

## Protocoles cliniques de l'Academy of Breastfeeding Medicine

# Protocole n°13 : La contraception pendant l'allaitement

ABM Clinical Protocol #13 : contraception during breastfeeding, revised 2015. Berens P, Labbok M, and the Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med 2015 ; 10(1) :

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants susceptibles d'avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient.

## Objectif

L'objectif de ce protocole est de faire le tour des considérations à prendre en compte pour aider les familles allaitantes à obtenir un espacement optimal entre les naissances, en sélectionnant une méthode de contraception qui est efficace, satisfaisante pour la mère et son compagnon, et qui n'ait pas d'impact négatif sur l'allaitement. Ce protocole couvre les méthodes contraceptives utilisables pendant l'allaitement, et apporte des données sur la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).

## Points à prendre en compte pour le conseil et la sélection d'une contraception pendant l'allaitement

### *1. Considérations pour le conseil et la méthode à utiliser*

La contraception en post-partum, comme l'allaitement, est un sujet qui devrait être discuté à l'occasion du suivi prénatal et post-natal, ainsi que du suivi pédiatrique de base des bébés. Le choix d'une contraception par la mère dépend de divers facteurs, comme son expérience antérieure en matière de contraception, ses prévisions concernant de futures grossesses, le point de vue du compagnon, le niveau de complexité de son utilisation, des considérations médicales, la survenue du retour de couches, et le statut de la femme concernant l'allaitement. Si une femme n'est pas à l'aise avec une méthode de contraception, elle pourra ne pas l'utiliser correctement.

### *2. Avantages et inconvénients des options disponibles*

Le conseil en matière de contraception pendant l'allaitement ne doit pas seulement prendre en compte son efficacité, car la méthode sélectionnée doit être compatible avec les souhaits de la mère concernant l'allaitement. La Table 1 apporte des informations utiles pour conseiller les mères allaitantes. Elles portent entre autres sur la capacité potentielle des méthodes hormonales à avoir un impact sur la production lactée, ou à exposer l'enfant aux hormones synthétiques. Dans la mesure où la chute du taux d'hormones après la naissance est nécessaire à la mise en route de la production lactée, l'utilisation de méthodes de contraception hormonale débutées avant que la lactation soit bien établie est préoccupante. Les données actuellement publiées ne permettent pas d'exclure ces risques. Par ailleurs, les méthodes de contraception hormonale à longue durée d'action ont une efficacité élevée. Les professionnels de santé doivent discuter des limites des données disponibles dans le contexte d'une mère qui souhaite allaiter, le risque d'une faible production lactée, et le risque d'une grossesse non désirée, afin que la mère puisse faire un choix autonome et informé.

## La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée en post-partum précoce, avant l'introduction d'autres méthodes

### **A. Fondement**

Des données publiées au début des années 1970 ont montré que les femmes qui allaitaient étaient moins susceptibles d'ovuler en post-partum, et que les femmes chez qui les tétées étaient fréquentes étaient moins susceptibles d'avoir une ovulation avant leur retour de couches que les femmes qui allaitaient partiellement ou qui

n'allaitaient pas (1). En 1988, à Bellagio, un groupe d'experts a proposé trois critères comme étant suffisants pour prédire le retour de la fertilité. Cette approche en 3 critères, décrite ci-dessous de façon plus détaillée comme étant la « Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée », a par la suite été testée (2, 3). Les études sur l'efficacité et l'acceptabilité de la MAMA continuent à confirmer les premières découvertes, et démontrent que la MAMA est acceptable, simple à apprendre et à utiliser, et aussi efficace que de nombreuses autres alternatives (4-9 – II-2. Le niveau de preuve pour chaque recommandation (I, II-1, II-3 et III), tel que défini par les recommandations de la US Preventive Task Force (10) est noté entre parenthèses).

**Table 1. Principes généraux pour le conseil aux mères allaitantes en matière de sélection d'une contraception et d'espacement des naissances**

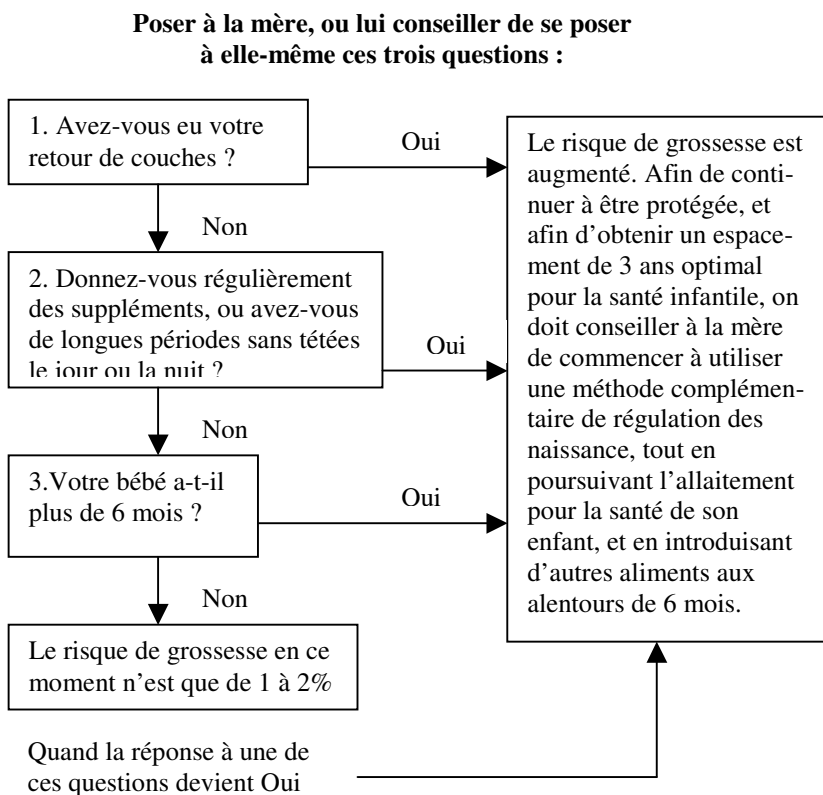
Facteurs à prendre en compte	Considérations
Déroulement de l'allaitement et prévisions maternelles	Prendre en compte à la fois les intentions à court et à long terme, ainsi que les prévisions en matière d'espacement des naissances. Les méthodes hormonales peuvent avoir un impact en fonction du moment où elles sont débutées. La mère peut souhaiter allaiter exclusivement ; certaines pour pouvoir utiliser la MAMA, d'autres parce qu'elles sont déjà en train d'allaiter exclusivement. Les utilisatrices de la MAMA doivent avoir sous la main une autre méthode de contraception si elles ont leur retour de couches, ou si leurs pratiques d'allaitement changent. L'efficacité de la MAMA chez les mères qui nourrissent leur bébé exclusivement avec du lait maternel exprimé pourrait ne pas être équivalente à celle de l'allaitement directement au sein. De nombreuses femmes qui souhaitent allaiter exclusivement n'arrivent pas à atteindre leur objectif.
Age de l'enfant / temps écoulé depuis la naissance	Certaines méthodes ne devraient pas être introduites avant que l'allaitement soit bien établi (à 4-6 semaines), dans la mesure où les méthodes hormonales peuvent avoir un impact direct sur la lactogénèse, et/ou un impact sur l'enfant.
Age maternel et prévisions de nouvelles grossesses	Le choix dépendra du désir d'espacer les naissances, ou de limiter la taille de la famille. Globalement, on recommande un intervalle entre 2 naissances d'au moins 18 mois à 2 ans et plus sur le plan de la santé maternelle, en fonction du contexte, et d'environ 3 à 5 ans sur le plan de la santé infantile.
Expérience antérieure d'allaitement	Il est essentiel de discuter de cette expérience, en incluant la compliance, le niveau de satisfaction, les effets secondaires, et les questions sociales. Tous ces facteurs peuvent avoir un impact sur la compliance et le niveau de satisfaction, en particulier chez des mères qui ont une expérience antérieure d'allaitement.
Point de vue du compagnon	L'expérience du compagnon et son opinion peuvent influencer la compliance, en particulier pour les méthodes barrière, la MAMA, ou les méthodes naturelles de planification familiale. Divers facteurs sociaux et comportementaux chez la femme doivent également être pris en compte, comme le nombre de partenaires et le niveau d'activité sexuelle. On recherchera d'éventuelles grossesses non désirées ou un intervalle court entre 2 grossesses, et le sujet sera discuté.
Expérience antérieure d'allaitement / problèmes médicaux	Antécédents de production lactée insuffisante ou de croissance infantile inadéquate. Expérience antérieure d'allaitement NON conforme aux souhaits de la mère (sur le plan de l'exclusivité ou de la durée), ET pour laquelle le problème pouvait être en rapport avec la production lactée. Examen des seins suggérant une insuffisance de tissu glandulaire. Antécédents de chirurgie mammaire. Problème médical susceptible d'avoir un impact négatif sur la production lactée (syndrome des ovaires polykystiques, infertilité, obésité). Grossesse multiple. Prématuré.

## B. La méthode : la MAMA, c'est quoi ?

La MAMA est présentée sous forme d'algorithme (Fig 1), et elle inclut trois critères pour définir la période à risque le plus bas de grossesse. Par ailleurs, elle recommande la mise en œuvre immédiate d'autres méthodes si n'importe lequel des trois critères n'est plus rempli. Cliniquement, on demande à la mère :

- Etes-vous aménorrhéique ? Ce qui signifie que la mère n'a eu aucun saignement menstruel, ou un quelconque saignement pendant > 2 jours (exception faite des saignements pendant les 2 premiers mois post-partum).
- Allaitiez-vous exclusivement ou presque exclusivement ? Cela implique que l'enfant ne reçoit pas d'autres aliments liquides ou solides en plus de l'allaitement (plus souvent que 1 à 2 fois par semaine).
- Votre enfant a-t-il moins de 6 mois ?

Si la réponse est « oui » pour ces 3 critères, la femme répond aux conditions d'efficacité de la MAMA. On doit lui conseiller de mettre en œuvre une autre méthode de contraception si elle répond « non » à n'importe laquelle de ces 3 questions, car le risque de grossesse est augmenté, et on doit lui recommander de démarrer une autre forme de contraception pour prévenir une grossesse. Si la mère répond à ces critères et qu'elle souhaite utiliser la MAMA, on lui conseillera de se reposer régulièrement ces trois questions. Il est prudent qu'elle s'assure qu'elle est prête à utiliser immédiatement une autre méthode si jamais la réponse à une de ces trois questions change. Les cliniciens doivent s'assurer qu'elle a choisi sa prochaine méthode de contraception, et que soit elle l'a sous la main, soit elle sait comment l'obtenir s'il s'agit d'un implant ou d'un dispositif intra-utérin (DIU).



**Fig 1. La MAMA**

longtemps que l'aménorrhée se poursuit. Au Rwanda, la méthode a été utilisée jusqu'à 9 mois, avec une fréquence des tétées similaires à celle du 6<sup>ème</sup> mois (12). Cela a été obtenu en mettant l'enfant au sein avant chaque repas de solides. Une autre étude au Pakistan a constaté un niveau élevé d'efficacité avec ces critères, qui se poursuivait jusqu'à 12 mois (13 – II-2).

## D. Efficacité

Une analyse de la Cochrane Database (14 – réactualisée en 2008) concluait que le taux de fertilité était bas chez les femmes qui allaitaient complètement et qui étaient aménorrhéiques. Dans les études contrôlées sur la MAMA, le

## C. Définitions pour l'utilisation de la MAMA

Pour utiliser la MAMA correctement, il est important que la patiente comprenne bien chacun des trois critères : lactation, aménorrhée, et nombre de mois.

1. Lactation. L'allaitement complet ou presque complet comprend l'allaitement exclusif, l'allaitement presque exclusif, et l'allaitement avec le don irrégulier de compléments, dans la mesure où cela ne modifie pas la fréquence des tétées (11)
2. Aménorrhée. Dans le cadre de la MAMA, le retour de couches est défini comme tout saignement survenant après 56 jours post-partum, et perçu par la femme comme étant des règles, ou durant plus de deux jours consécutifs.
3. Nombre de mois. La limite de 6 mois a été fixée au départ car c'est le moment où l'introduction d'autres aliments devrait débuter. Si l'allaitement se poursuit avec la même fréquence de tétées et que les autres aliments sont proposés après les tétées, l'efficacité semble persister pendant aussi

taux de grossesse à 6 mois allait de 0,45% à 2,45%. Dans 6 études non contrôlées menées sur des utilisatrices de la MAMA, le taux de grossesse allait de 0 à 7,5%. L'OMS a mené une étude prospective sur l'aménorrhée lactationnelle et le retour de la fertilité ; bien qu'elle ne portait pas spécifiquement sur des femmes utilisant la MAMA, les résultats confirmaient le potentiel physiologique pour une efficacité élevée, comme constaté dans les études sur la MAMA (4, 5). En conséquence, les études sur le sujet ont globalement fait état d'un taux de grossesse à 6 mois d'environ 2% (15 – I, II-2).

### **E. Mise en œuvre pratique de la MAMA**

Divers facteurs contribuent à la durée et au succès de la méthode.

- La fréquence des tétées. Une étude a constaté que les femmes qui allaitaient exclusivement et qui utilisaient la MAMA étaient plus nombreuses à être aménorrhéiques à 6 mois post-partum que les femmes du groupe témoin qui allaitaient exclusivement (84% contre 69,7% - 16). Les femmes qui utilisent la MAMA décident d'avoir une fréquence de tétées plus élevée, et donc des intervalles plus courts entre les tétées, que les autres femmes allaitantes.
- La MAMA peut être utilisée pendant plus de 6 mois. Les 2 études mentionnées plus haut au Rwanda (12) et au Pakistan (13) montraient que l'efficacité de la MAMA pouvait se maintenir entre 6 et 12 mois, à partir du moment où la mère qui avait commencé à utiliser cette méthode continuait à mettre son bébé au sein avant de lui proposer d'autres aliments, et ce à des intervalles inférieurs à 4 heures pendant la journée, et à 6 heures pendant la nuit, et tant qu'elle restait aménorrhéique (II-2).
- L'efficacité de la MAMA n'a pas été évaluée correctement auprès de femmes qui donnent quotidiennement des compléments à leur bébé, ou qui tirent leur lait manuellement ou au tire-lait au lieu de mettre leur bébé au sein (17 – II-2). Les femmes qui tirent leur lait plus souvent que quelques fois par semaine devraient se voir conseiller l'introduction d'une méthode supplémentaire de contraception (III).

### **F. La transition avec une autre méthode**

La MAMA peut également être utilisée avant l'introduction d'une autre méthode de contraception, le temps d'informer la femme sur les autres méthodes qu'elle pourra souhaiter mettre en œuvre. À noter qu'il est hautement improbable qu'une mère qui allaite complètement devienne enceinte pendant les 56 premiers jours post-partum, et que la mise en route d'une autre méthode de contraception peut être retardée jusqu'à au moins 8 semaines post-partum. Lorsque la MAMA ne s'applique plus, ou lorsqu'une femme allaitante souhaite utiliser une autre méthode de planification familiale, elle devrait avoir sous la main cette nouvelle méthode. Les diverses alternatives sont discutées plus bas en terme d'avantages et d'inconvénients, en se focalisant plus particulièrement sur l'allaitement.

## **Commentaires supplémentaires sur les méthodes individuelles**

La Table 2 fournit des informations spécifiques sur diverses méthodes individuelles, incluant les avantages, les inconvénients, et l'impact éventuel de chacune sur l'allaitement.

### **Les méthodes naturelles d'espacement des naissances**

Il existe 4 méthodes de « prise de conscience de la fertilité », ou méthodes naturelles : la méthode Billings qui suit l'ovulation, la méthode de Creighton, la méthode sympto-thermique, et la méthode Marquette. Chacune d'entre elles peut être utilisée même lorsqu'une femme n'a pas eu son retour de couches en raison de l'allaitement. Ces méthodes sont fondées sur l'observation de combinaisons variables de facteurs tels que le mucus du col utérin, la température, et/ou un suivi hormonal, et les couples s'abstenant pendant les périodes fertiles. Toutes ces méthodes ont des protocoles spécifiques pour le post-partum, et elles peuvent donc être utilisées par une femme qui souhaite retarder la survenue d'une nouvelle grossesse. La méthode Marquette a récemment fait l'objet d'une étude, qui a conclu à l'efficacité de la méthode en post-partum (18).

Ces méthodes peuvent impliquer des durées significatives d'abstinence. Une étude sur l'utilisation de la méthode Billings en post-partum a constaté que les femmes qui allaitaient et utilisaient cette méthode avaient un taux de grossesse plus bas que les femmes qui l'utilisaient mais qui n'allaitaient pas. Le taux de grossesses non désirées était de < 1% pendant les 6 premiers mois d'aménorrhée lactationnelle. Toutefois, le taux de grossesse devenait élevé chez les femmes allaitantes qui utilisaient cette méthode après leur retour de couches (36% contre 13% chez les mères qui n'allaitaient pas), ou lorsque l'enfant recevait d'autres aliments. Cette augmentation du taux de grossesses non désirées n'était pas directement attribuable à un manque de respect des consignes de la méthode

Billings. Il est nécessaire de souligner l'importance d'un soutien accru à l'allaitement afin de retarder le retour de couches, et le risque plus élevé de grossesse chez les nouvelles utilisatrices de cette méthode, dans les programmes de formation et de soutien à l'utilisation de la méthode Billings (19).

## Les méthodes contraceptives hormonales : commentaires généraux

Il existe une controverse concernant l'impact de la contraception hormonale sur la production lactée. Bien que Koetsawand (20) ait rapporté une augmentation de la production lactée chez des femmes prenant une contraception hormonale progestative seule, Tankeyoon (21) a noté une baisse de 12% chez les femmes prenant une pilule progestative par rapport à la prise d'un placebo. D'autres études n'ont retrouvé aucun impact. Une étude récente a quantifié l'impact de la contraception hormonale sur l'absorption de lait par l'enfant entre J42 et J63 en utilisant le deutérium comme marqueur (22). 42 femmes qui avaient déjà allaité auparavant ont commencé à prendre une pilule oestro-progestative à J42 (150 µg de lévonorgestrel et 30 mg d'éthinyl-oestradiol), un DIU relâchant du lévonorgestrel, un implant d'étonorgestrel, ou un DIU au cuivre. Elle n'a constaté aucune différence dans les apports des enfants. Une étude Cochrane montrait que les données provenant d'études randomisées contrôlées sur l'impact d'une contraception hormonale pendant l'allaitement étaient limitées et de qualité médiocre : « Les données sont insuffisantes pour faire des recommandations concernant l'utilisation d'une contraception hormonale chez les femmes allaitantes » (23). Jusqu'à plus ample informé, il serait prudent de dire aux mères que les méthodes de contraception hormonale sont susceptibles d'abaisser la production lactée, en particulier en post-partum précoce. Les méthodes hormonales devraient être déconseillées dans certaines circonstances (III), comme :

1. Une production lactée déjà basse, ou des antécédents d'échec de l'allaitement
2. Des antécédents de chirurgie mammaire
3. Une naissance multiple (jumeaux, triplés)
4. Un accouchement prématuré
5. Une mauvaise santé chez la mère et/ou le bébé.

## Les contraceptions hormonales progestatives

Il existe un risque théorique pour la production lactée lorsque ce type de contraception est débuté dans les premières 48 heures post-partum (24), dans la mesure où la baisse du taux de progestérogène après la naissance est nécessaire pour la différenciation des cellules sécrétoires / le stade II de la lactogénèse. Ce type de contraception inclut les « micro-pilules », ainsi que les implants progestatifs et le DIU libérant un progestatif. Une méta-analyse publiée en 2010 passait en revue l'impact d'une contraception progestative débutée après la période du post-partum précoce, et incluait 5 études randomisées contrôlées et 38 études observationnelles (25). Aucun effet négatif sur l'allaitement jusqu'à 12 mois n'était constaté, ni sur le taux d'immunoglobulines chez l'enfant, ni sur son taux d'hormones. Les études évaluant les implications cliniques d'une contraception progestative débutée en post-partum précoce sont contradictoires.

C'est tout particulièrement le cas des études portant sur l'impact de la médroxyprogestérone. Les études précédentes sur cette contraception n'avaient pas pris en compte la prise de poids de l'enfant, la production lactée, ou la quantité de suppléments donnés. Une méta-analyse de Brownell et al (26) menée sur des études prospectives sur l'impact de l'utilisation de la médroxyprogestérone en post-partum précoce constatait que toutes les études étaient de faible qualité, avec un mauvais contrôle des variables confondantes. Une autre étude sur des mères défavorisées a constaté que 31,3% des mères ont reçu de la médroxyprogestérone, et que 62,6% d'entre elles se sont vues poser l'implant avant leur sortie de maternité (27), ce qui permet de penser qu'une pose précoce est courante dans certaines régions. Les auteurs ont quantifié les relations entre l'utilisation précoce de médroxyprogestérone et le taux de sevrage chez 183 femmes, et concluaient que si l'implant avait un impact sur la durée de l'allaitement, il était minime. Une étude cas-témoin prospective incluait 150 femmes qui ont reçu l'implant entre 2 et 10 jours post-partum, comparées à 100 femmes qui n'utilisaient pas de contraception hormonale. Au suivi à 6 mois, aucune différence n'était constatée entre les 2 groupes sur le plan de la satisfaction maternelle concernant l'allaitement, ou sur la croissance de l'enfant ; toutefois, on ne sait pas dans quelle mesure les pratiques d'allaitement ont été comparées.

Une étude de Brito et al (29) a comparé l'impact d'un implant relâchant de l'étonogestrel posé 1-2 jours après la naissance, ou une injection de médroxyprogestérone à 6 semaines post-partum. 40 femmes ont été suivies jusqu'à 12 semaines post-partum. Les enfants du groupe implant avaient une prise de poids légèrement supérieure pendant les 6 premières semaines, mais la durée de l'allaitement exclusif était similaire dans les 2 groupes. Gurtcheff et al (30) ont eux aussi étudié l'impact de la pose précoce (1-3 jours post-partum) ou tardive (4-8 semaines) d'un

implant contraceptif, et n'ont constaté aucune différence entre les 2 groupes pour ce qui était du taux d'échec de l'allaitement.

### **Les contraceptions hormonales combinées œstroprogestatives**

Les contraceptions combinées contenant des œstrogènes incluent les contraceptifs oraux (la pilule), pris suivant un cycle mensuel ou en continu, les patchs transdermaux (hebdomadaires), ou les anneaux vaginaux (pose mensuelle). Les contraceptions utilisant un œstrogène ne sont pas optimales pour les mères allaitantes en post-partum précoce, en raison de l'impact négatif potentiel sur la production lactée. Cet impact potentiel est illustré par l'utilisation historique de doses élevées d'œstrogènes en post-partum immédiat pour supprimer la lactation, avant que l'on prenne conscience du risque thrombotique important pendant cette période. Une analyse de la Cochrane sur les méthodes de suppression de la lactation prenait en compte 7 études utilisant 4 protocoles différents de préparations œstrogéniques, et faisait état d'une baisse significative de la production lactée dans les 7 premiers jours post-partum. À noter toutefois que les doses utilisées pour cette indication sont différentes des doses utilisées dans les contraceptifs hormonaux (31).

Une analyse menée en 2010 sur la contraception combinée et l'allaitement n'a trouvé que 3 études randomisées contrôlées, et 4 études observationnelles. Les 3 études randomisées faisaient état d'une durée moyenne d'allaitement plus courte chez les utilisatrices d'une contraception combinée, et d'un taux plus élevé de don de suppléments (32). Aucun autre effet négatif sur la santé infantile n'a été constaté.

Si une contraception hormonale contenant un œstrogène est choisie, il est prudent de commencer avec un produit contenant le taux le plus bas possible d'œstrogène, aussi tardivement que possible, et lorsque la lactation est bien établie (III). De plus, les contraceptifs contenant des œstrogènes ne devraient pas être utilisés pendant les premières semaines post-partum en raison du risque élevé de thromboses veineuses profondes et d'embolie pulmonaire. Les contre-indications absolues et relatives de ces produits sont par ailleurs les mêmes chez les mères allaitantes et les mères non allaitantes.

Les contraceptifs combinés actuels délivrent une dose quotidienne d'œstrogène allant de 10 à 35 µg. Une analyse de la Cochrane n'a retrouvé aucune différence dans l'efficacité des produits délivrant < 20 µg par rapport à ceux qui en délivraient > 20 µg (33). Cette information pourrait rassurer les mères allaitantes sur l'efficacité de la méthode lorsqu'elles choisissent un produit faiblement dosé afin de limiter le risque d'effets secondaires.

### **Comparaison entre les pilules progestatives et les pilules combinées**

Une étude de l'OMS menée dans les années 1980 a fait état d'une baisse de 41,9% de la production lactée chez les femmes qui utilisaient une contraception combinée avant 6 semaines post-partum (21). Toutefois, une étude randomisée récente qui a comparé 63 femmes utilisant une pilule progestative délivrant 35 µg/jour et 64 femmes utilisant une pilule combinée délivrant 35 µg/jour d'éthinylestradiol entre 2 et 8 semaines post-partum n'a constaté aucune différence entre les 2 groupes sur le plan du taux d'allaitement à 8 semaines (63,5% contre 64,1%). 44% des femmes du groupe progestatif et 21% de celles du groupe contraception combinée ont arrêté la prise de leur pilule en raison de la perception d'un impact négatif sur leur production lactée.

### **La contraception d'urgence**

La contraception d'urgence est la plus efficace lorsqu'elle est débutée dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé, même si elle reste toujours utile jusqu'à 120 heures. La pose d'un DIU au cuivre après le rapport, la mifépristone, une combinaison œstroprogestative et un progestatif seul sont les alternatives possibles. Un impact négatif sur la lactation suite à la pose d'un DIU au cuivre est très improbable (voir plus bas le paragraphe sur le DIU), et présente l'avantage de poursuivre la contraception. Les produits progestatifs semblent légèrement plus efficace que les œstroprogestatifs, et ont un risque plus bas de nausées et de vomissements significatifs (35). Par ailleurs, théoriquement, les progestatifs risquent moins d'avoir un impact sur la lactation. Une étude pharmacologique sur 12 mères allaitantes a constaté que le niveau d'exposition du bébé allaité lorsque la mère prenait 1,5 mg de progestatif était de 1,6 µg le jour de la prise (36). Une seule étude observationnelle comparant un progestatif seul et une combinaison œstroprogestative pour la contraception d'urgence a constaté que les effets secondaires étaient peu fréquents et similaires dans les 2 groupes (37). Au vu de l'efficacité similaire, de la fréquence plus basse de nausées, et de l'absence d'exposition aux œstrogènes, il semble que l'utilisation d'un

produit uniquement progestatif est préférable à celle d'un œstroprogestatif pour la contraception d'urgence chez une mère allaitante.

Il existe peu de données sur la mifépristone et l'acétate d'ulipristal pendant l'allaitement. L'utilisation de la mifépristone (un antiprogestatif) pour la contraception d'urgence a une efficacité similaire ou supérieure à celle d'un progestatif en fonction de la dose administrée. D'après une petite étude, l'excrétion lactée de la mifépristone est faible (l'enfant reçoit  $\leq 1,5\%$  de la dose maternelle ajustée pour le poids), et un effet secondaire n'est pas attendu chez l'enfant allaité (38). L'acétate d'ulipristal est un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone. Il n'existe actuellement aucune donnée sur son utilisation chez la mère allaitante.

L'impact de la contraception d'urgence a également été évalué lorsqu'elle était utilisée en complément de la MAMA. Bien qu'elle ne soit pas forcément une option en pratique, une étude a fait état d'un plus faible taux de grossesse chez les femmes à qui on a donné un moyen de contraception d'urgence à l'occasion des conseils sur la MAMA pendant la visite post-partum (39).

### **Les méthodes barrière**

Ces méthodes n'ont aucun effet secondaire connu sur la lactation. Les femmes doivent être informées du fait que l'efficacité de ces méthodes est plus basse que celle des méthodes hormonales, intra-utérines, ou permanentes.

### **Les dispositifs intra-utérins**

Le dispositif intra-utérin (DIU) est l'un des contraceptifs les plus utilisés dans le monde. Le taux d'utilisation est de 6% aux États-Unis, dans d'autres pays il va jusqu'à 80% des femmes utilisant une contraception (40, 41). Il existe des DIU hormonaux ou non hormonaux, qui ont différents profils sur le plan de leurs effets secondaires.

Les DIU relâchant un progestatif sont corrélés à un taux plus faible de saignements pendant les règles, même si les femmes expérimentent souvent des saignements irréguliers. Cet impact est le plus prononcé pendant les 6 premiers mois, et il diminue habituellement avec le temps. D'autres effets secondaires en rapport avec le progestatif sont également possibles. Le DIU au cuivre est corrélé à un taux plus élevé de dysménorrhée et de ménorragies.

Dans une étude comparant le déroulement de l'allaitement chez des femmes randomisées pour se voir poser soit un DIU au cuivre, soit un DIU progestatif à 6-8 semaines post-partum, on ne constatait aucune différence dans la durée de l'allaitement complet, ni dans la croissance de l'enfant jusqu'à 12 mois (42). Toutefois, selon l'analyse secondaire d'une étude randomisée comparant des femmes chez qui un DIU progestatif avait été posé immédiatement après la naissance ou à 6-8 semaines, le taux d'allaitement était plus bas dans le groupe où la pose avait été précoce (43). Dans le groupe où la pose était tardive, 4 femmes avaient reçu de la médroxyprogestérone avant la visite à 6 semaines. Les études portant sur l'impact du DIU au cuivre n'ont pas constaté de modification du taux sérique ou lacté de cuivre (44).

Les complications en rapport avec le DIU incluent la perforation utérine, l'échec (grossesse), la difficulté à repérer le cordon dans le vagin, les écoulements vaginaux, la douleur, le fait que le partenaire sexuel sent le cordon vaginal, une malposition (qui pourra nécessiter une intervention chirurgicale de retrait du DIU), et l'expulsion (prévalence : 2 à 10% pendant la première année). Des données permettent de penser que le risque de perforation est plus élevé lorsqu'un DIU quel qu'il soit est posé chez une mère allaitante (45). Une analyse récente suggère que le DIU reste une option de contraception de longue durée d'action chez les mères allaitantes ayant accouché par césarienne (46).

### **Les méthodes irréversibles (stérilisation)**

Diverses méthodes existent, incluant la vasectomie, la ligature des trompes en post-partum, la ligature des trompes par laparoscopie, et l'occlusion des trompes par voie hystéroscopique. Ces méthodes impliquent des techniques différentes, avec éventuellement chirurgie et anesthésie.

Le principal point à prendre en compte pour la dyade d'allaitement est l'impact potentiel sur les interactions mère-enfant. Dans l'idéal, la procédure ne doit pas être effectuée pendant les premières heures post-partum, afin de permettre le peau à peau entre la mère et l'enfant, et le démarrage de l'allaitement. Toutefois, le contact précoce mère-enfant ne devrait pas empêcher les mères allaitantes d'avoir une ligature des trompes en post-partum. Pour

limiter la séparation, l'enfant pourrait être maintenu en peau à peau contre sa mère avant la chirurgie, et remis contre elle après la chirurgie dès que la mère est réveillée et alerte. L'interruption du contact sera gérée d'une façon favorisant l'allaitement, et le professionnel de santé devrait prendre en compte les implications de l'anesthésie et de l'analgésie sur la dyade d'allaitement.

Malheureusement, les femmes qui n'ont pas eu de ligature des trompes pendant leur séjour en maternité risquent fort de ne pas en bénéficier ensuite, et de devenir à nouveau enceintes (48-50). Ce risque doit être pris en compte. Cela pourrait justifier une séparation mère-enfant précoce afin que l'opération soit effectuée avant le retour au domicile.

### Critères médicaux d'éligibilité

Les Critères médicaux d'éligibilité permettent d'avoir des données sur le niveau de sécurité de la contraception dans certaines conditions médicales spécifiques, ou certaines conditions démographiques. Les risques sont divisés en 4 catégories (voir Table 3), ou même parfois en 2 catégories : habituellement utilisable, et habituellement non utilisable. Les recommandations actuelles de l'OMS diffèrent de celles du CDC (Centers for Disease Control and Prevention). La Table 4 montre les diverses catégories de méthodes de contraception pendant l'allaitement, présentées par l'OMS et révisées par le CDC. Le CDC a récemment révisé ses recommandations pour abaisser le délai de mise en œuvre en post-partum de 6 à 4 semaines, et ne contre-indique plus l'utilisation d'une contraception progestative en post-partum immédiat.

**Table 3. Critères médicaux d'éligibilité**

Catégorie de l'OMS	Avec des données cliniques	Avec peu de données cliniques
1	Utiliser la méthode en toutes circonstances	Utiliser la méthode
2	Méthode habituellement utilisable	Utiliser la méthode
3	Méthode habituellement déconseillée, sauf si une autre méthode plus appropriée n'est pas disponible ou acceptable	La méthode ne devrait pas être utilisée
4	Méthode à ne pas utiliser	Ne pas utiliser cette méthode

**Table 4. Critères médicaux d'éligibilité (CME) de l'OMS et du CDC**

	OMS		CDC	
	Délai depuis la naissance	CME	Délai depuis la naissance	CME
Contraception orale combinée	0-6 semaines	4	< 1 mois	3
	6 semaines – 6 mois	3	≥ 1 mois	2
	> 6 mois	2		
Contraception progestative (orale et implants)	0-6 semaines	3	< 1 mois	2
	6 semaines – 6 mois	1	≥ 1 mois	1
	> 6 mois	1		
DIU progestatif	< 48 heures	3	< 10 min	2
	48 h – 4 semaines	3	10 min à < 4 semaines	2
	> 4 semaines	1	≥ 4 semaines	1
DIU au cuivre	< 48 heures	1	< 10 min	1
	48 h – 4 semaines	3	10 min à < 4 semaines	2
	> 4 semaines	1	≥ 4 semaines	1

D'après les Critères médicaux d'éligibilité (CME) de l'OMS et du CDC. Summary Chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Updated June 2012 ([www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/USMEC.htm](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/USMEC.htm)). Voir Table 3 pour les catégories de CME.

Les données provenant d'études scientifiques bien conduites sont limitées sur le plan de la prise en compte adéquate de l'impact sur l'enfant ou sur l'allaitement exclusif, en particulier en post-partum précoce, période capitale pour l'établissement de la lactation et d'une production lactée abondante (III). De plus, une nouvelle grossesse est hautement improbable pendant les 6 premières semaines post-partum chez les mères qui allaitent



exclusivement, comme dit plus haut. Dans ce contexte, les contraceptions hormonales ont peu d'avantages, et une mise en œuvre précoce peut avoir un impact négatif sur les intentions maternelles en matière d'allaitement exclusif. Sauf si le risque d'une grossesse non souhaitée ou d'une absence de suivi de la mère est élevé, la mise en œuvre rapide d'une contraception hormonale chez une mère allaitante n'est pas recommandée.

## Futures recherches

Nous avons besoin d'études prospectives plus détaillées sur l'impact de toutes les contraceptions hormonales sur l'allaitement, ainsi que sur l'impact potentiel à long terme sur l'enfant de l'exposition à des hormones exogènes. Ces informations permettraient aux femmes de prendre des décisions informées prenant en compte le risque d'une grossesse non désirée, versus le risque d'un impact négatif sur l'allaitement. Les recherches existantes n'ont souvent pas pris correctement en compte les objectifs maternels en matière d'allaitement, l'importance de l'allaitement exclusif, et la quantité de suppléments utilisés. Tant que les recherches ne se seront pas penchées sur ces points, et n'auront pas pris en compte les intentions maternelles en matière d'allaitement exclusif, il est impossible d'exclure un impact négatif potentiel sur la production lactée, sur le succès à long terme de l'allaitement, ou sur l'enfant, en particulier si un impact négatif est rare. C'est tout particulièrement le cas avec la mise en œuvre d'une contraception hormonale en post-partum précoce. Des études sont nécessaires pour évaluer l'impact des méthodes modernes de contraception, ce qui inclut les méthodes uniquement progestatives ou les œstrogènes à faible dose, sur l'allaitement à court terme et sur l'enfant à long terme. D'autres études sont également nécessaires sur l'efficacité de la MAMA en raison de la disponibilité croissante des tire-lait, et du nombre de plus en plus important de mères qui choisissent de nourrir exclusivement leur bébé avec du lait maternel exprimé. Globalement, les effets secondaires rares ou à long terme ne sont souvent pas détectés, et l'efficacité des méthodes n'a pas été évaluée dans une large gamme de conditions variées. Tous ces points impliquent des études sur des populations importantes et au long cours. Pour chaque famille allaitante prise individuellement, le manque de données suffisantes concernant l'impact de la contraception hormonale peut avoir des conséquences négatives significatives.

## Conclusion

Toutes les femmes devraient se voir donner des informations détaillées sur les diverses options de contraception et du soutien, afin de pouvoir faire un choix optimal en fonction de leur situation personnelle. Les médecins et les autres professionnels de santé ne devraient pas décider pour la femme de la méthode la plus appropriée. Ils devraient plutôt, à l'occasion d'une discussion avec la femme, aborder les avantages, les risques, les bénéfices, la disponibilité et le coût de toutes les méthodes. Cette discussion devrait inclure l'efficacité sur le plan de la contraception, et l'impact possible sur l'allaitement, en fonction des souhaits de chaque mère concernant l'allaitement, les risques de problèmes d'allaitement, et le risque de grossesse non désirée.

## Remerciements

Ce travail a été financé en partie par une subvention du Bureau de la Santé Maternelle et Infantile, Département de la Santé et des Services Humains, et grâce aux ressources du Carolina Global Breastfeeding Institute.

## Références

1. A Perez, P Vela, GS Masnick, et al. First ovulation after childbirth: The effect of breast-feeding. *Am J Obstet Gynecol* 1972;114:1041–1047.
2. A Perez, M Lobbok, J Queenan. A clinical study of the lactational amenorrhea method for family planning. *Lancet* 1992;339:968–970.
3. M Lobbok, A Perez, V Valdes, et al. The lactational amenorrhea method: A new postpartum introductory family planning method with program and policy implications. *Adv Contraception* 1994;10:93–109.
4. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. IV. Postpartum bleeding and lochia in breast-feeding women. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999;72:441–447.
5. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999;72:431–440.

6. M Labbok, V Hight-Laukaran, A Peterson, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55:327–336.
7. AE Peterson, R Pefez-Escamilla, MH Labbok, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: Effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception* 2000;62:221–230.
8. V Hight-Laukaran, M Labbok, A Peterson, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) II. Acceptability, utility, and policy implications. *Contraception* 1997;55:337–346.
9. KI Kennedy. Efficacy and effectiveness of LAM. *Adv Exp Med Biol* 2002;503:207–216.
10. Appendix A Task Force Ratings. *Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force*, 2nd edition. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430) (accessed December 19, 2014).
11. M Labbok, K Krasovec. Towards consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann* 1990;21:226–230.
12. KA Cooney, T Nyirabukeye, MH Labbok, et al. An assessment of the nine-month lactational amenorrhea method (MAMA-9) in Rwanda. *Stud Fam Plann* 1996;27:102–171.
13. A Kazi, KI Kennedy, CM Visness, et al. Effectiveness of the lactational amenorrhea method in Pakistan. *Fertil Steril* 1995;64:717–723.
14. C Van der Wijden, J Kleijnen, T Van den Berk. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD001329.
15. RA Hatcher, J Trussell, F Stewart, et al. *Contraceptive Technology*, 17th ed. Contraceptive Technology Communications, Inc., Ardent Media, Inc., New York, 2011.
16. MH Labbok, A Starling. Definitions of breastfeeding: Call for the development and use of consistent definitions in research and peer-reviewed literature. *Breastfeed Med* 2012;7:397–402.
17. V Valdés, MH Labbok, E Pugin, et al. The efficacy of the lactational amenorrhea method (LAM) among working women. *Contraception* 2000;62:217–219.
18. T Bouchard, RJ Fehring, M Schneider. Efficacy of a new postpartum transition protocol for avoiding pregnancy. *J Am Board Fam Med* 2013;26:35–44.
19. MH Labbok, RY Stallings, F Shah, et al. Ovulation method use during breastfeeding: Is there increased risk of unplanned pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:2031–2036.
20. S Koetsawang. The effects of contraceptive methods on the quality and quantity of breast milk. *Int J Gynaecol Obstet* 1987;25(Suppl):115–127.
21. M Tankeyoon, N Dusitsin, S Chalapati, et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volumes and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception* 1984;30:505–522.
22. L Bahamondes, MV Bahamondes, W Modesto, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril* 2013;100:445–450.
23. ST Truitt, AB Fraser, DA Grimes, et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003988.
24. KI Kennedy, RV Short, MR Tully. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation. *Contraception* 1997;55:347–350.
25. N Kapp, K Curtis, K Nanda. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: A systematic review. *Contraception* 2010;82:17–37.
26. EA Brownell, ID Fernandez, CR Howard, et al. A systematic review of early postpartum medroxyprogesterone receipt and early breastfeeding cessation: Evaluating the methodological rigor of the evidence. *Breastfeed Med* 2012;7:10–18. Erratum in *Breastfeed Med* 2012;7:129.
27. AM Dozier, A Nelson, EA Brownell, et al. Patterns of postpartum depot medroxyprogesterone administration among low-income mothers. *J Womens Health (Larchmt)* 2014;23:224–230.
28. S Singhal, N Sarda, S Gupta, et al. Impact of injectable progestogen contraception in early puerperium on lactation and infant health. *J Clin Diagn Res* 2014;8:69–72.
29. MB Brito, RA Ferriani, SM Quintana, et al. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: A pilot study. *Contraception* 2009;80:519–526.
30. SE Gurtcheff, DK Turok, G Stoddard, et al. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011;117:1114–1121.
31. OT Oladapo, B Fawole. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD005937.
32. N Kapp, KM Curtis. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: A systematic review. *Contraception* 2010;82:10–16.
33. MF Gallo, DA Grimes, LM Lopez, et al. Combination injectable contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD004568.

34. E Espey, T Ogburn, L Leeman, et al. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119:5–13.
35. L Cheng, Y Che, AM Gulmezoglu. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD001324.
36. E Gainer, R Massai, S Lillo, et al. Levonorgestrel pharmacokinetics in plasma and milk of lactating women who take 1.5 mg for emergency contraception. *Hum Reprod* 2001;22:1578–1584.
37. S Polakow-Farkash, O Gilad, P Merlob, et al. Levonorgestrel used for emergency contraception during lactation—A prospective observational cohort study on maternal and infant safety. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013;26:219–221.
38. I Saay, C Fiala, JM Hamalainen, et al. Medical abortion in lactating women—Low levels of mifepristone in breast milk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:618–622.
39. OM Shaaban, SG Hassen, SA Nour, et al. Emergency contraceptive pills as a backup for lactational amenorrhea method (LAM) of contraception: A randomized controlled trial. *Contraception* 2013;87:363–369.
40. J Jones, WD Mosher, K Daniels. Current contraceptive use in the United States, 2006–2010, and changes in patterns of use since 1995. *Natl Health Stat Rep* 2012;(60):1–25. Available at [www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr060.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr060.pdf) (accessed March 20, 2013).
41. The ESHRE Capri Workshop Group. Intrauterine devices and intrauterine systems. *Hum Reprod Update* 2008;14:197–208.
42. AH Shaamash, GH Sayed, MM Hussien, et al. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: Breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception* 2005;72:346–351.
43. BA Chen, MF Reeves, MD Creinin, et al. Postplacental or delayed levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding duration. *Contraception* 2011;84:499–504.
44. AC1 Rodrigues da Cunha, JG Dorea, AA Cantuaria. Intrauterine device and maternal copper metabolism during lactation. *Contraception* 2001;63:37–39.
45. K Heinemann, CL Westhoff, DA Grimes, et al. Intrauterine devices and the risk of uterine perforations: Final results from the EURAS-IUD Study. *Obstet Gynecol* 2014;123(Suppl 1):3S.
46. ND Goldstuck, PS Steyn. Intrauterine contraception after cesarean section and during lactation: A systematic review. *Int J Womens Health* 2013;5:811–818.
47. A Montgomery, T Hale; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
48. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 530: Access to postpartum sterilization. *Obstet Gynecol* 2012;120:212–215.
49. N Zite, S Wuellner, M Gilliam. Failure to obtain desired postpartum sterilization: Risk and predictors. *Obstet Gynecol* 2005;105:794–799.
50. AR Thurman, T Janecek. One-year follow-up of women with unfulfilled postpartum sterilization requests. *Obstet Gynecol* 2010;116:1071–1077.

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Des révisions fondées sur des données scientifiques sont faites au bout de cinq ans, ou plus rapidement s'il y a des modifications significatives des connaissances.

#### Comité des protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

*Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Chairperson*  
*Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson*  
*Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson*  
*Nancy Brent, MD*  
*Amy E Grawey, MD*  
*Ruth A. Lawrence, MD, FABM*  
*Sarah Reece-Stremtan, MD*  
*Nancy G. Powers, MD, FABM*  
*Tomoko Seo, MD, FABM*  
*Michal Young, MD*

**Table 2. Utilisation des méthodes de contraception pendant l'allaitement : avantages, inconvénients, et impact sur la lactation**

<b>Méthode</b>	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>	<b>Impact sur l'allaitement</b>
Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée Méthodes naturelles d'espacement des naissances Méthode Billings Modèle de Creighton Marquette Symptothermique	Aucun effet secondaire Efficacité similaire à celle d'autres méthodes contrôlées par l'utilisatrice (pilule, méthodes barrière) Faible coût pour la plupart d'entre elles	Nécessite des informations spécifiques pour une utilisation pendant l'allaitement Le moniteur ClearBlue pour la méthode Marquette est coûteux Peuvent nécessiter de longues périodes d'abstinence	Aucun
Méthodes barrière Diaphragme/cape Spermicides Préservatifs	Peu d'effets secondaires Très efficaces s'ils sont utilisés correctement et systématiquement Bonnes méthodes de complément Faible coût Protègent aussi des maladies sexuellement transmissibles	Possibilité d'erreurs par les utilisateurs Allergies possibles Peuvent être peu pratiques et limiter la spontanéité Le diaphragme et la cape doivent être adaptées à la morphologie de la femme	Aucun L'utilisation d'un lubrifiant pourrait être bénéfique si utilisation de préservatifs en cas d'atrophie vaginale
Dispositif intra-utérin DIU au cuivre (T380A, 10 ans...) DIU hormonal (lévonorgestrel, 3 ans ou 5 ans...)	Très efficace Réversible Contraception à long terme Ne nécessite guère d'attention de la part de l'utilisatrice après sa pose (utilisation courante = utilisation parfaite)	Faible risque d'infection, de perforation, d'expulsion La pose et l'enlèvement doivent être faits par un professionnel Le DIU au cuivre est contre-indiqué en cas de maladie de Wilson et d'allergie au cuivre Coûteux à court terme, peu coûteux à long terme	Aucun impact connu pour le DIU au cuivre Possible risque de perforation à la pose, nécessitant une intervention chirurgicale, qui pourra nécessiter une courte suspension de l'allaitement. Le DIU progestatif placé immédiatement après la naissance pourrait être associé à une durée plus courte d'allaitement. Aucun impact négatif sur l'allaitement rapporté en cas de pose à $\geq 6$ semaines post-partum
Stérilisation chirurgicale Masculine : vasectomie Féminine : ligature des trompes	Très efficace Les deux peuvent être effectués en ambulatoire.	Effet définitif a priori : risque de regret Risques liés à la chirurgie Coût lié à la chirurgie Nécessite un chirurgien Risque de grossesse ectopique en cas de stérilisation féminine.	Aucun pour la stérilisation masculine La ligature des trompes nécessitera une séparation mère/enfant, et pourra nécessiter le don de narcotiques à la mère (dans l'idéal, éviter la mise en œuvre pendant les 1-2 heures post-partum pour permettre le peau à peau, la première mise au sein, etc)
Contraception hormonale progestative (a) Injectables (médroxyprogestérone, tous les 3 mois) Orales (pilule - norethindrone...) DIU progestatif (voir ci-dessus) Anneau vaginal progestatif Implants (étonogestrel, 3 ans ; lévonorgestrel, 5 ans)	Méthodes à long terme très efficaces	Fréquents effets secondaires ; les saignements itératifs pourraient être moins fréquents chez les mères allaitantes Oubli potentiel pour les pilules quotidiennes Autres effets progestatifs : céphalée, acné, prise de poids, ballonnement, dépression La médroxyprogestérone peut induire un retour tardif de la fertilité La pose et l'enlèvement des	Peuvent théoriquement avoir un impact négatif sur la production lactée si on commence à les utiliser en post-partum précoce avant que la lactation soit bien établie. Les données actuelles sont insuffisantes pour en déterminer le risque. En cas de baisse de la production lactée avec la médroxyprogestérone, il est impossible d'arrêter la

		implants et du DIU nécessitent un professionnel	contraception Le DIU progestatif posé en post-partum immédiat pourrait être corrélé à une durée plus courte d'allaitement (une seule étude). Aucun effet négatif sur l'allaitement rapporté en cas de pose à $\geq 6$ semaines
Contraceptions hormonales combinées Orale (pilule quotidienne) Anneau vaginal mensuel contenant un œstrogène Patch transdermique hebdomadaire contenant un œstrogène	Peuvent être utilisés par la femme seule Cycle menstruel régulier (certaines options d'utilisation peuvent induire davantage d'épisodes de saignements) Ont un impact non contraceptif bénéfique : baisse des saignements, risque plus bas d'anémie, amélioration de l'acné, amélioration des dysménorrhées	Risque d'oubli de la prise (en particulier avec les pilules) Augmentation du risque de caillots sanguins Interactions médicamenteuses potentielles Nombreuses contre-indications médicales	Il est préférable de les éviter jusqu'au moment où la lactation est bien établie Impact négatif potentiel sur la production lactée. Ce risque semble plus important lorsque le dosage de l'œstrogène est plus élevé qu'avec les produits les plus souvent utilisés actuellement En cas d'utilisation chez une mère allaitante, commencer avec la dose disponible la plus basse, le plus tard possible, lorsque l'allaitement est bien établi
Contraception d'urgence Pilule combinée œstrogène/progestatif Pilule avec progestatif seul Mifépristone Ulipristal DIU au cuivre	Efficacité maximale si pris dans les 72 heures suivant le rapport Les pilules progestatives semblent plus efficaces que les pilules combinées et ont moins d'effets secondaires L'efficacité de la mifépristone est similaire ou supérieure à la pilule progestative	Combinée : effets secondaires hormonaux tels que nausées, vomissements, et nécessitent souvent la prise d'un anti-émétique. Actuellement aucune donnée sur l'utilisation de l'ulipristal pendant la lactation Données limitées sur la mifépristone pendant la lactation	Les pilules progestatives sont la méthode à préférer chez les mères allaitantes en raison des problèmes potentiels pour la production lactée liés aux œstrogènes cités plus haut

a. Les conclusions concernant les implications cliniques de l'administration de contraceptifs progestatifs en post-partum précoce sont contradictoires et insuffisantes.