

2021-2022

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Comment évolue la contraception des femmes dans les mois qui suivent le post-partum ?

Revue systématique de la littérature

FRENEAUX Alice

Née le 06 décembre 1991 à Le Mans (72)

Sous la direction de Mme TESSIER-CAZENEUVE Christine

Membres du jury

Madame le Professeur DE CASABIANCA Catherine	Président
Madame le Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine	Directeur
Madame le Docteur LAVIGNE Emmanuelle	Membre
Monsieur le Docteur BEGUE Cyril	Membre

Soutenue publiquement le :
22 septembre 2022

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Alice FRENEAUX,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **15/06/2022**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie

COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie

SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

A Mme le Professeur Catherine De Casabianca, de me faire l'honneur de vous intéresser à mon travail et d'avoir accepté d'être la présidente de ce jury.

A Mme le Docteur Christine Tessier-Cazeneuve, de votre aide précieuse pour mener à bien cette thèse, de votre patience et votre gentillesse tout au long de la rédaction de ce travail. Acceptez mes plus sincères remerciements.

A Mr le Docteur Cyril Bègue, merci d'avoir accepté de juger mon travail, soyez assurée de mon profond respect.

A Mme le Docteur Emmanuelle Lavigne, merci d'accepter de participer à mon jury et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A tous mes maîtres de stage, qui m'ont tant appris et encouragée dans la voie de la médecine générale.

A mes amis, de toujours, d'externat, d'internat, merci pour tous ces moments partagés.

A mes parents, de m'avoir soutenue toutes ces années d'études et d'être toujours là pour moi.

A mon frère et à ma sœur, je ne pouvais pas rêver d'une meilleure fratrie. Merci de m'avoir fait de si beaux neveux et nièces.

A ma belle-famille, pour leur bienveillance et leur aide sans faille.

A Romain, mon amour, merci pour ton soutien à toute épreuve et pour ta persévérance pour mener à bien tous nos projets.

A ma fille Soline, qui a illuminé nos vies, merci pour ta joie, ta bonne humeur et ta malice. Tu fais de moi, une maman comblée.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Partie 1 : Etudes sélectionnées

1.1.Méthode de sélection

1.2.Caractéristiques des études sélectionnées

2. Partie 2 : Evolution de l'utilisation de la contraception

2.1.Toutes contraceptions confondues

2.2.Implant

2.3.Dispositifs intra-utérins

2.4.Injection intra-musculaire

2.5.Contraceptions orales

2.6.Méthodes barrières

3. Principales causes d'arrêt ou de changement de contraception.

3.1.Toutes contraceptions confondues

3.2.Implant

3.3.Dispositifs intra-utérins

3.4.Injection intra-musculaire

3.5.Contraceptions orales

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Le post-partum est une période à risque de grossesses non désirées entraînant des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et également à risque de grossesses rapprochées entraînant un surrisque des complications obstétricales et néonatales. Il est donc nécessaire d'aborder la question de la contraception. L'objectif de ce travail était de faire l'état des lieux de l'évolution de l'utilisation de la contraception par les femmes dans l'année qui suit leur accouchement à partir des données de la littérature.

Méthode : Il s'agissait d'une revue systématique de la littérature réalisée selon la méthode PRISMA. Les bases de données interrogées étaient : Pubmed, LiSSa, The Cochrane Library, Cairn, Persée, Science direct, SUDOC et CISMEF. Les articles inclus étaient en français ou anglais et publiés entre 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2020.

Résultats : 17 références ont été incluses : 12 articles de revues, 2 thèses de médecine générale et 3 mémoires de sage-femme. En suites de couches, les pilules microprogestatives étaient la contraception la plus prescrite. A la visite post-natale plus de la moitié des femmes changeaient de contraception, majoritairement pour une pilule oestroprogestative ou un Dispositif Intra Utérin (DIU). Les causes principales de changement de contraception étaient : les effets secondaires et notamment les saignements irréguliers. Ce sont les DIU et implants qui ont eu la meilleure observance.

Discussion et perspectives : La contraception choisie lors de la visite post-natale semble être plus adaptée aux attentes des femmes car elle a une meilleure observance. Cependant certaines femmes ne vont pas être revues en post-natal, il serait donc intéressant leur proposer un implant ou DIU avant la sortie de la maternité et d'aborder la question de la contraception lors des examens du nouveau-né.

INTRODUCTION

La contraception est un élément central dans la planification familiale. Il est important et nécessaire d'aborder ce thème dans le post-partum. En effet cette période décrite comme peu propice à une décision de méthode contraceptive, est à risque de grossesses non désirées, pouvant entraîner des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et des grossesses rapprochées.

Ainsi d'après le rapport de la DREES, le risque de recours à une IVG est maximal dans les 5 à 7 mois suivant un accouchement (1) et 5 % des IVG surviennent dans les six premiers mois après un accouchement (2). Puis ce risque diminue progressivement sur 36 mois.

Par ailleurs, les grossesses rapprochées, lorsqu'il s'écoule moins de 12 mois entre une naissance et le début de la grossesse suivante, entraînent un surrisque des complications obstétricales et néonatales (3) avec pour la mère une augmentation du risque d'anémie et de rupture prématurée des membranes et pour le fœtus un risque de retard de croissance intra-utérin et de prématurité (4)(5).

De nombreuses recommandations existent sur les méthodes contraceptives à utiliser préférentiellement dans la période du post-partum (6). Les paramètres physiologiques à prendre en compte sont multiples : risque thromboembolique, allaitement maternel ou artificiel, complication de la grossesse (hypertension artérielle, diabète...), limitant parfois les options thérapeutiques possibles. Néanmoins, il est admis que la meilleure contraception, est celle choisie par la femme (7). Il est donc essentiel de personnaliser la contraception à chaque situation. La contraception doit être abordée dès le service de suites de couches, car la reprise des rapports sexuels survient en moyenne le mois suivant l'accouchement et la première ovulation possiblement au 25ème jour (8). Or une étude a montré que 30% des femmes n'ont

pas repris ou ont déjà abandonné leur contraception avant la visite post-natale (9) entre 6 et 8 semaines après le post-partum. La question de l'adéquation entre la contraception reprise et le mode de vie des femmes en post partum se pose. En effet, la contraception doit répondre aux besoins et au mode de vie de la femme.

Par ailleurs, le suivi de la grossesse et/ou la consultation post-natale pouvant être effectués par le médecin généraliste, celui-ci a toute sa place pour cette prescription, d'autant qu'il peut connaître la femme et sa famille depuis de nombreuses années, ainsi cerner ses besoins et ses attentes, plus facilement.

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux sur l'évolution de l'utilisation de la contraception par les femmes dans l'année qui suit leur accouchement à partir des données de la littérature.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les raisons des changements de contraceptifs et d'identifier si certaines contraceptions permettent une meilleure observance dès les premiers mois et au long cours.

MÉTHODES

Il s'agit d'une revue systématique de la littérature réalisée selon la méthode PRISMA. Les bases de données interrogées étaient : Pubmed, LiSSa, The Cochrane Library, Cairn, Persée, Science direct, SUDOC et CISMEF. L'équation de recherche, établie avec les mots clés MESH, était : (((patient satisfaction) OR (patient compliance)) AND (postpartum period)) AND (contraception). Cette équation a été adaptée au fonctionnement de chaque moteur de recherche. La gestion des références a été faite grâce au logiciel ZOTERO.

Les articles inclus étaient ceux publiés entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2020, en français ou en anglais, qui concernaient les populations de pays développés. Ils devaient étudier l'observance des contraceptifs prescrits en suites de couches ou à la consultation post-natale, par un gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste. Il devait y avoir une ou plusieurs réévaluations de leur utilisation dans les 12 mois qui suivaient. Tous les types de contraception ont été retenus. Les mémoires et thèses ont été inclus.

Les articles étudiant l'utilisation de la contraception par la population des pays en voie de développement ont été exclus.

Les doublons ont été exclus puis les articles étaient sélectionnés sur le titre et le résumé dans un premier temps, puis par la lecture de l'article en intégralité dans un second temps. Les bibliographies des articles retenus ont été analysées, afin de pouvoir identifier les articles répondant aux critères d'inclusion qui ne seraient pas répertoriés.

Les données recueillies pour chaque étude étaient : le titre, les auteurs, l'année de réalisation de l'étude, la date de publication, le pays, le type d'étude, les caractéristiques de la population étudiée, le ou les types de contraception étudiés, le moment où la prescription était faite, le moment où la réévaluation s'effectuait, les principaux résultats et l'évaluation de la qualité des études.

L'évaluation de la qualité des études incluses a été réalisée avec l'aide de grilles prédéfinies. Les études observationnelles ont été évaluées avec la grille STROBE traduite en français (10), les revues de la littérature grâce aux critères PRISMA (11), les essais randomisés avec la liste CONSORT (12). Il a été déterminé le pourcentage de critères validés sur le total des critères de la grille utilisée.

La sélection des études a été faite par l'auteur et la directrice de thèse. Les divergences ont été discutées jusqu'à consensus.

RÉSULTATS

1. Partie 1 : Etudes sélectionnées

1.1 Méthode de sélection

Sept cent quatre-vingt-seize références ont été identifiées dans les bases de données. Après l'élimination de vingt-huit doublons, puis la lecture des titres et résumés, vingt-deux références ont été retenues pour être lues en intégralité. Six articles étaient introuvables en version intégrale. Un article a été exclu car il avait un score de qualité trop bas. Deux études issues des bibliographies des articles sélectionnés ont été ajoutées.

Finalement dix-sept références ont été incluses dans cette revue de littérature : douze articles, deux thèses de médecine générale et trois mémoires de sage-femme.

La méthode de sélection des études a été illustrée par le diagramme de flux (Figure 1).

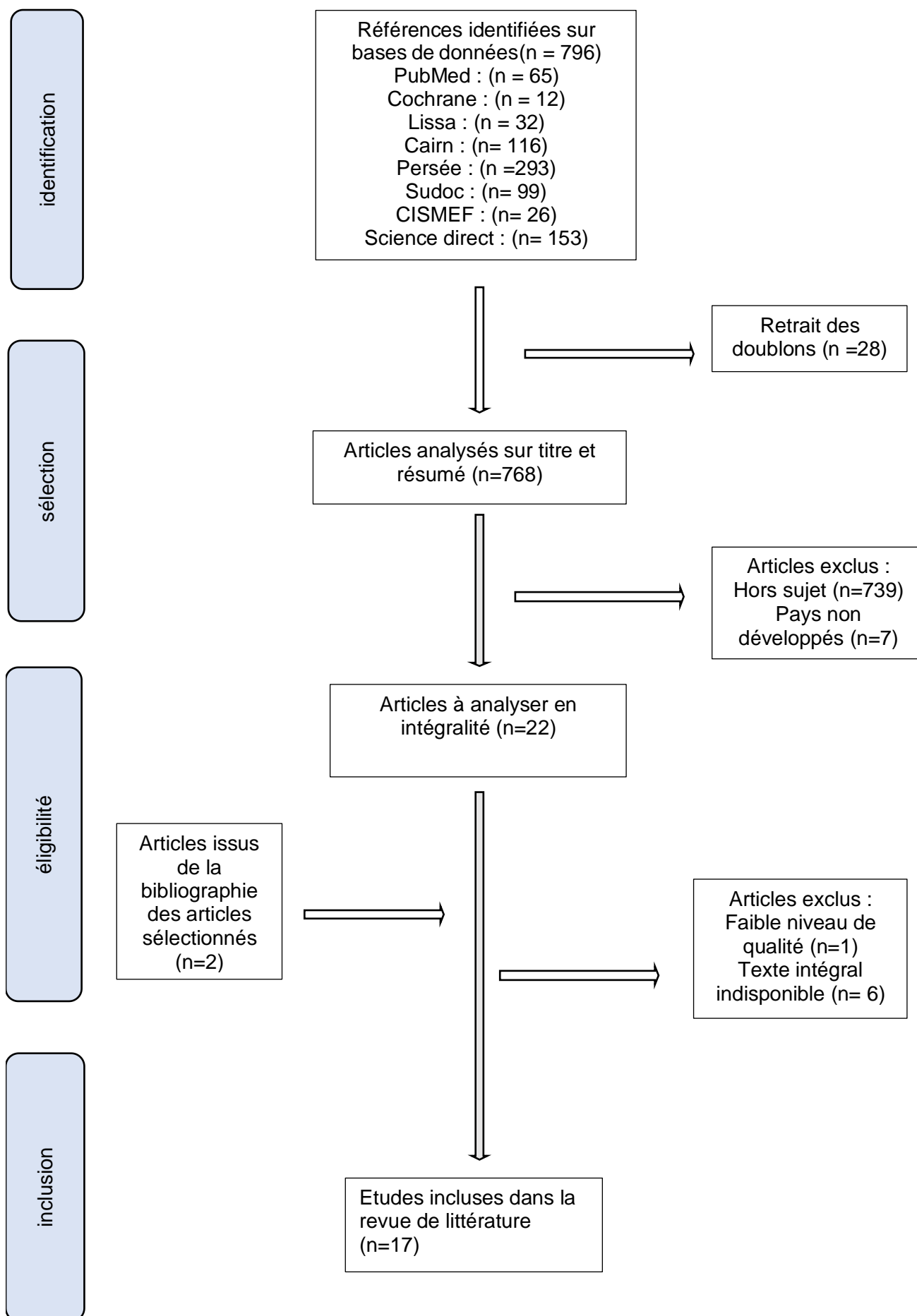


Figure 1 : diagramme de flux

1.2 Caractéristiques des études sélectionnées

Les douze articles de revue comprenaient : une revue de la littérature, cinq études observationnelles prospectives, une rétrospective, et cinq essais randomisés. Parmi eux, un article français, huit américains, un thaïlandais et un australien. La qualité des études était bonne. Les scores de qualité étaient entre 77 % et 96%.

Pour la littérature grise, la qualité était légèrement inférieure avec des scores variant de 50% à 77%.

Les études s'intéressaient principalement aux Dispositifs Intra Utérins (DIU) et/ou implant, en comparant leur initiation précoce dans les minutes ou jours suivant l'accouchement comparée à une pose dite « retardée » dans les 4 à 8 semaines du post-partum.

Une étude comparait l'injection intra-musculaire de médroxyprogestérone avec le stérilet MIRENA®.

Une étude randomisée incluait uniquement les femmes allaitantes sous pilule progestative versus oestroprogestative.

L'article français ainsi que deux mémoires et une thèse étudiait toutes les contraceptions confondues.

La majorité des études réévaluait l'utilisation des contraceptifs à 6 ou 12 mois. Les données extraites de chacune référence ont été résumées en annexes dans le tableau I.

2. Partie 2 : Evolution de l'utilisation de la contraception

2.1 Toutes contraceptions confondues

En France, ce sont surtout les pilules microprogestatives qui étaient prescrites en suites de couches (9). Puis lors de la visite post-natale plus de 55%des femmes changeaient de contraception, majoritairement pour une pilule oestroprogestative ou un DIU (13)(14)(15).

Tous moyens contraceptifs confondus, à la visite post-natale un tiers des femmes déclarait avoir changé ou arrêté leur contraception (9). Les mêmes chiffres étaient retrouvés dans les mémoires interrogeant l'observance des femmes pendant cette période : 30 à 35% ne serait pas observante (13) (14).

Après la visite post-natale, il était retrouvé une meilleure observance. A 4 mois de l'accouchement, les mémoires français trouvaient une observance allant de 76% à 86% (13)(15). Puis à 6 mois, 78% des femmes avait gardé une contraception efficace, d'après une thèse de 2017 (15).

2.2 Implant

D'après la revue de littérature de J.Sothornwit (16) et l'essai randomisé de G.Bryant (17), que l'implant soit posé en suites de couches ou lors de la consultation post-natale, cela n'entraînait pas de différence de continuation la première année. En effet, à 12 mois, il y a été retrouvé 81% de continuation pour les implants posés en suites de couches contre 78% pour les implants insérés à la visite post-natale. Dans une cohorte américaine de 133 femmes, 98% des patientes ayant eu une pose d'implant en post-partum immédiat l'ont maintenu à 6 mois, puis 84% à 1 an (18). On retrouvait 87% de continuation à 1 an dans l'étude rétrospective de S.Wilson (19).

Dans les mémoires et thèses françaises, le taux de continuation était légèrement plus bas. M.Maillard (20) et A.Heuel-Pointin (21) trouvaient un taux de continuation des implants posés ou prescrits à la maternité de 70% respectivement à 3 mois et 12 mois.

2.3 Dispositifs intra-utérins

L'étude de I. Woo (18) comparant la pose immédiate d'implant ou de DIU retrouvait un taux de continuation des DIU de 91% à 6 mois et de 81% à 1 an. Il ne notait pas de différence significative avec l'implant, si les DIU expulsés étaient remplacés.

E. Levi (22) qui a étudié la pose de DIU au cuivre pendant la césarienne, a retrouvé 100% de continuation et 80% de satisfaction à 6 mois .

Une étude randomisée américaine de 2014 (23) et une australienne de 2015 (24), ont comparé la pose de DIU au lévonorgestrel pendant la césarienne versus une pose retardée entre 4 et 8 semaines du post-partum. Dans le premier article, le taux de continuation à 6 mois était de 70% si la pose s'effectuait en post-placentaire et 59.1% si la pose était retardée. A 12 mois, on retrouvait 60% de continuation pour la pose post-placentaire et 40.9% pour la pose retardée (23). Dans la deuxième étude, à 6 mois on retrouvait des taux de satisfaction élevée (entre 88% et 90.5%) et non statistiquement différents entre les deux groupes (24).

Dans une autre étude américaine randomisée (25), étudiant le même type de DIU mais chez les femmes ayant accouchées par voie basse, à 6 mois il était retrouvé 84% de continuation dans le groupe post-placentaire et 76.5% dans le groupe ayant eu la pose retardée. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

Dans l'étude de M. Zerden (26), les femmes ayant bénéficié de la pose d'un DIU au lévonorgestrel entre 2 et 3 semaines du post-partum, étaient 86% à l'utiliser à 6 mois.

2.4 Injection intra-musculaire

D. Howard (27) qui comparait injection IM de médroxyprogestérone et MIRENA® chez les moins de 20 ans, retrouvait 87.9% de continuation à 6 mois pour les injections et donc sans différence significative avec le DIU (88%). Mais à un an, seulement 43% des femmes avait poursuivi les injections versus 77% le DIU.

2.5 Contraceptions orales

Une étude américaine randomisée (28) chez les femmes allaitantes, montrait que la poursuite de l'allaitement à 8 semaines de l'accouchement ne différait pas entre les femmes sous oestroprogestatifs et celles sous microprogestatifs. Il n'y avait également pas de différence significative entre les taux de poursuite de l'utilisation de la pilule choisie. A 8 semaines du post-partum, 98% des femmes qui allaitent sous oestroprogestatif ont continué leur contraception et 100% sous microprogestatifs ont continué ce type de contraception.

2.6 Méthodes barrières

Une étude française de 2013 retrouvait que 50 % des femmes qui avait choisi les méthodes barrières, ont arrêté à la visite post-natale et se retrouvait sans contraception (9).

3. Principales causes d'arrêt ou de changement de contraception.

3.1 Toutes contraceptions confondues

De l'accouchement à la visite post-natale les grands motifs de changement de contraception étaient : les spottings et l'oubli (9).

Dans la littérature grise, avant la consultation post-natale on retrouvait l'absence de reprise des rapports sexuels qui expliquait l'arrêt du contraceptif, puis les oublis et les spottings en lien avec la prescription majoritaire des microprogestatifs oraux pendant cette période (13). Dans le mémoire de M.Emereau, la non correspondance aux attentes réelles des patientes était la première cause d'inobservance au cours des quatre premiers mois (14) cependant la majorité des patientes non observantes déclaraient avoir été satisfaite des informations apportées.

3.2 Implant

Dans tous les articles traitant de l'implant, la première cause de retrait était les saignements gênants (abondants ou irréguliers). Les autres causes d'abandon étaient : la prise de poids, le désir de grossesse, les migraines, la douleur au site d'insertion, les céphalées, et la diminution de la libido (17) (18) (19) (20).

La thèse de A.Heuel-Pointin (21), retrouvait la prise de poids comme première cause puis les saignements en second.

3.3 Dispositifs intra-utérins

Les douleurs pelviennes et les saignements (notamment les ménorragies avec le DIU au cuivre) ont été les motifs les plus retrouvés pour l'abandon de l'utilisation des DIU (22)(26).

3.4 Injection intra-musculaire

DL.Howard a interrogé les femmes sur la quantité et la fréquence des métrorragies sous DEPO-PROVERA®, cause majeure d'arrêt de cette contraception. En effet, 35% des femmes à 6 mois ont qualifié l'imprévisibilité des saignements comme inacceptable (27).

3.5 Contraceptions orales

Les oublis étaient la raison principale de non-observance des contraceptifs oraux dans l'article français de F.Blangis (9) et le mémoire de M.Flaux (13). Pour les femmes qui allaitent l'impression de manque de lait était la première cause d'arrêt de la contraception orale dans l'article de E.Espey (28).

A la visite post-natale, la cause principale de changement des microprogestatives pour les oestroprogestatives était l'arrêt de l'allaitement maternel (13).

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Pour cette revue de littérature, la méthodologie a pu être bien respectée. L'équation de recherche a permis de retrouver un grand nombre de références.

La qualité des articles était bonne. Le seul article exclu étudiait la satisfaction des femmes avec un DIU en post-partum. Seulement 50% des critères de qualité de la grille Strobe étaient remplis car il manquait de nombreuses données statistiques et il présentait des biais non contrôlés notamment d'évaluation, avec un critère de jugement très subjectif.

Ont été inclus les mémoires et thèses avec 50-70% de score de qualité car ils étudiaient exclusivement la population française et amenaient des données intéressantes sur les informations délivrées aux femmes sur la contraception du post-partum.

En dehors des thèses et mémoires, un seul article français a été retenu. En effet, la majorité des articles étaient américains. En conséquence, il était surtout question des contraceptions de longue durée d'action (DIU et implant) car ces méthodes contraceptives sont plus répandues aux USA qu'en France. La seule étude exclusivement sur les contraceptions orales, interrogeait uniquement les femmes allaitantes dans les 8 premières semaines post-accouchement. Elle est difficilement transposable sur la population française, car en pratique les oestroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois après l'accouchement en cas d'allaitement maternel (6). Aucune étude traitant de la méthode MAMA, la contraception définitive, du patch ou de l'anneau contraceptif n'a été retrouvée.

On retiendra qu'en France dans les premières semaines du post-partum, de nombreuses femmes arrêtent ou changent de contraception, entre 30 et 55% selon les études, notamment si c'est une contraception orale ou locale (9)(13)(14). Puis après la visite post-natale, il semblerait y avoir une meilleure observance. On peut donc supposer que le moyen contraceptif choisi lors de cette consultation est alors plus adapté aux attentes des femmes. Cela peut

s'expliquer par le fait que le risque thromboembolique s'étant normalisé et l'allaitement maternel parfois arrêté, il s'offre alors à la femme plus de méthodes contraceptives possibles. Elle a également sans doute plus de temps pour réfléchir à sa contraception, ses préoccupations étant particulièrement centrées sur le nouveau-né les premières semaines.

Ce sont les DIU et implants qui ont la meilleure observance la première année du post-partum notamment car il n'y a pas de risque d'oubli. En effet, ils ont un fort taux de continuation à 1 an, entre 76% et 100% dans la plupart des études. Qu'ils soient posés immédiatement après l'accouchement ou à la visite post-natale, il ne semble pas y avoir de différence statistiquement significative entre les deux poses. Cependant, dans toutes les études randomisées, on note des résultats moins bons dans le groupe des poses retardées. Cela peut être expliqué par le fait que toutes les femmes ne viennent pas comme prévu à la visite post-natale et n'ont donc pas la pose du contraceptif. En effet, un auteur souligne que les seules femmes qui se sont retirées de son étude sont celles qui devaient avoir une pose retardée du DIU (24). Dans une autre étude, les femmes sont perdues de vues surtout immédiatement après la sortie de l'hôpital (19). Dans l'étude étudiant les femmes de 14 à 24 ans, ce sont surtout les plus jeunes qui ont été perdues de vue (17).

Dans cette revue de littérature, on retrouve entre 48% et 92% des femmes qui viennent à leur visite post-natale. Il est donc important qu'une contraception soit mise en place immédiatement après l'accouchement pour certaines femmes. Les femmes pour qui il serait intéressant de proposer une pose de DIU ou d'implant en suites de couches sont surtout les plus jeunes et/ou aux conditions socio-économiques défavorables et/ou vivant seule. En effet, elles sont plus à risque d'être perdues de vue (18) ou d'être inobservantes (14) avec un accès aux soins parfois plus difficile (24).

Quarante-sept pour cent des patientes déclarent que les suites de couches sont le moment idéal pour parler contraception (15) et il semblerait que les informations délivrées en suites de couches soient bien intégrées par les patientes (20). En effet, dans le mémoire de M.Maillard, les informations données en suites de couches sur l'implant sont restituées en intégralité par 2/3 des femmes 3 mois après. Mais sont-elles toujours bien informées des effets secondaires potentiels, notamment des saignements possiblement gênants ? Car c'est une cause majeure d'arrêt de la contraception.

De plus la question de la contraception du post-partum est très peu abordée pendant la grossesse (20) (29). Une information dès le suivi de grossesse permettrait peut-être de laisser le temps à la patiente de faire son choix et pourrait augmenter les chances qu'elle bénéficie d'un contraceptif qui lui convienne dès sa sortie de la maternité.

Il serait intéressant d'étudier si multiplier les temps d'information et prévenir des effets secondaires potentiels augmenterait l'observance du contraceptif choisi en suites de couches ou favoriserait le choix pour une contraception avec un taux de continuité plus élevé.

La contraception prescrite à la maternité ne satisfait pas toutes les femmes, et certaines d'entre elles ne vont pas être revues à la consultation post-natale. Il pourrait être envisagé que la question de la contraception soit évoquée par le professionnel de santé qui effectue les examens du nouveau-né lors du premier mois. Ainsi une occasion serait créée pour rediscuter des besoins contraceptifs et permettre à la femme de bénéficier d'une contraception avant la reprise d'une ovulation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vilain A, Allain S. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2020 [cité 2 juin 2021]. Report No.: 1163. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmee-en>
2. Direction générale de la santé. Strategie d'actions en matière de contraception [Internet]. 2007 janv [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/recherche?text=IVG>
3. Doret M. Modalités de la consultation postnatale et spécificités en cas de pathologie de la grossesse : recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1118-26.
4. Dedecker F, Graesslin O, Ceccaldi PF, Baudelot E, Montilla F, Derniaux E, et al. Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnatales. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 janv 2006;35(1):28-34.
5. Vandenbroucke L, Lavoué V, Voltzenlogel MC, Le Guellec M, Lassel L, Isly H, et al. Facteurs de risques et conséquences périnatales des grossesses rapprochées : étude cas-témoin rétrospective. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 avr 2013;42(2):166-73.
6. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum
7. INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit [Internet]. 2007 [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: [/import/choisir-sa-contraception](#)
8. Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. La contraception du post-partum : état des connaissances. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 juin 2008;36(6):603-15.
9. Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, Philippe HJ, Ploteau S. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. Gynecol Obstet Fertil. sept 2013;41(9):499-504.
10. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):34-8.
11. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):39-44.
12. Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):28-33.
13. Flaux M. Observance de la contraception du post-partum: causes de non-observance [Internet]. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2013 [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00855180/document>

14. Emereau M. L'observance de la contraception prescrite et/ou conseillée au cours des premiers mois du post-partum [Internet]. [Limoges, France]: S.C.D. de l'Université; 2011 [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/memoires/nxfile/default/548a3191-8c28-47c0-ae99-c94e1e10d7ae/blobholder:0/M-SM2011-009.pdf>
15. Roche Klargaard AC. Taux de maintien d'une contraception efficace dans les six mois du post-partum et ses facteurs d'influence [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2017.
16. Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 20 nov 2020];(4). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011913.pub2/full>
17. Bryant AG, Bauer AE, Stuart GS, Levi EE, Zerden ML, Danvers A, et al. Etonogestrel-Releasing Contraceptive Implant for Postpartum Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1 juin 2017;30(3):389-94.
18. Woo I, Seifert S, Hendricks D, Jamshidi RM, Burke AE, Fox MC. Six-month and 1-year continuation rates following postpartum insertion of implants and intrauterine devices. *Contraception*. déc 2015;92(6):532-5.
19. Wilson S, Tennant C, Sammel MD, Schreiber C. Immediate postpartum etonogestrel implant: a contraception option with long-term continuation. *Contraception*. sept 2014;90(3):259-64.
20. Maillard M, Obin C. Tolérance de l'implant contraceptif sous-cutané lorsqu'il est posé dans le post-partum précoce à la maternité du centre hospitalier universitaire de Rouen [Internet]. Rouen, France: Université de Rouen; 2016 [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/1394892>
21. Heuel-Pointin A. Tolérance de l'implant contraceptif dans le post-partum [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014 [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M107.pdf
22. Levi E, Cantillo E, Ades V, Banks E, Murthy A. Immediate postplacental IUD insertion at cesarean delivery: a prospective cohort study. *Contraception*. août 2012;86(2):102-5.
23. Whitaker AK, Endres LK, Mistretta SQ, Gilliam ML. Postplacental insertion of the levonorgestrel intrauterine device after cesarean delivery vs. delayed insertion: a randomized controlled trial. *Contraception*. juin 2014;89(6):534-9.
24. Braniff K, Gomez E, Muller R. A randomised clinical trial to assess satisfaction with the levonorgestrel-releasing intrauterine system inserted at caesarean section compared to postpartum placement. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. juin 2015;55(3):279-83
25. Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Schwarz EB. Postplacental or delayed levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding duration. *Contraception*. nov 2011;84(5):499-504.

26. Zerden ML, Stuart GS, Charm S, Bryant A, Garrett J, Morse J. Two-week postpartum intrauterine contraception insertion: a study of feasibility, patient acceptability and short-term outcomes. *Contraception*. 1 janv 2017;95(1):65-70.
27. Howard DL, Wayman R, Strickland JL. Satisfaction with and Intention to Continue Depo-Provera Versus the Mirena IUD among Post-Partum Adolescents through 12 Months of Follow-Up. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1 déc 2013;26(6):358-65.
28. Espey E, Ogburn T, Leeman L, Singh R, Ostrom K, Schrader R. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. janv 2012;119(1):5-13.
29. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception*. 1 avr 1996;53(4):217-20.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : diagramme de flux 7

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS	6
1.Partie 1 : Etudes sélectionnées.....	6
1.1.Méthode de sélection	6
1.2.Caractéristiques des études sélectionnées.....	8
2.Partie 2 : Evolution de l'utilisation de la contraception	8
2.1.Toutes contraceptions confondues.....	8
2.2.Implant	9
2.3.Dispositifs intra-utérins	9
2.4.Injection intra-musculaire	10
2.5.Contraceptions orales	10
2.6.Méthodes barrières.....	11
3.Principales causes d'arrêt ou de changement de contraception.....	11
3.1.Toutes contraceptions confondues.....	11
3.2.Implant	11
3.3.Dispositifs intra-utérins	12
3.4.Injection intra-musculaire	12
3.5.Contraceptions orales	12
DISCUSSION ET PERSPECTIVES	13
BIBLIOGRAPHIE.....	16
LISTE DES FIGURES	19
TABLE DES MATIERES	20
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Tableau I

Titre	Auteur/ Année de réalisation/de publication /Pays	Type d'étude	Population étudiée	Types de contraception et moment de prescription	Réévaluation	Principaux Résultats	Score de Qualité
La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale.	F.Blangis et al. 2010/2013 France	Etude de cohorte prospective.	Femmes en post-partum sans critères d'exclusion (n=600)	Toutes contraceptions. Prescription en suites de couche.	Lors de la visite post-natale (environ 8 semaines après accouchement)	-30% ont arrêté la contraception prescrite. -50% ont arrêté méthode barrière sont donc sans contraception. -Microprogestative la + prescrite en suite de couche. -21.5% de consultation post natale -causes de changement de contraception: spotting, oubli.	Strobe : 16/22 73%
Observance de la contraception du post-partum : causes de non observance.	M.Flaux 2012/2013 France	Mémoire de sage-femme. Cohorte transversale, descriptive	Femmes majeures, francophones (n=151)	Toutes contraceptions prescrites à la maternité	Visite post natale puis 4 mois	-De l'accouchement à la visite post-natale :65.6% d'observance. Raison de non observance : non reprise des rapports sexuels (44,2%), oubli ou céphalée et spotting. -A la visite post-natale 55 % change de contraception (surtout pour pilule combinée ou DIU car arrêt allaitement ou souhait contraception + pratique). -A 4 mois : 76.1% d'observance. (inobservance surtout car oubli) - 92% ont eu visite post natale - 47% trouve que le séjour en suites de couche est le moment idéal pour parler contraception.	Strobe : 17/22 77%

Titre	Auteur/ Année de réalisation/de publication /Pays	Type d'étude	Population étudiée	Types de contraception et moment de prescription	Réévaluation	Principaux Résultats	Score de Qualité
L'observance de la contraception prescrite et/ou conseillée au cours des premiers mois du post-partum.	M.Emereau 2010/2011 France	Mémoire de sage femme. Etude de cohorte rétroceptive	Femmes majeure francophones (n=200)	Toutes les contraceptions	4 mois	-De l'accouchement à la visite post natale 30,3% d'inobservance. - Entre la visite post-natale et 4 mois 13.4% d'inobservance. - Surtout pilule progestative prescrite en suite de couche (87.3%). A la visite post natale surtout pilule Oestroprogestative (45.7%) - causes de non observance : ne correspondait pas aux attentes réelles (63%), mauvaise tolérance (15%)	Strobe : 15/22 68%
Taux de maintien d'une contraception efficace dans les six mois du post-partum et ses facteurs d'influence.	A.Roche-Klargaard 2016/2017 France	Thèse de medecine générale . Etude de cohorte analytique , prospective.	Femmes majeures francophones (n=110)	Toutes les contraceptions	6 mois	- A 6mois : 78% ont gardé leur contraception. - 62.3% ont une contraception efficace. -20% n'ont pas été à la visite post-natale.	Strobe : 15/22 68%
Immediate versus delayed postpartum insertion of contraception implant for contraception.	J.Sothornwit et al. 2017/2017 Thaïlande	Revue de la littérature des essais contrôlés randomisés. 3 études américaines incluses soit 410 femmes au total.	Femmes ayant accouché aux Etats-Unis , souhaitant implant en post-partum. (n=410)	Implant posé avant sortie de l'hôpital versus posé à la visite post-natale.	A 6 mois et 12 mois	-Peu ou pas de différence de continuation à 6mois (2 études : 97.1% vs 95.7% et 88% vs 86%) - Peu de différence à 12mois (1 étude 81.1% vs 77.8%) mais biais car 1/3 de perdues de vues.	Prisma : 21/27 78%
Etonogestrel-Releasing contraceptive implant for Postpartum Adolescents : a randomized controlled trial.	G.Bryant et al. 2012- 2015 /2017 Etats-Unis	Essai contrôlé randomisé.	Femmes de 14 à 24 ans souhaitant implant en post-partum (n=96)	Implant posé la maternité versus à la visite post natale.	A 12 mois	-Pas de différence de continuation (81% vs 78%). - Mais 33% de perdues de vue (surtout les + jeunes). - Causes de retrait : 1 ^{er} : saignements continus ou excessifs, 2eme : migraine, 3eme : douleur bras	Consort : 21/25 84%

Titre	Auteur/ Année de réalisation/de publication /Pays	Type d'étude	Population étudiée	Types de contraception et moment de prescription	Réévaluation	Principaux Résultats	Score de Qualité
Immediate postpartum etonogestrel implant : a contraception option with long-term continuation.	S.Wilson et al. 2008-2009/2014 Etats -Unis	Etude de cohorte rétroceptive.	Femmes souhaitant un implant en post -partum (n =262)	Implant. Prescription et pose en suites de couche (< 7 jours après accouchement).	A 1 an, 2 ans et 3 ans	-Taux de continuation à 1 an 87.2%, 2ans :74.1%, 3ans :66.3% - Perdues de vue surtout immédiatement après sortie de l'hôpital donc importance d'une contraception immédiatement après accouchement. -Raison de l'arrêt : saignement (41.2%), prise de poids (19 ,1%), désir de grossesse (12%).	Strobe : 17/22 77%
Tolérance de l'implant contraceptif sous-cutané lorsqu'il est posé dans le post-partum précoce à la maternité du CHU de Rouen.	M.Maillard. 2016/2016 France	Mémoire de sage-femme. Etude prospective unicentrique.	Femmes ayant eu la 1ère pose d'implant à la maternité (n=46)	Implant posé avant la sortie de la maternité.	A 3mois	-70% de continuation. - cause de retrait : saignements abondants, céphalée et diminution libido - 63% ont eu visite post-natale. -Informations sur contraception données en suites de couches sont bien intégrées par les patientes.	Strobe : 11/22 50%
Tolérance de l'implant contraceptif dans le post partum.	A.Heuel-Pointin 2012/2014 France	Thèse de médecine générale. Prospective descriptive analytique.	Femmes souhaitant implant en post-partum (n=72)	Implant posé ou prescrit à la maternité.	A 12 mois	-70% de taux de continuation à 1 an. -Causes de retrait : prise de poids, saignement abondant ou irrégulier.	Strobe 12/22 55%
Six month and 1-year continuation rates following postpartum insertion of implants and intrauterine devices.	I.Woo et al. 2011/2015 Etats-Unis	Etude de cohorte prospective.	Femmes souhaitant stérilet ou implant en post-partum immédiat. (n=133)	Implant versus stérilet insérés dans le post-partum immédiat.	A 6 mois et 1 an	-pas de différence de satisfaction ni d'observance à 6 mois (98% implant vs 91% stérilet) et 12 mois (84% implant vs 81% stérilet). - Causes d'arrêt : Saignements gênants pour 26% . -34% n'ont pas été à la visite post-natale.	Strobe : 17 /22 77%

Titre	Auteur/ Année de réalisation/de publication /Pays	Type d'étude	Population étudiée	Types de contraception et moment de prescription	Réévaluation	Principaux Résultats	Score de Qualité
Immediate postplacental IUD insertion at cesarean delivery : a prospective cohort study.	E.Levi et al. 2008-2009/2012 Etats-Unis	Etude de cohorte prospective.	Femmes ayant accouché par césarienne (n=90)	Stérilet au cuivre posé lors de la césarienne.	A 6mois	-A 6mois : 100% de continuation mais beaucoup de perte de vue (53%) , 80% de satisfaction. - aucune expulsion. - 48% a eu consultation post-natale. - insatisfaction due aux douleurs et saignements abondants pendant les règles.	Strobe : 15/22 68%
A randomised clinical trial to assess satisfaction with the levonorgestrel-releasing intrauterine system inserted at caesarean section compared to postpartum placement.	K.Braniff et al. 2011-2012 /2015 Australie	Etude contrôlée randomisée	Femmes ayant accouché par césarienne programmée (n=48)	Stérilet au lévonorgestrel inséré pendant césarienne versus 6 semaines du post partum	6 Mois	-A 6 mois : Satisfaction élevée et non différente dans les 2 groupes (90.5% si pose pendant césarienne et 88.2% pour pose post natale). - Les seules femmes qui se sont retirées de l'étude sont celles qui devaient avoir un stérilet posé à 6 semaines.	Consort: 20/25 80%
Postplacental insertion of the levonorgestrel intrauterine device after cesarean delivery vs. delayed insertion : a randomized controlled trial.	A.Whitaker et al. 2007-2011 /2014 Etats-Unis	Etude randomisée en groupe parallèle	Femmes ayant eu une césarienne programmée (n=42)	Stérilet au lévonorgestrel posé pendant la césarienne en post placentaire versus posé 4 à 8 semaines du post partum	A 6 mois et 12 mois	-A 6mois : taux de continuation à 70% en post placentaire vs 59.1% en retardé. - A 12 mois : 60% de continuation pour pose post placentaire et 40,9% pose retardée mais différence non significative. (on ne peut pas conclure car effectif trop petit). - Plus d'expulsion en post placentaire (20% vs 0%). Sur les 4 expulsions : 2 stérilets ont été reposés.	Consort: 22/25 88%
Postplacental or delayed insertion of the levonorgestrel intrauterine device after vaginal delivery.	B.Chen et al. 2007-2008 /2010 Etats-Unis	Etude randomisée	Femmes ayant accouché par voie basse (n=102)	Stérilet au levonorgestrel inséré dans les 10 min après expulsion du placenta versus 6-8 semaines du post partum	6mois	-A 6mois : taux de continuation de 84.3% dans groupe post placentaire versus 76.5% en pose retardée. - Pas de différence significative si les stérilets expulsés sont remplacés. (24 % d'expulsion en post-placentaire contre 4,4% en retardé).	Consort: 24/25 96%

Titre	Auteur/ Année de réalisation/de publication /Pays	Type d'étude	Population étudiée	Types de contraception et moment de prescription	Réévaluation	Principaux Résultats	Score de Qualité
Two-week postpartum intrauterine contraception insertion : a study of feasibility, patient acceptability and short-term outcomes.	M.Zerden et al. 2014-2015/ 2016 Etats-Unis	Etude de cohorte prospective	Femmes Souhaitant un stérilet au lévonorgestrel (n=50)	Stérilet au lévonorgestrel posé entre 14 et 20 jours du post-partum	A 6 mois	-86% de continuation à 6 mois. - 2 expulsions partielles (4%). - Causes de retrait : douleurs et saignements puis désir de grossesse.	Strobe : 17/22 77%
Satisfaction with and intention to continue Depo-Provera versus the Mirena IUD among post-partum adolescents through 12 months of follow-up.	D .Howard et al. 2010- 2011 /2013 Etats-Unis	Etude longitudinale prospective.	Adolescentes ≤ 20 ans (n=66)	Injection intramusculaire de Médroxyprogestérone versus stérilet Mirena	A 6 mois et 1 an	-A 6 mois taux continuation élevée et similaire (injection 87.9% et mirena 88%). - A 12 mois le taux de continuation pour injection est de 43% (vs mirena 77%.) pourtant à 6 mois l'intention de poursuivre le traitement IM était élevé. -35% déclare des saignements imprévisibles inacceptable à 6 mois avec injection IM.	Strobe : 15/22 68%
Effect of progestin vs.combined oral contraceptive pills on lactation :a double-blind randomized controlled trial.	E.Espey et al. 2005-2008 / 2012 Etats-Unis	Essai randomisé en double aveugle	Femmes allaitantes (n=127)	Pilule progestative versus pilule oestroprogestative.	A 8 semaines et 6 mois	-pas de différence de poursuite de contraception, ni du taux d'allaitement (environ 64% d'allaitement à 8 semaines pour les 2 groupes). - A 8 semaines, 98% des femmes allaitante sous oestroprogestative ont continué leur contraception et 100% de celles sous progestatif. -100% de satisfaction envers leur contraception pour celle qui ont continué - 1ere cause d'arrêt de la pilule est l'impression de manque de lait	Consort: 21/25 84%

Comment évolue la contraception des femmes dans les mois qui suivent le post-partum ? Revue systématique de la littérature.

RÉSUMÉ

Introduction : Le post-partum est une période à risque de grossesses non désirées entraînant des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et également à risque de grossesses rapprochées entraînant un surrisque des complications obstétricales et néonatales. Il est donc nécessaire d'aborder la question de la contraception. L'objectif de ce travail était de faire l'état des lieux de l'évolution de l'utilisation de la contraception par les femmes dans l'année qui suit leur accouchement à partir des données de la littérature.

Méthode : Il s'agissait d'une revue systématique de la littérature réalisée selon la méthode PRISMA. Les bases de données interrogées étaient : Pubmed, LiSSa, The Cochrane Library, Cairn, Persée, Science direct, SUDOC et CISMEF. Les articles inclus étaient en français ou anglais et publiés entre 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2020.

Résultats : 17 références ont été incluses : 12 articles de revues, 2 thèses de médecine générale et 3 mémoires de sage-femme. En suites de couches, les pilules microprogestatives étaient la contraception la plus prescrite. A la visite post-natale plus de la moitié des femmes changeaient de contraception, majoritairement pour une pilule oestroprogestative ou un DIU. Les causes principales de changement de contraception étaient : les effets secondaires et notamment les saignements irréguliers. Ce sont les DIU et implants qui ont eu la meilleure observance.

Discussion et perspectives : La contraception choisie lors de la visite post-natale semble être plus adaptée aux attentes des femmes car elle a une meilleure observance. Cependant certaines femmes ne vont pas être revues en post-natal donc il serait intéressant leur proposer un implant ou DIU avant la sortie de la maternité et d'aborder la question de la contraception lors des examens du nouveau-né.

Mots-clés : contraception, post-partum, visite post-natale, observance

How women contraception method is evolving during the following months after post-partum ? Systematic review .

ABSTRACT

Introduction : Post partum is a period at risk for unintended pregnancies, what can lead to abortion and at risk for closely spaced pregnancies what can bring obstetrical and neonatal complications. It is therefore necessary to talk about contraceptive methods. The objective of this study was to assess the evolution of the women contraceptive use during the following year after childbirth, based on literature.

Methods : This was a systematic review of literature made using the PRISMA method. The Databases interviewed were: Pubmed, LiSSa, The Cochrane Library, Cairn, Persée, Science direct, SUDOC et CISMEF. Articles included were in French and English, published between the 1st of January 2010 and the 31st of December 2020.

Results: 17 references have been included: 12 studies, 2 general medicine thesis, and 3 midwives graduation dissertation. During the afterbirth period, the microprogestative pills were the most prescribed contraceptive. At the post-natal visit more than the half of the women were changed their contraception, more likely for an oestroprogestative pill or for an IUD. The main causes for this change were : side effects, especially irregular bleeding. The IUD and the implant had the best compliance.

Discussion and perspectives : The contraception chosen during the post-natal visit seems to be the more relevant to women expectations because of her better compliance. However some women won't be seen again in post-natal, it would therefore be interesting to propose them an implant or an IUD before leaving the maternity and to address the issue of contraception during the newborn examinations.

Keywords : contraception, post-partum period, post-natal visit, patient compliance.