

Quelles contraceptions proposer en cas d'allaitement ?

Contraception and breastfeeding

B. Raccah-Tebeka*, G. Plu-Bureau**

La contraception du post-partum représente un enjeu majeur pour éviter les grossesses rapprochées non désirées, source d'une plus grande morbidité. Elle impose beaucoup de rigueur dans le choix de la méthode à privilégier pour chaque femme afin d'en améliorer l'observance. Par ailleurs, dans ce contexte particulier, l'allaitement ajoute des contraintes spécifiques pour s'assurer que la contraception n'altère pas la santé de l'enfant et la qualité du lait.

Pourquoi la contraception est-elle nécessaire chez une femme qui allaite ?

Les chiffres d'IVG, dans le post-partum immédiat et un peu plus à distance, témoignent de l'impérative nécessité de la mise en place d'une contraception efficace après un accouchement [1]. En effet, les femmes pensent souvent, à tort, qu'elles ne sont pas fertiles durant la période du post-partum, et encore moins lorsqu'elles allaitent.

Quand reprend la fonction ovarienne ?

En l'absence d'allaitement maternel, les données ne montrent pas d'ovulation avant le 25^e jour du post-partum, et le retour de couches se situe en moyenne entre les 45^e et 69^e jours du post-partum. Chez les femmes qui allaitent, ces estimations sont plus difficiles, du fait de la très grande variabilité des types d'allaitement en termes de durée, de fréquence et surtout de son caractère exclusif ou non. Ainsi, dans les rares études publiées concernant l'allaitement, l'ovulation la plus précoce a été observée le 35^e jour après l'accouchement [2]. Cependant, la Méthode de l'allaitement maternel

et de l'aménorrhée (MAMA) constitue un cadre absolument à part. Elle consiste en un allaitement exclusif avec un minimum de 10 tétées par jour, d'au moins 10 minutes, régulièrement espacées sur les 24 heures du jour et de la nuit ; cet allaitement s'accompagne d'une aménorrhée. Limitée à une durée de 6 mois, son efficacité contraceptive, estimée à 98 %, repose sur l'action inhibitrice de la prolactine sur la fonction gonadotrope. Cependant, si l'un des critères précités n'est pas respecté, la reprise de la fonction ovarienne peut survenir n'importe quand et justifier alors le recours à une contraception efficace. De même, s'il y a moins de 2 tétées par nuit, si la durée totale des tétées est de moins de 90 minutes par jour, si le recours à un supplément du lait maternel est nécessaire, ainsi que chez les femmes dont l'IMC excède 25 kg/m², la réactivation de l'axe gonadotrope est plus précoce.

Dans tous les cas, une ovulation peut précéder le retour de couches ; ce dernier est donc un très mauvais candidat pour l'identification de la reprise de l'activité ovarienne.

Quand redémarre la sexualité ?

La reprise de la sexualité au cours du post-partum est également extrêmement variable selon les couples. L'allaitement maternel apparaît associé à des perturbations de la vie sexuelle, avec un décalage de la reprise de la sexualité en relation avec une plus grande fréquence des troubles de la libido et des dyspareunies orificielles liées aux modifications hormonales [3]. Globalement, 10 % des couples reprennent les rapports sexuels dès la 2^e ou la 3^e semaine après l'accouchement ; 32 % et 57 % entre la 4^e et la 6^e semaine, et 90 % ont repris à 8 mois [4]. Le rôle retardateur des manœuvres externes, épisiotomie et autres sutures périnéales, sur la reprise de la



B. Raccah-Tebeka



G. Plu-Bureau

* Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert-Debré, AP-HP, Paris.

** Unité de gynécologie médicale, hôpital Cochin-Port-Royal, AP-HP ; université Paris-Descartes, Paris.

Mots-clés

Contraception

Allaitement

Post-partum

Grossesse

Résumé

Les femmes qui allaitent négligent plus volontiers la contraception, se pensant, à tort, infertiles. Or, l'anovulation existe dans le cas d'un allaitement exclusif strict rentrant dans le cadre précis de la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). En France, ce type d'allaitement est très minoritaire, et les conseils contraceptifs devraient être rigoureusement identiques chez les femmes qui allaitent et chez celles qui n'allaitent pas. La contraception estroprogestative est contre-indiquée du fait du risque thromboembolique de cette période, contrairement à la contraception progestative. Les données actuelles concernant l'impact de cette dernière sur les critères de qualité de l'allaitement et sur la santé de l'enfant sont extrêmement rassurantes. Les contraceptifs dits de longue durée d'action (LARC) peuvent avoir un intérêt majeur lorsqu'une autre grossesse n'est pas immédiatement envisagée.

Summary

Breastfeeding women are more likely to neglect contraception, mistakenly thinking they are not able to be pregnant. However, the anovulation exists only in the case of strictly exclusive breastfeeding with the Method of Breastfeeding and Amenorrhea (MAMA). In France, this type of breastfeeding is a minority, and contraceptive advice for breastfeeding women should be identical to that given to women who do not breastfeed. Combined contraceptives are associated with thromboembolic events in the postpartum period, which limits its prescription. Progestin-only contraception is not associated with vascular risk, but it is legitimate to validate that there is neither impact on the quality of breastfeeding nor negative effect to the child; the current data is extremely reassuring on these points. Long-acting reversible contraception (LARC) can be of major interest, when another pregnancy is not immediately considered.

Keywords

Contraception

Breastfeeding

Postpartum

Pregnancy

sexualité est bien documenté [5]. Quoi qu'il en soit, la reprise des rapports sexuels n'est jamais prévisible et impose une certaine anticipation.

Quelles contraceptions peut-on utiliser durant le post-partum ?

Pourquoi les contraceptions estroprogestatives sont-elles toutes contre-indiquées durant le post-partum ?

La période du post-partum, du fait des modifications de la coagulation induites pour éviter une hémorragie au moment de l'accouchement, est associée à un risque très augmenté d'événements vasculaires. Ce risque, principalement veineux, est majeur les 6 premières semaines, et persiste chez certaines femmes jusqu'à la 12^e semaine [6]. Commencer une contraception estroprogestative juste après l'accouchement est formellement contre-indiqué. En effet, il est évidemment dangereux d'ajouter un autre facteur de risque vasculaire durant cette période. Il est bien démontré que la contraception estroprogestative augmente le risque vasculaire quelles que soient la voie d'administration et la molécule estrogénique utilisées [7]. Ainsi, toutes les contraceptions estroprogestatives augmentent le risque de maladie veineuse thromboembolique, et sont donc toujours contre-indiquées durant le post-partum, que les femmes allaitent ou pas.

Pourquoi toutes les contraceptions progestatives sont-elles autorisées (en dehors de la voie injectable) immédiatement après un accouchement ?

Les contraceptions progestatives (pilule progestative, implant et DIU au lévonorgestrel) ne modifient pas les paramètres de la coagulation ni le risque vasculaire [8, 9]. Elles sont, de ce fait, utilisables immédiatement après un accouchement. Seul un événement thromboembolique survenant pendant ou immédiatement après la grossesse peut imposer un délai dans sa mise en place. La contraception

progestative par injection est, quant à elle, contre-indiquée durant la période du post-partum, en raison du risque augmenté de thrombose veineuse.

Ainsi, toutes les contraceptions progestatives, en dehors de la contraception intramusculaire, sont autorisées durant le post-partum.

Que penser des méthodes barrières durant le post-partum ?

Les préservatifs masculins représentent une bonne solution contraceptive après un accouchement. Les préservatifs féminins le sont tout autant en théorie, mais, en pratique, ils sont beaucoup moins simples d'emploi, en particulier après un accouchement par voie basse. De même, l'utilisation des capes et diaphragmes est limitée par les variations anatomiques liées à un accouchement par voie basse.

Le préservatif – essentiellement le préservatif masculin – est une bonne alternative contraceptive au cours du post-partum immédiat.

Pourquoi les méthodes dites naturelles sont-elles à éviter après l'accouchement ?

Les modifications anatomiques et morphologiques après un accouchement altèrent profondément les repères physiologiques habituels utilisés pour ce type de contraception, dont l'efficacité est déjà très limitée dans la population générale.

Quand commencer la contraception après un accouchement ?

Une contraception efficace doit être mise en place à J21 au plus tard. Cependant, de plus en plus d'auteurs évoquent l'intérêt de commencer la contraception dès la sortie de la maternité afin d'éviter les oublis ou les décalages dans l'instauration. L'introduction de la contraception avant la sortie de la maternité serait associée à une diminution du risque de grossesse non désirée dans les 2 ans [10].

Quand commencer la première plaquette de pilule ?

La pilule progestative peut ainsi être prise dès la sortie de la maternité ou, au plus tard, à J21. Une instauration ultérieure impose d'y associer une contraception de type barrière pendant les 7 premiers jours.

Quand poser un implant contraceptif ?

La date d'insertion de l'implant contraceptif a fait l'objet de plusieurs études. Une insertion de l'implant précoce ne semble pas augmenter les effets indésirables, en particulier les saignements, comparativement à une insertion différée. Le taux de retrait évalué en 2014 n'était pas différent selon le moment de l'insertion (dans les 96 premières heures après l'accouchement, après 6 à 12 semaines ou après 12 semaines, respectivement) [11].

L'AMM de l'implant contraceptif spécifie qu'il peut être inséré dès J21. Une insertion après J28 doit être assortie d'une contraception non hormonale durant 7 jours.

Quand insérer un DIU ?

La date d'insertion des DIU a fait l'objet de plusieurs essais. L'habitude est de proposer cette pose de DIU de façon différée, le plus souvent lors de la consultation postnatale (entre 6 et 8 semaines après l'accouchement). Cependant, une insertion précoce, avant la sortie de la maternité, a été évaluée dans de nombreux essais randomisés. Mais 2 points importants doivent être soulignés :

- Le risque d'expulsion est majoré par une insertion précoce. Une méta-analyse récente [12] estimait ainsi ce risque à 5,32 (IC₉₅ : 2,68-10,53) en cas d'insertion précoce comparativement à une insertion différée.

- Le risque de perforation est majoré chez les femmes allaitantes, même à distance de l'accouchement. L'incidence pour 1 000 insertions était de 4,5 cas (IC₉₅ : 3,0-6,4) en cas d'allaitement et de 0,6 cas (IC₉₅ : 0,4-0,9) chez les femmes qui n'allaitaient pas [13].

Le risque infectieux, analysé dans une revue Cochrane, apparaît identique que le DIU soit inséré précocement ou plus tardivement [14].

Il convient de noter que l'AMM des DIU au lévonorgestrel précise qu'ils ne peuvent être insérés qu'après involution complète de l'utérus, au plus tôt

6 semaines après l'accouchement. La fiche technique des DIU au cuivre indique que l'insertion est possible dans les 48 heures qui suivent l'accouchement.

Quelles sont les spécificités de la contraception en cas d'allaitement ?

Quand instaurer la contraception ?

Compte tenu de toutes les données exposées plus haut et de la faible proportion, en France, de femmes qui allaitent selon les critères de la MAMA, l'allaitement ne modifie pas la date de mise en place d'une contraception efficace, soit J21 après l'accouchement.

La contraception altère-t-elle la qualité de l'allaitement ?

Une revue Cochrane publiée en 2015 analyse l'influence de la contraception sur les paramètres de l'allaitement [15]. Les auteurs ont pu identifier 11 essais randomisés portant sur 1 482 femmes, qui examinaient les effets des contraceptions combinées orales, des contraceptions microprogestatives orales, de l'implant à l'étonogestrel et du DIU au lévonorgestrel (DIU-LNG), comparativement à une autre méthode ou à un placebo. 8 essais évaluaient l'impact de la contraception sur la durée de l'allaitement. Une étude suggérait que la contraception combinée avait un effet négatif sur la durée de l'allaitement versus placebo. Concernant les autres types de contraception, aucune modification significative de la durée de l'allaitement n'était mise en évidence.

L'évaluation du volume et de la composition du lait maternel était analysée dans 6 essais de cette même méta-analyse. Un essai ancien rapportait une diminution du volume de lait chez les utilisatrices de COP versus placebo, alors qu'un autre essai ne trouvait aucune différence. Un autre essai, publié il y a une trentaine d'années et portant sur 171 femmes, montrait, après 9, 16 et 24 semaines d'utilisation, une diminution du volume moyen de lait chez les femmes utilisant une COP versus une micropilule progestative. Globalement, le volume de lait diminuait dans les 2 groupes après le début de la contraception. Deux autres essais ne retrouvaient pas de différence comparativement

Quelles contraceptions proposer en cas d'allaitement ?

à un placebo chez les utilisatrices de micropilules progestatives.

Ainsi, les contraceptions estroprogestatives ne sont pas recommandées dans les 6 premiers mois de l'allaitement. Les contraceptions progestatives (en dehors de l'acétate de médroxyprogestérone injectable) sont autorisées chez les femmes qui allaitent dès l'accouchement.

maternel est de l'ordre de 0,1 %, avec un pic hormonal autour de 0,046 µg/L. Après insertion de l'implant contenant de l'étonogestrel, les concentrations de ce dernier progestatif dans le lait de la mère étaient de 177,7 pg/mL le 1^{er} mois et diminuaient progressivement à 153,1 puis 131,4 pg/mL les 2^e et 4^e mois. L'ingestion par l'enfant calculée était de 19,86 ng/kg/j, 15,08 ng/kg/j et 10,45 ng/kg/j respectivement le 1^{er} mois puis aux 2^e et 4^e mois.

La contraception hormonale a-t-elle un impact sur la santé de l'enfant ?

◆ Passage des stéroïdes dans le lait maternel

Les stéroïdes sexuels contenus dans les contraceptions hormonales passent dans le lait maternel. Des études anciennes apportent des renseignements sur les quantités d'hormones retrouvées dans le lait lors de l'utilisation de contraceptions hormonales. En cas d'utilisation des COP, les taux retrouvés dans le lait maternel sont faibles : de 0,03 à 1 % de la dose ingérée par la mère pour l'éthinylestradiol et de 0,1 % pour les progestatifs (pour une revue, voir B. Raccah-Tebeka et G. Plu-Bureau [8]). Après ingestion orale de 30 à 250 µg de lévonorgestrel, le pic d'hormones dans le lait maternel varie de "indétectable" à 1,05 µg/L. Concernant la contraception orale, il est important de noter que la posologie de lévonorgestrel de la contraception microprogestative est de 0,03 mg, alors qu'elle est 5 fois plus importante dans les associations estroprogestatives de 2^e génération. Lors de l'utilisation d'un DIU au lévonorgestrel, le passage dans le lait

◆ Impact sur la santé de l'enfant

Il est essentiel de connaître les impacts éventuels d'une contraception hormonale sur la santé de l'enfant.

Dans la revue Cochrane publiée par L.M. Lopez en 2015, parmi 7 essais portant sur la croissance de l'enfant, 6 ne trouvaient pas de différence entre les micropilules progestatives et un placebo, entre les COP et les pilules progestatives, ni entre les 2 types de DIU. Un seul essai trouvait un gain de poids supérieur, entre la 6^e et la 12^e semaine, chez les enfants allaités dont la mère utilisait un implant contenant de l'étonogestrel (moyenne de gain pondéral : 426 g ; IC₉₅ : 59-793).

En 2016, une revue systématique ne retrouvait aucun impact négatif des contraceptions progestatives sur l'allaitement ni sur la croissance et le développement de l'enfant [16]. En revanche, l'impact des COP sur la santé de l'enfant est mal connu, et l'ensemble des sociétés savantes internationales recommande d'en éviter l'utilisation les 6 premiers mois de l'allaitement.

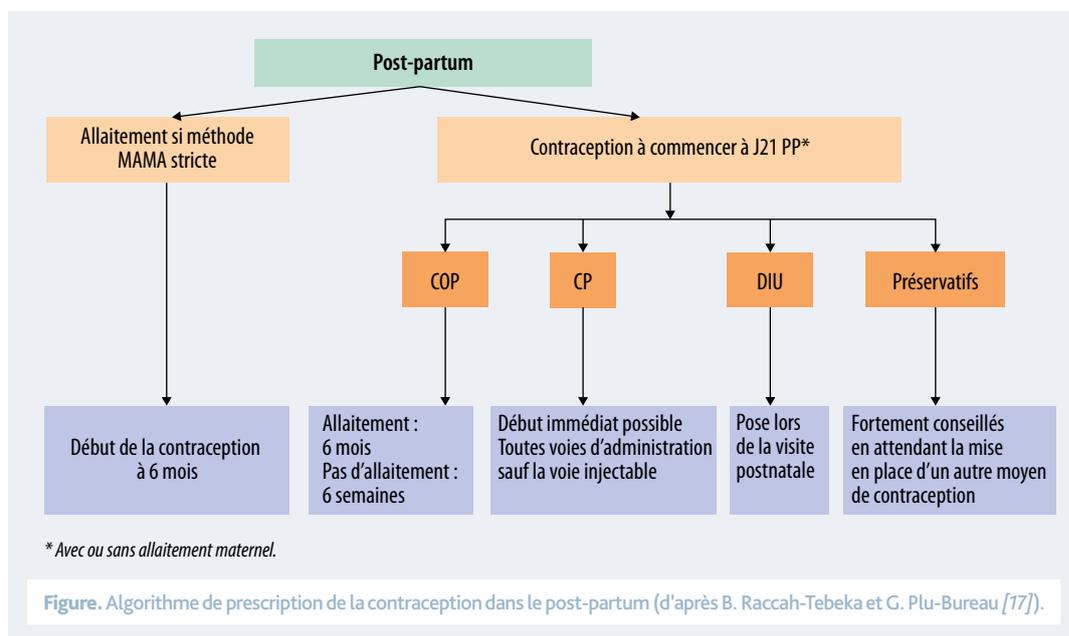


Tableau. Recommandations de diverses sociétés savantes pour l'utilisation de la contraception dans le post-partum.

Type de contraception	OMS		États-Unis Centers for Disease Control and Prevention		Royaume-Uni		Canada	France Haute Autorité de santé		
Contraception estroprogestative (allaitement)	< 6 sem.	4	< 1 mois	3	< 6 sem.	4	< 6 sem.	Non	< 6 mois	Non
	6 sem.-6 mois	3	1 mois-6 mois	2	6 sem.-6 mois*	3	> 6 sem.	Oui	> 6 mois	Oui
	> 6 mois	2	> 6 mois	2	> 6 mois	1				
Contraception estroprogestative (pas d'allaitement)	< 21 j	3/4	< 21 j	3	< 21 j		3		< 21 j	Non
	21-42 j	2/3	> 21 j	1	> 21 j		1		> 21 j	Oui
	> 42 j	1								
Contraception progestative par voie orale (allaitement)	< 6 sem.	4	< 1 mois	2	1		Oui		< 21 j	Non
	6 sem.-6 mois	3	> 1 mois	1					> 21 j	Oui
	> 6 mois	2								
Contraception progestative par voie orale (pas d'allaitement)	1		1	1	Oui		Oui		< 21 j > 21 j	Non Oui
Implant progestatif (allaitement)	3		< 1 mois > 1 mois	2 1	1		/		< 21 j > 21 j	Non Oui
Implant progestatif (pas d'allaitement)	1	1	1	/	< 21 j > 21 j	Non Oui	/	1	1	1
DIU au lévonorgestrel (allaitement)	< 48 h	3	< 10 min	2	48 h-4 sem.	3	< 6 sem.	Non	< 4 sem.	Non
	48 h-4 sem.	3	10 min-4 sem.	2	> 4 sem.	1	> 6 sem.	Oui	> 4 sem.	Oui
	> 4 sem.	1	> 4 sem.	1						
DIU au lévonorgestrel (pas d'allaitement)	< 48 h	1	< 10 min	2	48 h-4 sem.	3	< 6 sem.	Non	< 4 sem.	Non
	48 h-4 sem.	3	10 min-4 sem.	2	> 4 sem.	1	> 6 sem.	Oui	> 4 sem.	Oui
	> 4 sem.	1	> 4 sem.	1						
DIU au cuivre (avec ou sans allaitement)	< 48 h	1	< 10 min	1	48 h-4 sem.	3	10-15 min	Oui	< 4 sem.	Non
	48 h-4 sem.	3	10 min-4 sem.	2	> 4 sem.	1	4-6 sem.	Oui	> 4 sem.	Oui
	> 4 sem.	1	> 4 sem.	1						

* Si allaitement complet (si allaitement partiel, recommandation : 2).
/ Pas de données.

Définition des recommandations de l'OMS :

1 État où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.

2 État où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.

3 État où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.

4 État équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode de contraception.

Importance de l'anticipation en matière de contraception en post-partum : quand prescrire la contraception ?

Quelques études montrent un bénéfice d'une information concernant la contraception dès les consultations prénatales. Réitérer les conseils contraceptifs pendant les suites de couches et à la sortie de la maternité semble important.

La femme doit sortir de la maternité avec une ordonnance de contraception microprogestative par voie orale, un implant contraceptif ou un DIU. Il peut être utile de prescrire un test de grossesse, il sera effectué juste avant l'insertion d'un contraceptif de longue durée d'action en l'absence de retour des règles au moment prévu pour la pose.

L'instauration de la contraception dès la maternité, ou juste à la sortie, dans le but d'éviter les oublis de démarrage, peut être proposée, mais elle n'a pas été évaluée dans la littérature. En France, elle est réservée aux femmes qui en font la demande, et elle devrait être

proposée aux accouchées qui risquent d'être perdues de vue. Le choix de la contraception a fait l'objet de recommandations de diverses sociétés savantes, qui sont résumées dans le [tableau](#) ci-dessus. La [figure](#) propose un algorithme de prescription de la contraception dans le post-partum en France.

Conclusion

La contraception du post-partum est essentielle pour diminuer le risque de grossesses rapprochées non désirées. L'allaitement modifie finalement peu la stratégie contraceptive. En effet, le moment de l'instauration de la contraception et les méthodes contraceptives sont les mêmes qu'en l'absence d'allaitement. Les contraceptions hormonales progestatives n'ont pas d'effet notable sur la qualité de l'allaitement et la santé de l'enfant, et peuvent donc être utilisées sans restriction après un accouchement, y compris chez les femmes qui allaitent.

B. Raccah-Tebeka et G. Plu-Bureau déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Références bibliographiques

1. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *RFAS* 2011;1:116-47.
2. Cronin TJ. Influence of lactation upon ovulation. *Lancet* 1968;2(7565):422-4.
3. Chantry AA et al. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. *Recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(10):1071-9.



Retrouvez l'intégralité des références bibliographiques sur www.edimark.fr

Références bibliographiques (suite de la page 27)

4. Barrett G et al. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000;107(2):186-95.
5. McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG* 2013;120(7):823-30.
6. Olie V et al. Maladie veineuse thromboembolique pendant la grossesse et le post-partum, France, 2009-2014. *BEH* 2016;7-8:139-47.
7. Plu-Bureau G et al. Contraception hormonale et risque vasculaire. *RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46(12):823-33.
8. Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(10):1127-34.
9. Mantha S et al. Assessing the risk of venous thromboembolic events in women taking progestin-only contraception: a meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4944.
10. Damle LF et al. Early initiation of postpartum contraception: does it decrease rapid repeat pregnancy in adolescents? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015;28(1):57-62.
11. Ireland LD et al. The effect of immediate postpartum compared to delayed postpartum and interval etonogestrel contraceptive implant insertion on removal rates for bleeding. *Contraception* 2014;90(3):253-8.
12. Abdelhakim AM et al. The effect of early vs delayed postpartum insertion of the LNG-IUS on breastfeeding continuation: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2019;24(5):327-36.
13. Heinemann K et al. IUD use among parous women and risk of uterine perforation: a secondary analysis. *Contraception* 2017;95(6):605-7.
14. Grimes DA et al. Immediate postpartum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(5):CD003036.
15. Lopez LM et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(3):CD003988.
16. Phillips SJ et al. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception* 2016;94(3):226-52.
17. Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Le post-partum. In: *Guide pratique de la contraception*. Paris: Elsevier Masson, 2017:151-4.