En post-partum,
quel est le meilleur choix contraceptif?

Jocelyn Bérubé, MD, MSc

La femme qui n'allaite pas de façon exclusive doit être informée que la contraception et l'allaitement ne sont pas incompatibles.

Le **Dr Bérubé** pratique à la Clinique de Planning des Naissances du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette.

La consultation pour la contraception post-partum devrait être initiée durant la période prénatale. Le choix contraceptif doit prendre en compte la présence ou non de l'allaitement maternel et la forme d'allaitement utilisée. L'allaitement maternel constitue la source idéale de nutrition pour l'enfant et confère une certaine protection immunologique contre plusieurs infections. Les médecins ont un rôle important à jouer dans sa promotion.

Si la femme allaite de façon exclusive

L'allaitement maternel exclusif prolonge la période d'infertilité post-partum. En effet, la succion du bébé provoque la libération de prolactine qui supprime l'ovulation en interrompant le cycle de secrétion pulsatile de GnRh. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAL) a une efficacité de 98 à 99 % jusqu'à six mois post-partum si toutes les conditions sont respectées (tableau 1). Comme la protection totale (100 %) s'achève après 10 semaines post-partum, les médecins ont l'habitude de débuter une méthode complémentaire après cette période.

Si la femme n'allaite pas

L'ovulation survient en moyenne 45 jours après l'accouchement, et les premiers cycles ovulatoires ont habituellement une phase lutéale défi-

Copyright © Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer un exemplaire pour leur usage personnel

Tableau 1

Méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAL)

Les trois conditions de l'allaitement exclusif :

Absence de menstruations

- On assume que la femme est menstruée si elle a des saignements deux jours consécutifs et cela plus de 56 jours après l'accouchement.

Respecter l'intervalle entre les boires

- L'intervalle maximal entre les boires est de quatre heures le jour et de six heures la nuit. L'utilisation d'un tire-lait peut diminuer l'efficacité de la MAL.

Moins de six mois après l'accouchement

- L'enfant ne doit pas être âgé de plus de six mois. À cet âge, le bébé commence à prendre des aliments solides et a moins tendance à prendre le sein, ce qui augmente la possibilité d'ovulation.

N.B. : Limiter au maximum la supplémentation. Selon certains auteurs, l'allaitement quasi exclusif prolongerait de façon aussi efficace la période d'infertilité post-partum. Toutefois, si des suppléments (à l'exclusion des médicaments et des vitamines) sont ajoutés, ils devraient être donnés peu fréquemment (maximum aux 10 boires) en quantités minimes afin de ne pas influencer la succion. Ils ne doivent pas être donnés dans un biberon.

ciente. Aucune ovulation n'a été décelée avant 25 jours post-accouchement. Si la contraception est débutée plus de 21 jours après l'accouchement, une méthode complémentaire devra être utilisée pendant sept jours par mesure de prudence. La période de post-partum immédiat étant liée à un risque de thromboembolie plus élevé, on devrait attendre aux moins deux semaines après l'accouchement avant de débuter les contraceptifs oraux combinés (COC) .

Si la femme allaite partiellement

La femme qui n'allaite pas de façon exclusive doit être informée que la contraception et l'allaitement ne sont pas incompatibles. En effet, la plupart des méthodes contraceptives peuvent être utilisées durant l'allaitement partiel qui ne constitue pas une méthode fiable de contraception. Le retour potentiel de la fertilité sera considéré au même titre que chez la femme qui n'allaite pas. La contraception sera donc débutée dans les trois semaines suivant l'accouchement.

Les méthodes barrières

La femme qui allaite et qui a besoin de plus de protection contraceptive devrait d'abord considérer l'utilisation de méthodes non hormonales, puisqu'elles n'ont aucun effet sur la production du lait ou sur le bébé. Leur efficacité est toutefois variable en fonction de l'utilisatrice et est généralement moindre que celle des méthodes hormonales.

Le diaphragme, la cape cervicale et l'éponge contraceptive ne devraient pas être utilisés avant six semaines post-partum en raison du risque de syndrome du choc toxique. La patiente devrait être informée que la cape cervicale et l'éponge contraceptive sont moins efficaces chez les femmes qui ont accouché que chez les femmes nullipares. Pour le diaphragme et la cape cervicale, la taille du dispositif devra être réévaluée six semaines post-partum, car l'accouchement peut modifier la grandeur du vagin et le volume du col de l'utérus. La mesure prise en période d'allaitement est moins fiable en raison de l'atrophie vaginale liée à l'hypœstrogénie.

Le condom constitue la méthode barrière de choix en protégeant également contre les infections transmissibles sexuellement. À cause de la déficience œstrogénique chez les femmes qui allaitent, il est conseillé d'y ajouter un lubrifiant.

Chez la femme qui allaite, les COC ne constituent pas un premier choix. La présence d'œstrogène dans les COC risque d'entraîner une diminution de la quantité et de la qualité du lait maternel.

Les progestatifs seuls

Les progestatifs seuls sont d'excellentes méthodes contraceptives chez les femmes qui allaitent. De plus, certaines études font mention d'une légère augmentation de la quantité du lait maternel et de la durée de l'allaitement lié à l'utilisation de ces méthodes. Toutefois, certaines femmes ayant une sensibilité particulière aux hormones notent quand même une légère diminution de la production de lait maternel avec les progestatifs seuls. Selon le consensus canadien sur la contraception, ils peuvent être débutés immédiatement en post-partum. En général, on attendra 72 heures pour ne pas entraver la chute de progestérone endogène nécessaire à la production du lait maternel. Les femmes n'ont en général pas besoin de contraception dans les trois semaines qui suivent l'accouchement, tel que déjà mentionné.

Les contraceptifs oraux combinés (COC)

Chez la femme qui allaite, les COC ne constituent pas un premier choix. La présence d'œstrogène dans les COC risque d'entraîner une diminution de la quantité et de la qualité du lait maternel. Cependant, si les autres méthodes contraceptives ne sont pas appropriées, notamment les progestatifs seuls, les COC peuvent être commencés six semaines après l'accouchement. On surveillera alors attentivement le poids du bébé afin de s'assurer qu'il s'alimente bien. On considère le timbre Evra^{MD} et le NuvaRing^{MD} au même titre que les COC. La paroi de l'utérus n'ayant pas repris son tonus initial, le NuvaRing^{MD} risque d'être placé plus bas dans le vagin et être temporairement incommodant, sans toutefois que son efficacité en soit diminuée.

Les dispositifs intra-utérins

Le stérilet de cuivre et le Mirena^{MD} n'ont pas d'impact sur la production de lait et le développement de l'enfant. Il est possible d'insérer un stérilet en cuivre dans les minutes qui suivent la délivrance du placenta, et ce, jusqu'à 48 heures post-partum. Toutefois, les risques de perforation utérine et d'expulsion sont accrus. On attendra donc quatre à six semaines pour l'insertion.

Quant au Mirena^{MD}, il peut être inséré six semaines post-partum. La quantité de progestatif qui se trouve dans le lait maternel avec le Mirena^{MD} est tout à fait négligeable. Il constitue

un excellent moyen contraceptif en post-partum, que la femme allaite ou non, notamment en raison de ses avantages non contraceptifs (oligoménorrhée ou aménorrhée, augmentation de l'hémoglobine, diminution de la dysménorrhée, longue durée d'action, pas d'impact sur l'allaitement, peu de contre-indications tout en conférant une efficacité similaire à la ligature tubaire).

La contraception orale d'urgence

Elle peut être utilisée par toutes les femmes, peu importe leur état de santé. La seule contre-indication est la grossesse connue. Chez la femme qui allaite, on privilégiera le PlanB[MD] en raison de l'absence d'œstrogène, quoique quatre comprimés d'Ovral[MD] donnés en 12 heures ne risquent pas de diminuer la quantité de lait maternel. Santé Canada a accepté récemment une nouvelle posologie pour le PlanB[MD], qui consiste à donner les deux comprimés en même temps, ce qui facilite l'utilisation tout en assurant la même efficacité, sans augmenter les effets secondaires. *Clin*

Bibliographie

1. Hatcher RA et coll: Postpartum Contraception and Lactation. Contraceptive Technology, eighteenth edition. Ardent Media Inc: 2004; 75-600.
2. Black A, O'Grady T, Pymar H: Contraception hormonale ne contenant qu'un progestatif. Consensus canadien sur la contraception. Chapitre 5. JOGC 2004; 26(3):275-82.
3. Speroff, L. Glass R H, Kase N G: Contraceptive Effect of Lactation. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Sixth Edition. Lippincott William & Wilkins 1999; 604-5.
4. Queenan JT: Contraception and Breastfeeding. Clin Obstet Gynecol 2004; 47(3):734-39.

À retenir...

- La consultation pour la contraception post-partum devrait être initiée durant la période prénatale. Le choix contraceptif doit tenir compte de la présence ou non de l'allaitement maternel et la forme d'allaitement utilisée.
- La femme qui n'allaite pas de façon exclusive doit être informée que la contraception et l'allaitement ne sont pas incompatibles. En effet, la plupart des méthodes contraceptives peuvent être utilisées durant l'allaitement partiel.
- La femme qui allaite et qui a besoin de plus de protection contraceptive devrait d'abord considérer l'utilisation de méthodes non hormonales, puisqu'elles n'ont aucun effet sur la production du lait ou sur le bébé.