse) en l'absence de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*⁹ avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

→ **Quel que soit le DIU, il peut être mis en place :**

- immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux) ;
- lors de la visite de contrôle après une IVG médicamenteuse si la vacuité utérine à l'échographie est constatée ou si le dosage de bêta-hCG plasmatique est négatif. En cas de doute, le DIU est posé lors des règles suivantes (dans ce cas, une autre contraception doit être utilisée dans l'intervalle).

→ Les femmes doivent être informées sur :

- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour les DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
- leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnelle]) ;
- l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG).

→ Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

→ Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexplicables.

9. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

→ Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.

→ Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable sinon préférer une autre méthode.

→ Préservatifs (masculins, féminins) :

- efficacité contraceptive (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)¹⁰ ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.

10. Voir documents de l'Inpes :

- « Mode d'emploi du préservatif féminin » – <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/616.pdf>
- « Mode d'emploi du préservatif masculin » – <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/748.pdf>

Méthodes barrières (suite)

- Diaphragme, cape cervicale, spermicides :
 - efficacité contraceptive du diaphragme/de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »)
 - **ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida.**
 - la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, au préalable, par le praticien (médecin ou sage-femme) et l'apprentissage se font en consultation.
 - les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.
- **Il est conseillé d'utiliser une méthode ne nécessitant pas de manipulation vaginale (comme le préservatif masculin), pendant le premier cycle suivant l'IVG.**

Méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

- Bien expliquer aux femmes/couples que ces méthodes ont un taux d'échec élevé (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »). C'est pourquoi l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.
- Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/sida.

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)

- Peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations.
- Plusieurs méthodes disponibles :
 - insertion d'un dispositif intratubaire par hystérocopie ;
 - ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips).
- Les présenter comme irréversibles.
- Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.



Ressources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : www.ansm.sante.fr
- Association française pour la contraception : www.contractions.de_grossesse.pdf
- Centres de planification ou d'éducation familiale : www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale
- Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr
- Interruption volontaire de grossesse – Dossier – Guide : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_interruption_volontaire
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr
- Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr - rubrique « Contraception »
- Mouvement français pour le planning familial : www.planning-familial.org

HAS

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00