



DOULAIT

# Conception ou allaitement : faut-il choisir?

**Katel Roddier-Deprez, monitrice LLL, M.Sc. Biologie moléculaire**  
**Julie Bouchard, monitrice LLL, AALPS, M.Sc. Biologie**

La Voie Lactée, Automne 2010, Volume 8 - N°4, Ligue la Leche

C'est bien connu : les mères qui allaitent leur bébé profitent d'une période d'infertilité naturelle d'une durée variable à la suite de leur accouchement. Cette période d'infertilité a sa raison d'être pour la mère, mais aussi pour l'enfant allaité. Elle permet au corps de la mère de se «reposer» avant une nouvelle grossesse. L'Organisation mondiale de la Santé recommande un espacement de deux à trois ans entre chaque naissance, et la *United States Agency for International Development (USAID)* suggère un écart de trois à cinq ans (Organisation mondiale de la Santé, 2005). Pour l'enfant, plus son besoin de téter est important, moins il est prêt à partager sa mère avec un nouveau venu; l'ovulation de sa mère est alors bloquée. Inversement, plus son besoin de téter diminue, plus il est prêt à accepter un nouveau colocataire; le blocus peut alors être levé.

On recommande actuellement aux mères d'allaiter leur enfant jusqu'à deux ans et au-delà (Organisation mondiale de la Santé, 2003; Santé Canada, 2004); il est donc probable que de plus en plus de femmes allaitent encore un enfant plus vieux au moment où elles décident de concevoir un autre enfant. Plusieurs se posent la même question : dois-je sevrer mon enfant afin de devenir enceinte? La majorité des femmes retrouvent une fertilité normale et peuvent devenir enceintes tout en continuant d'allaiter un bambin. Une bonne connaissance de leur cycle menstruel lors de la lactation peut les aider à atteindre leur objectif de grossesse le plus rapidement possible. Dans les pages qui suivent, nous discuterons du cycle menstruel, de la fertilité

et nous verrons comment une méthode de planification naturelle des naissances peut aider les femmes qui allaitent à mieux comprendre leurs signes de fertilité. Nous aborderons aussi les effets de la lactation sur la fertilité et nous terminerons avec quelques stratégies pour faciliter la conception durant l'allaitement.

## Le cycle menstruel et la période de fertilité

**Le cycle menstruel d'une femme peut être divisé en deux périodes.**

La première, qui commence au premier jour des menstruations jusqu'à l'ovulation, est appelée phase folliculaire. Durant celle-ci, le corps se prépare à l'ovulation et c'est l'œstrogène qui en est le chef d'orchestre. Sa durée est variable d'une femme à l'autre et même d'un cycle à l'autre chez celles ayant des cycles irréguliers. La fertilité de la femme est à son apogée à la fin de cette phase (Weschler, 2006).

La seconde, qui commence au jour de l'ovulation jusqu'aux menstruations suivantes, est appelée phase lutéale. Durant cette phase, c'est la progestérone qui est l'hormone dominante.

Si l'ovule est fécondé, il s'implante dans la paroi de l'utérus dans les sept à dix jours suivant la fécondation. Le taux de progestérone reste élevé tout au long de la grossesse, inhibant ainsi toute ovulation. En l'absence d'implantation, les menstruations sont déclenchées et annoncent le début d'un nouveau cycle. La durée normale de cette phase varie d'une femme à l'autre de

12 à 16 jours (contrairement à la croyance populaire qui veut qu'elle dure toujours 14 jours pour toutes les femmes) et est en général constante chez une même femme (Weschler, 2006).

La période de fertilité, définie comme la période où une relation sexuelle peut mener à une grossesse, est d'environ six jours par cycle (cinq jours avant l'ovulation, plus le jour de l'ovulation). Ceci s'explique par le fait que la durée de vie maximale des spermatozoïdes est de cinq jours et celle de l'ovule de 24 heures. Une relation sexuelle ayant eu lieu cinq jours avant l'ovulation peut conduire à une grossesse si des spermatozoïdes résistants attendent patiemment l'ovule. Celui-ci n'ayant une durée de vie que de 24 heures, toute arrivée de spermatozoïdes après cette période ne pourra pas conduire à une fécondation (Weschler, 2006).

Cependant, la majorité des grossesses résultent de relations sexuelles dans les deux jours précédant l'ovulation et le jour de l'ovulation. En effet, à ce moment-là, il y a plus de spermatozoïdes qui sont déjà sur place quand l'ovule est expulsé. En pratique, lorsque le couple souhaite concevoir, la période de fertilité maximale est seulement de trois jours par cycle (Weschler, 2006). Il est donc très important pour une femme désirant devenir enceinte de pouvoir identifier sa période de fertilité maximale.

## Apprendre à connaître son cycle et à identifier les périodes de fertilité

Pour identifier précisément sa période de fertilité maximale, une femme doit avant tout bien connaître son cycle. Les variations des taux d'hormones du cycle menstruel sont à l'origine de manifestations que la femme peut observer directement. Par exemple, l'œstrogène cause des changements de la glaire cervicale et la progestérone occasionne des changements de la température basale (Weschler, 2006). L'observation de ces deux signes de fertilité et leur report quotidien sur un graphique sont à la base de la méthode sympto-thermique, une méthode de planification naturelle des

naissances qui peut s'avérer très utile pour les femmes désirant mieux comprendre leur cycle menstruel (Séréna, 2010; Weschler, 2006).

La glaire cervicale est une sécrétion du col de l'utérus contrôlée par l'œstrogène. Elle peut être observée avec les doigts ou sur le papier en allant aux toilettes. À la fin des menstruations, un bouchon de glaire épaisse et dense est sécrété pour fermer le col, empêchant le passage des spermatozoïdes. Si une partie de cette glaire s'échappe, elle apparaît collante. À l'approche de l'ovulation, le bouchon se fluidifie permettant aux spermatozoïdes d'entrer dans le col. La glaire est crémeuse, épaisse et blanchâtre. Durant les jours de fertilité maximale, la glaire donne progressivement une sensation mouillée et de glissement. Elle apparaît transparente et élastique (comme du blanc d'oeuf). Sa présence indique que le corps se prépare à l'ovulation, mais elle ne peut pas la confirmer. Après l'ovulation, le col produit à nouveau une glaire épaisse et collante qui va graduellement fermer le col (Weschler, 2006).

La température basale est mesurée à l'éveil, avant toute activité. Elle est en moyenne plus basse lors de la phase folliculaire, puis s'élève de 0,2 à 0,5 °C le jour suivant l'ovulation. Lorsque la température basale reste élevée pendant 3 jours, l'ovulation est potentiellement confirmée. Lorsqu'elle reste élevée pendant 10 jours, l'ovulation est vraiment confirmée. La température basale est utile pour détecter une ovulation rétrospectivement, mais ne permet pas de la prédire (Weschler, 2006).

En consignait ses signes de fertilité sur un graphique sympto thermique, une femme qui désire devenir enceinte peut identifier

l'approche d'une période potentiellement fertile lorsque sa glaire cervicale devient plus «mouillée» ou «glissante et élastique». Lorsque la hausse de température a eu lieu, elle peut confirmer si ses relations sexuelles ont eu lieu durant la période de plus grande fertilité (durant les deux jours avant et le jour de l'ovulation) (Weschler, 2006).

En plus des changements de la glaire cervicale et de la température basale, d'autres signes de fertilité peuvent être

observés. Chez toutes les femmes, il y a des changements du col de l'utérus qui peuvent être détectés par autopalpation. Quatre caractéristiques sont observées : la hauteur du col, son inclinaison, sa texture et son ouverture. En période fertile le col est haut, plus vertical, mou (comme le bout du menton), ouvert (on peut généralement y entrer son index) et couvert de glaire. Il est plus ouvert chez les femmes qui ont déjà été enceintes. En période non-fertile, le col est bas, basculé vers l'arrière, ferme (comme le bout du nez) et plus fermé (on peut généralement y entrer seulement le bout de l'index) (Weschler, 2006).

Certaines femmes peuvent observer d'autres signes secondaires de fertilité à l'approche de leur ovulation, tels que des pertes de sang très légères, une douleur au moment de l'ovulation, une augmentation de la libido, une sensibilité au niveau des seins ou de la rétention d'eau (Weschler, 2006).

Une bonne connaissance de son cycle menstruel permet à une femme non seulement d'identifier sa période de fertilité maximale, de confirmer son ovulation et d'augmenter ses chances de conception, mais aussi de déterminer la durée de sa phase lutéale, de planifier les cycles à venir, d'identifier une grossesse ou une fausse-couche et de procurer des données claires et précises au médecin en cas de problème (absence d'ovulation, ovulations retardées, phase lutéale de moins de dix jours, glaire cervicale infertile, déséquilibre hormonal...) (Weschler, 2006).

## Les effets de l'allaitement sur la fertilité

Après la naissance, l'allaitement inhibe la fertilité pour une durée très variable d'une femme à l'autre, allant de quelques mois à plus de deux ans. Le retour à la fertilité dépend de la fréquence des tétées et du temps passé à allaiter par période de 24 heures. Les études nous confirment que le stimulus de la tétée est le facteur principal dans la suppression de la fertilité, mais les mécanismes en jeu sont complexes et restent mal compris à ce jour. Nous savons que le stimulus de la tétée empêche la sécrétion

normale de l'hormone lutéinisante (LH - responsable de l'ovulation), et que lorsque la stimulation de la tétée diminue (le bébé tète moins souvent ou moins longtemps), la sécrétion de LH redevient progressivement normale et permet l'ovulation (McNeilly, 1996, 2001).

À la suite d'un accouchement, la fertilité d'une femme revient graduellement, en trois phases dont la durée est très variable d'une femme à l'autre (Ellison, 1995).

### Phase 1 – Activité folliculaire sans ovulation

La première phase est caractérisée par un retour de l'activité ovarienne, mais il n'y a pas d'ovulation, donc pas de conception possible. La femme observe d'abord une réapparition de la glaire cervicale. Il n'est pas rare que les femmes qui allaitent ressentent, de façon cyclique, des symptômes d'une menstruation qui approche (SPM, crampes) quelques semaines à quelques mois avant le retour de leurs menstruations. Leur corps semble tenter de «remettre en marche la machine», mais l'allaitement continue d'inhiber le processus (Perez, 1981).

Si la mère respecte tous les critères de la méthode MAMA<sup>1</sup>, elle a alors moins de 2% de chance de devenir enceinte (Mohrbacher & Stock, 2003; *Service d'information en contraception et sexualité de Québec, 2008*).

Suivant cette période, une première menstruation a lieu. Chez les femmes qui pratiquent l'allaitement écologique<sup>2</sup>, 7% ont un retour des menstruations entre 0 et 6 mois post-partum, 37% entre 6 et 12 mois, 48% entre 12 et 24 mois et 8% après 24 mois (soit une période d'aménorrhée de 14,6 mois en moyenne). Les femmes qui allaitent avec certaines restrictions ont une période d'aménorrhée en moyenne plus courte (Kippley, 1989). Notons que près de la moitié des femmes qui pratiquent l'allaitement écologique voient un retour de leurs menstruations dans la deuxième année seulement!

Plus les menstruations recommencent tôt après la naissance, moins grandes sont les chances qu'elles soient précédées d'une ovulation. Une première menstruation ayant

lieu avant six mois post-partum est dans 67% des cas anovulatoire, tandis que celle ayant lieu après six mois post-partum est anovulatoire dans seulement 22% des cas. Un très petit pourcentage de femmes devient enceinte suite à une première ovulation postpartum, avant même d'avoir eu des menstruations. Si le retour des menstruations se fait durant les six premiers mois postpartum, il se peut que plusieurs cycles sans ovulation s'enchaînent. Les cycles sont alors souvent irréguliers et les pertes sanguines légères (Eslami, Gray, Apelo & Ramos, 1990).

### **Phase 2 – Ovulation avec phase lutéale inadéquate**

La deuxième phase est caractérisée par des cycles menstruels avec présence de glaire cervicale et de menstruations; l'ovulation a également lieu et l'ovule peut être fécondé. Cependant, la phase lutéale reste souvent trop courte. L'endomètre est prêt à accueillir un ovule fécondé, mais le taux de progestérone n'est pas encore assez élevé pour maintenir une phase lutéale assez longue et les menstruations commencent avant que l'ovule n'ait eu le temps de s'implanter. Il est peu probable qu'une grossesse puisse débuter avant que la phase lutéale devienne plus longue (au moins 10-11 jours) (Ellison, 1995; Weschler, 2006).

### **Phase 3 – Ovulation avec phase lutéale adéquate**

La troisième phase est caractérisée par un retour normal de la fertilité. Les cycles menstruels sont complets, l'ovulation a lieu et la phase lutéale est assez longue pour maintenir une grossesse en cas de fécondation. À ce stade, l'allaitement n'a plus d'impact sur les chances de devenir enceinte (Ellison, 1995).

### **Ovulations retardées**

Les ovulations retardées sont possibles chez toutes les femmes, mais peuvent être plus communes chez les femmes qui allaitent. Elles peuvent se produire durant les phases 2 ou 3. La présence de glaire cervicale indique que le corps semble se préparer à une ovulation, mais elle n'a finalement pas lieu, car aucune hausse de température n'est observée. Une ou plusieurs autres «tentatives

» d'ovulation peuvent être observées durant le même cycle, jusqu'à ce qu'une ovulation se produise (Weschler, 2006).

## **Stratégies pour faciliter la conception durant l'allaitement**

Lorsqu'une mère qui allaite souhaite devenir enceinte, la première chose à faire est d'identifier la phase de retour de la fertilité dans laquelle elle se trouve. Pour cela, l'observation des signes de fertilité (retour de la glaire cervicale, des menstruations, de l'ovulation, durée de la phase lutéale) est indispensable. Si elle est déjà en phase 3, la mère est assurée que sa fertilité est de retour à la normale. Elle peut alors repérer sa période de fertilité maximale et s'assurer d'avoir des relations sexuelles durant cette période, sans s'inquiéter de l'effet de l'allaitement sur sa fertilité.

Lorsque le retour de la fertilité se fait attendre, la situation peut devenir très difficile pour un couple désirant un nouveau bébé. La mère peut sentir qu'elle doit choisir entre attendre le retour naturel de sa fertilité tout en continuant d'allaiter son enfant ou sevrer l'enfant dans l'espoir que sa fertilité revienne rapidement. Cependant, il est très rare de devoir sevrer totalement l'enfant pour qu'une femme puisse de nouveau être enceinte. De plus, rien ne garanti que le sevrage mène à une grossesse plus rapidement.

La plupart des femmes peuvent concevoir sans avoir à changer quoi que ce soit dans les habitudes d'allaitement de leur enfant. La fréquence des tétées diminue naturellement avec le temps quand l'enfant grandit. Certains événements peuvent aussi stimuler le retour de la fertilité (introduction des aliments complémentaires, retour au travail, entrée à la garderie, arrêt des tétées de nuit, etc.) sans intervention particulière de la mère (Howie, McNeilly, Houston, Cook, & Boyle, 1982). Une des options est donc d'attendre, tout simplement.

D'autre part, il semble que les changements soudains dans la routine d'allaitement soient plus efficaces que les changements graduels. Par exemple, la suppression abrupte d'une tétée de nuit plutôt que la

diminution graduelle de sa durée serait plus propice à déclencher le retour du cycle (Foster, 2006).

Une période sans allaitement de quatre à six heures durant six à huit semaines peut être suffisante pour causer un retour de la fertilité. Pour certaines femmes, la suppression d'une ou plusieurs tétées de nuit est la solution, pour d'autres ne pas allaiter durant une période constante de la journée fera son effet. Si la mère a la possibilité de s'absenter ou de faire garder son enfant, une période de 24 heures sans allaiter peut être un changement assez soudain pour déclencher un retour de fertilité. Si l'enfant est en âge de manger des aliments complémentaires, on pourrait lui en offrir plus afin de diminuer la fréquence des tétées durant un certain temps (Foster, 2006; Howie, et al., 1982).

Si les menstruations de la mère sont revenues, mais que sa phase lutéale reste trop courte, elle pourrait discuter avec son médecin de la possibilité d'utiliser un supplément de progestérone (Foster, 2006).

Dans de rares cas, il se peut que la femme qui souhaite devenir enceinte doive recourir à certains traitements de fertilité, soit parce qu'elle a déjà dû avoir recours à des traitements médicaux pour concevoir l'enfant qu'elle allaite et qu'elle doive de nouveau recourir à ces traitements ou bien parce qu'elle souffre d'infertilité secondaire (cycles anovulatoires, phase lutéale restant trop courte, etc.). Si elle désire poursuivre l'allaitement, elle pourrait s'inquiéter de l'effet de ces traitements sur l'enfant allaité. Son médecin pourrait aussi lui demander de sevrer complètement l'enfant avant de débiter un traitement, soit à cause de l'effet potentiel des traitements sur l'enfant allaité, soit parce que le problème d'infertilité pourrait être causé par l'allaitement. La Ligue La Leche croit que les femmes ont droit à toute l'information pertinente afin de prendre leurs propres décisions. Les monitrices de la LLL ont la capacité de fournir de l'information juste et à jour sur les médicaments qui peuvent aider à concevoir, ainsi que leur compatibilité avec la poursuite de l'allaitement afin que ces femmes puissent en discuter avec leur médecin.

Conception ou allaitement : faut-il choisir? La réponse est... rarement! Une mère désirant continuer d'offrir les bienfaits de l'allaitement à son bambin tout en essayant de concevoir un autre enfant peut généralement atteindre son objectif, surtout si elle s'arme d'un peu de temps et d'une bonne compréhension de son cycle menstruel. •

---

<sup>1</sup> Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. La méthode MAMA fournit à la mère une contraception efficace jusqu'à six mois après l'accouchement si elle pratique l'allaitement complet et que toutes les conditions suivantes sont respectées :

- allaitement à la demande : jour et nuit avec un minimum de six tétées par 24 heures et jamais plus de six heures entre les tétées;
- allaitement exclusif : bébé ne reçoit ni solide, ni liquide autre que le lait pris directement au sein et il n'utilise pas de tétine;
- absence de menstruations;
- moins de six mois se sont écoulés depuis l'accouchement.

<sup>2</sup> L'allaitement écologique est un style d'allaitement décrit par Sheila Kippley qui implique une grande proximité mère-bébé, un allaitement à la demande jour et nuit exclusif durant cinq à huit mois et l'utilisation du sein comme moyen de réconfort. Les mères ne se séparent pas de leur bébé, n'utilisent ni suce ni biberon, n'imposent aucun horaire d'allaitement ni de restrictions des tétées de nuit et elles laissent le bébé se sevrer de lui-même.

---

## Références

- Ellison, P. T. (1995). Breastfeeding, fertility, and maternal condition. Dans P. Stuart-Macadam & K. A. Dettwyler (Éds.), *Breastfeeding: Biocultural perspectives* (pp. 305-345). Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Eslami, S. S., Gray, R. H., Apelo, R., & Ramos, R. (1990). The reliability of menses to indicate the return of ovulation in breastfeeding women in Manila, the Philippines. *Studies in Family Planning*, 21(5), 243-250.
- Foster, C. (2006). Breastfeeding and fertility. *New Beginnings*, 23(5), 196-200.
- Howie, P. W., McNeilly, A. S., Houston, M. J., Cook, A., & Boyle, H. (1982). Fertility after childbirth: Infant-feeding patterns, basal PRL levels and postpartum ovulation. *Clinical Endocrinology*, 17(4), 315-322.

- Kippley, S. (1989). Breastfeeding and natural child spacing (2e éd.). Cincinnati, OH: Couple to Couple League.
- McNeilly, A. S. (1996). Breastfeeding and the suppression of fertility. *Food and Nutrition Bulletin*, 17(4). Repéré à <http://www.unu.edu/unupress/food/8F174e/8F174E0a.htm#Breastfeeding%20and%20the%20suppression%20of%20fertility>
- McNeilly, A. S. (2001). Neuroendocrine changes and fertility in breastfeeding women. *Progress in Brain Research*, 133, 207-214.
- Mohrbacher, N., & Stock, J. (2003). *The breastfeeding answer book* (3e éd.). Schaumburg, IL: La Leche League International.
- Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève: Repéré à <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Report of a WHO technical consultation on birth spacing*. Genève: Repéré à [http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO\\_RHR\\_07.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.1_eng.pdf).
- Perez, A. (1981). Natural family planning: Postpartum period. *International Journal of Fertility*, 26(3), 219-221.
- Santé Canada. (2004). *Durée de l'allaitement maternel exclusif*. Repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt\\_formats/hpfbdgpsa/pdf/nutrition/excl\\_bf\\_dur-dur\\_am\\_excl-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfbdgpsa/pdf/nutrition/excl_bf_dur-dur_am_excl-fra.pdf)
- Séréna. (2010). *Le cycle féminin apprivoisé*. Repéré à <http://fr.serena.ca/>
- Service d'information en contraception et sexualité de Québec. (2008). *Contraception après la naissance*. Repéré à <http://www.sicsq.org/contraception/contrApresNaiss.htm>
- Weschler, T. (2006). *Taking charge of your fertility* (10e éd.). New York, NY: Collins.



