



La contraception pendant l'allaitement



*Rédaction : Marie-Agnès DELESCLUSE, sage-femme, Service départemental PMI, Lille –
André MARCHALOT, pédiatre*

*Groupe de travail : Marie-Agnès DELESCLUSE, Lysiane FAURE, Blandine PINEAU,
Brigitte HOUBIERS, Anne TESSIER, Juanita Jauer STEICHEN, Josiane BASSEHILA,
Francis SWCHETTERLE, Henri BRUEL, André MARCHALOT
Relecture : Bernard BRANGER*

Version de novembre 2016

Objectif

L'objectif de ce protocole est d'aider les familles allaitantes à obtenir un espacement optimal entre les naissances, en sélectionnant une méthode de contraception qui soit 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). Des documents écrits en français [1-3] ou traduits en français [4, 5], ou disponibles en anglais [6, 7] sont parus récemment sur ce sujet.

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

- Le choix de la contraception doit être personnalisé.
- Le sujet de la contraception doit être discuté à l'occasion du suivi prénatal, de la préparation à la naissance, du suivi post-natal, ainsi que lors du suivi pédiatrique de base des bébés.
- La consultation du *post-partum* (6 à 8 semaines après l'accouchement) doit permettre de confirmer le choix contraceptif, son renouvellement éventuel, sa surveillance ou la pose d'un dispositif de longue durée (DIU, implant).
- Le choix de la contraception devrait prendre en compte l'expérience de la patiente en matière de contraception, le degré de satisfaction par rapport aux méthodes déjà employées par elle (efficacité, éventuelles grossesses non planifiées, contraintes, effets secondaires), le projet de couple en matière d'espacement des naissances. Globalement, on recommande un intervalle entre deux naissances d'au moins 18 mois à 2 ans et plus sur le plan de la santé maternelle, en fonction du contexte et de l'âge maternel, et d'environ 3 à 5 ans sur le plan de la santé infantile. A prendre en compte également le degré d'adhésion du conjoint à la méthode choisie.
- La méthode de contraception choisie doit être compatible avec le projet d'allaitement de la mère, et doit prendre en compte
 - les éventuelles difficultés rencontrées lors de l'allaitement de précédents enfants : 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,
 - les difficultés prévisibles pour l'allaitement actuel : 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, grossesse multiple, prématurité.
- Le choix de la contraception tiendra compte des critères médicaux susceptibles de contre-indiquer certaines méthodes : antécédents d'accidents thromboemboliques, diabète, tabagisme, antécédents de grossesses extra-utérines, infections sexuellement transmises,...

- Le professionnel de santé tiendra compte également des facteurs sociaux et culturels qui peuvent intervenir par rapport aux besoins en matière de contraception : séparation du couple, homosexualité, partenaires multiples, respect d'une période d'abstinence après l'accouchement...
- 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 : chute du taux d'hormones après la naissance est nécessaire à la mise en route de la production lactée,
 - un impact sur l'enfant : les effets potentiels de ces hormones synthétiques reçues par le biais du lait maternel, sur le développement du cerveau ou le fonctionnement hépatique des nouveaux nés à un âge où ils n'en reçoivent pas physiologiquement, ne sont pas encore bien étudiés et des effets négatifs pourraient exister [8].
- 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.

« Si une femme n'est pas à l'aise avec une méthode de contraception, elle ne pourra pas l'utiliser correctement. » (Academy of Breastfeeding Medicine) [6].

Le message

"Contraception en cas d'allaitement maternel"

1. **Les prescriptions d'une contraception pour les femmes allaitantes** doivent respecter les règles de prescription en tenant compte des contre-indications de la méthode envisagée, en particulier celles concernant les risques d'accidents thrombo-emboliques, de baisse de la production de lait maternel, et de passage éventuel de substances dans le lait maternel.
2. **Pour permettre le choix éclairé d'une méthode de contraception**, des informations, pendant la grossesse (consultations prénatales, préparation à la naissance), ainsi que dans les jours suivants l'accouchement, doivent être délivrées concernant le retour à la fertilité après une naissance et sur les différentes méthodes de contraception. Ces informations doivent passer en revue toutes les méthodes en expliquant leurs modes d'action et les effets indésirables, et en tenant compte du mode de vie de la patientes et de ses choix.
3. **Les méthodes recommandées en cas d'allaitement maternel** sont les suivantes :
 - a. **La méthode MAMA** sous trois conditions nécessaires : maintien d'une aménorrhée ET pratique d'un allaitement exclusif ET enfant de moins de 6 mois. On peut y ajouter l'intervalle entre les tétées de moins de 6 heures, un nombre de tétées par jour au-delà de 6, absence d'autre nourriture liquide ou solide... En cas de changement d'un de ces critères, une autre méthode devra être envisagée.
 - b. **Les méthodes "barrière"** : préservatifs masculins ou féminins ou autres méthodes capes, diaphragmes associés à un spermicide.
 - c. **Les DIU au cuivre ou les DIU hormonaux** prescrits après l'accouchement et pouvant être posés à la visite post-natale entre 4 et 6 semaines après l'accouchement. La pose dans les jours suivant l'accouchement d'un DIU au cuivre est possible, mais présente des risques (infections, mauvaise position, perforation..).
 - d. **Les progestatifs seuls** avec trois administrations possibles :
 - (1) par voie orale (micro-progestatifs) en connaissant bien les conditions de la prise ++ selon les spécialités,
 - (2) par implants en connaissant les effets indésirables et valable trois ans (moins si obésité),
 - (3) par injection intramusculaire valable trois mois avec risque d'effets secondaires.

Le début de ce type de contraception est recommandé à partir de 6 semaines après l'accouchement. Les implants et les injections peuvent avoir des effets négatifs sur l'allaitement (un essai par voie orale est une précaution). En cas de nécessité de contraception entre 3 semaines et 6 semaines, une autre contraception est nécessaire (locale par exemple).

4. Les méthodes non recommandées en cas d'allaitement maternel sont :

- a. Les hormones oestro-progestatives qui sont déconseillées avant 6 mois en post-partum pour les femmes qui allaitent en raison des répercussions possibles sur l'enfant : passage hormonal dans le lait maternel et baisse de la lactation. En cas d'indication impérative, les produits les moins dosés en œstrogènes doivent être choisis, et le début d'utilisation conseillée est à 6 semaines après l'accouchement en raison des risques thrombo-emboliques majorés dans cette période.
- b. Les méthodes naturelles basées sur l'observation des cycles (Billings...) en raison d'une efficacité faible et du manque de repères dans le post-partum (ovulations irrégulières..), ou de la nécessité d'attendre le retour de couches, ou la méthode du retrait.

5. La contraception d'urgence

Les modalités d'une contraception d'urgence sont à connaître de toute femme en post-partum. Elle doit être mise en œuvre à la suite d'un rapport sexuel non ou mal protégé, et ce le plus tôt possible après le rapport. Plusieurs possibilités :

- a. Levonorgestrel 150 mg : 1 comprimé à prendre à n'importe quel moment du cycle, le plus près possible d'un rapport à risque de grossesse jusqu'à 72 heures après. En cas d'allaitement maternel, prendre le comprimé après une tétée et attendre 6 heures pour la tétée suivante.
- b. Ulipristal acétate : 1 comprimé à prendre à n'importe quel moment du cycle, le plus près possible d'un rapport à risque de grossesse jusqu'à 5 jours après. En raison de l'ignorance du passage lacté de cette molécule, la prise n'est pas recommandée en 1^{ère} intention.
- c. DIU au cuivre : à poser dans les 5 jours qui suivent le rapport à risque de grossesse, au plus tard 5 jours après la date présumée de l'ovulation.

Physiologie de la femme allaitante en post-partum

- Les seins : sensibilité augmentée dans les premiers jours du post-partum, éjection du lait en rapport avec la sécrétion d'ocytocine (possible également lors des relations sexuelles), sollicitations très fréquentes par la succion du bébé. Les mamelons peuvent être parfois porteurs de lésions.
- Des pertes sanguines (lochies du post-partum) : l'allaitement et les sécrétions d'ocytocine qui lui sont liées entraînent des contractions utérines responsables de l'involution rapide de l'utérus, limitant de cette façon les pertes sanguines. Ces lochies doivent diminuer progressivement en 4 à 6 semaines, puis aménorrhée lactationnelle en fonction du caractère exclusif de l'allaitement et de l'espacement des tétées (Cf. MAMA).
- Périnée : tonicité moindre et éventuelle cicatrice (épisiotomie, déchirure)
- Muqueuses : parfois sécheresse vaginale, endomètre de faible épaisseur.
- Abdomen parfois douloureux, en particulier après une césarienne.
- Libido : la présence de prolactine est un facteur de baisse de la libido. La fatigue liée au maternage d'un nourrisson, le regard sur son propre corps (prise de poids, « déformations liées à la grossesse »), la préoccupation maternelle primaire, sont autant de facteurs qui peuvent diminuer la libido.

Ces éléments physiologiques sont autant de facteurs qui peuvent avoir des répercussions sur le vécu de la sexualité et le choix de la contraception.

Méthode de l'Allaitement Maternel et Aménorrhée (MAMA)

Bases théoriques

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. 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. 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.

Définition de la MAMA

L'allaitement maternel fréquent empêche temporairement la libération d'hormones naturelles qui causent l'ovulation.

La MAMA est présentée sous forme d'algorithme (Encadré 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 :

1. **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).
2. **Allaitez-vous exclusivement ou presque exclusivement ?** Cela implique que l'enfant ne reçoit pas d'autres aliments liquides ou solides en plus de l'allaitement et à la place d'une tétée (plus souvent que 1 à 2 fois par semaine).
3. **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).

Efficacité de la MAMA

Une analyse de la Cochrane Database 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 taux de grossesse à 6 mois allait de 0,45% à 2,45%. Dans 6 études non randomisées 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 que celle-ci ne portait pas spécifiquement sur des femmes utilisant la MAMA, les résultats confirmaient l'efficacité élevée de cette méthode physiologique, comme constaté dans les études sur la MAMA. En conséquence, les études sur le sujet ont globalement fait état d'un taux de grossesse à 6 mois d'environ 2%.

Autres points d'attention

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 veulent utiliser la MAMA, étaient plus nombreuses à être aménorrhéiques à 6 mois post-partum que les femmes du groupe témoin qui allaitaient exclusivement et ne comptent pas sur cette méthode contraceptive (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. Deux études au Rwanda et au Pakistan 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.
- 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. 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.
- La fréquence d'utilisation de la tétine, ou d'un bout de sein en silicone pourrait interférer en limitant la stimulation des mamelons.

Encadré 1

❶ Votre enfant a moins de 6 mois

→ Il est préférable d'allaiter son enfant pendant au moins 2 ans. Dès que l'enfant a 6 mois, il faut utiliser une autre méthode de planification familiale. En cas de poursuite de l'allaitement, les méthodes non hormonales sont préférables mais on peut aussi utiliser des contraceptifs progestatifs seuls : pilule progestative, stérilets à la progestérone, implants, contraceptifs injectables retard.

❷ Votre enfant ne s'alimente que de lait maternel

→ Pour une protection optimale contre la grossesse et pour la santé du bébé, il ne faut donner QUE du lait maternel (à l'exclusion, ou presque, de toute autre alimentation).

→ Après l'accouchement, il faut commencer à allaiter dès que possible, pour la santé de l'enfant et pour se protéger de la grossesse de manière optimale. La mère doit allaiter l'enfant jour et nuit, dès qu'il a faim. Si l'intervalle entre les tétées est de plus de 4 heures le jour et de plus de 6 heures la nuit, il faut envisager une autre méthode de planification familiale. La mère doit continuer à allaiter même si elle est malade ou si l'enfant est malade.

→ L'allaitement complet ou presque complet comprend l'allaitement exclusif, l'allaitement presque exclusif (don de vitamines, jus), et l'allaitement avec le don irrégulier de rares compléments, dans la mesure où cela ne modifie pas la fréquence des tétées

❸ Les règles n'ont pas réapparu

→ Il ne faut pas appliquer la méthode MAMA en cas de règles pendant 2 jours consécutifs ou plus (les saignements pendant les 8 semaines suivant l'accouchement ne comptent pas).

❶ + ❷ + ❸ → Alors les conditions de la MAMA sont réunies. Si une de ces propositions n'est plus vraie, alors, il faut démarrer une autre méthode de contraception immédiatement.

La transition avec une autre méthode

La MAMA peut être utilisée avant l'introduction d'une autre méthode de contraception, le temps de continuer à 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 (8 semaines), et que la mise en route d'une autre méthode de contraception peut être retardée jusqu'à au moins 6 semaines postpartum.

Lorsque la MAMA n'est plus indiquée, ou lorsqu'une femme allaitante souhaite utiliser une autre méthode de planification familiale, elle devrait avoir à disposition cette nouvelle méthode. Les diverses alternatives seront discutées plus loin en terme d'avantages et d'inconvénients, en se focalisant plus particulièrement sur l'allaitement.

Autres méthodes de contraception

Considération sur les méthodes contraceptives hormonales

En 2010, une étude Cochrane [9] 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 et les auteurs concluaient ainsi : « *Les essais disponibles à l'heure actuelle sont insuffisants pour déterminer un quelconque effet de la contraception hormonale sur la qualité et la quantité de lait maternel. Au moins un essai contrôlé randomisé bien mené, de taille adéquate, est nécessaire pour étudier les effets de l'utilisation de la contraception hormonale au cours de l'allaitement* ».

Une étude randomisée récente [10] qui a comparé 63 femmes utilisant une pilule progestative délivrant 35 µg/jour de Norethindrone et 64 femmes utilisant une pilule combinée délivrant 1 mg de Norethindrone et 35 µg d'éthinylestradiol/jour 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%). 23% 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.

Les professionnels de santé spécialistes en allaitement reçoivent régulièrement des mères qui constatent une baisse de leur production de lait survenant lors du démarrage d'une contraception hormonale.

Jusqu'à plus ample informé, il serait prudent de dire aux mères que les méthodes de contraception hormonale peuvent être susceptibles d'abaisser la production lactée, en particulier en postpartum précoce, et les inciter à une surveillance attentive de la croissance de leur enfant lorsqu'elles démarrent une contraception hormonale.

Les méthodes hormonales doivent être déconseillées dans certaines circonstances, 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,
6. Un tire allaitement.

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, dans la mesure où la baisse du taux de progestérone après la naissance est nécessaire pour la différenciation des cellules sécrétoires et le stade II de la lactogénèse.

Ce type de contraception inclut :

- ✓ les pilules progestatives pures : désogestrel (CERAZETTE®) ou levonorgestrel (MICROVAL®, NORLEVO®, lévonorgestrel Biogaran®...)
- ✓ le DIU libérant un progestatif (levonorgestrel) (MIRENA®) : voir partie concernant les DIU,
- ✓ les implants progestatifs (étonogestrel) (IMPLANON®, NEXPLANON®...) : méthode de longue durée d'action ils sont laissés en place et efficace pendant 3 ans. Intéressant chez des patientes (en particulier les adolescentes) ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
- ✓ les injections intramusculaires de médroxyprogestérone (DEPOPROVERA®) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.

Les études évaluant les implications cliniques d'une contraception progestative débutée en post-partum précoce (avant 6 semaines) sont contradictoires. Une méta-analyse publiée en 2010 [11] a passé en revue l'impact d'une contraception progestative débutée après la période du post-partum (6 semaines), et incluait 5 études randomisées contrôlées et 38 études observationnelles. 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.

La prescription de méthodes par progestatif seul est inutile dans les 6 premières semaines qui suivent l'accouchement en cas d'allaitement maternel exclusif ou quasi exclusif. Elle peut devenir nécessaire lorsque l'allaitement n'est plus exclusif, si le bébé espace ses tétées (plus de 4 heures le jour, et 6 heures la nuit) ou lorsqu'il est interrompu ou terminé (à partir de la 4^e semaine au minimum).

Les femmes doivent être informées sur :

- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules progestatives : prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel. La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence doit être connue ++,
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes,

- les possibles troubles menstruels : métrorragies, spotting ou aménorrhée qui sont fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel,
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments dont le millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, Rifampicine/Rifabutine, Bosentan, Griséofulvine, Modafinil, Orlistat,
- la possibilité de prise de poids, le risque d'effets psychologiques de type dépressif et la possible diminution de la libido,
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

Les contraceptions hormonales combinées oestro-progestatives

Les contraceptions combinées contenant des œstrogènes et de la progestérone incluent les contraceptifs oraux (la pilule), pris suivant un cycle mensuel ou en continu, les patchs transdermiques (hebdomadaires), ou les anneaux vaginaux (pose mensuelle).

Les contraceptions comprenant un œstrogène ne sont pas optimales pour les mères allaitantes au moins avant 6 mois, 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 [12] 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. Aucun autre effet négatif sur la santé infantile n'a été constaté.

Selon la Haute Autorité de Santé, chez la femme qui allaite, les oestro-progestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois suivant l'accouchement.

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. De plus, les contraceptifs contenant des œstrogènes **ne doivent pas être utilisés pendant les 6 premières semaines** post-partum en raison du risque élevé de thromboses veineuses profondes et d'embolie pulmonaire [13]. 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.

La contraception d'urgence (CU)

La contraception d'urgence hormonale se présente sous la forme d'un seul comprimé à prendre à n'importe quel moment du cycle, si possible dans les douze heures après le rapport à risque et au plus tard : dans les trois jours pour le Lévonorgestel (NORLEVO®) et Levonorgestrel Biogaran, ou au plus tard, dans les cinq jours pour ulipristal acétate (ELLAONE®). La contraception d'urgence est plus efficace lorsqu'elle est débutée dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé (pas de contraception, y compris conditions de la MAMA non respectées), même si elle reste toujours utile jusqu'à 120 heures. En France, les alternatives possibles sont représentées par la pose d'un DIU au cuivre, un progestatif (lévonorgestrel) en dose unique, ou un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone (ulipristal acétate) qui agissent en inhibant ou retardant l'ovulation. Un impact négatif sur la lactation suite à la pose d'un DIU au cuivre est très improbable et présente l'avantage de poursuivre la contraception.

En théorie, l'utilisation du progestatif a peu de conséquence sur la lactation et selon le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) [14], la quantité de lévonorgestrel ingérée via le lait est faible : l'enfant reçoit jusqu'à 4% de la dose maternelle (en mg/kg). Chez les enfants allaités, les concentrations sanguines de lévonorgestrel sont indétectables ou très faibles après des prises maternelles orales de 250 µg/j. Elles représentent environ 4% des concentrations plasmatiques maternelles et ne nécessitent aucune suspension temporaire de l'allaitement.

Concernant l'ulipristal acétate, il n'existe actuellement aucune donnée sur son utilisation chez la mère allaitante et sa demi-vie est longue (32h), son fabricant recommande de ne pas donner le lait maternel au bébé pendant une semaine après la prise, alors que le CRAT indique que la quantité d'ulipristal ingérée via le lait après une prise maternelle unique est très faible : l'enfant reçoit moins de 0,4% de la dose maternelle d'ulipristal. Aucun événement particulier n'est signalé chez des enfants allaités par des mères ayant pris une contraception d'urgence par ulipristal. Au vu de ces éléments, il n'est pas nécessaire de suspendre l'allaitement lors d'une contraception d'urgence par ulipristal.

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.

Les dispositifs intra-utérins (DIU)

Le dispositif intra-utérin (DIU) est l'un des contraceptifs les plus utilisés dans le monde. Il existe des DIU hormonaux ou non hormonaux, qui ont différents profils sur le plan de leurs effets secondaires. La pose d'un DIU au cuivre dans les 48 heures après un accouchement est possible mais n'est pas d'usage courant en France.

Les contre-indications des DIU hormonaux (lévonorgestrel) sont les mêmes que celles des DIU au cuivre : éventuelles infections génitales, troubles de la coagulation, fibrome, antécédent de grossesse extra-utérine, malformation de l'utérus et en plus maladie grave du

foie ;phlébite ou embolie pulmonaire en évolution ; comme pour les autres contraceptions progestatives, leur utilisation devrait se faire après que la lactation soit bien établie.

Selon l’OMS et l’HAS, la pose d’un DIU au cuivre ou au lévonorgestrel peut se faire à partir de 4 semaines après l’accouchement (selon AMM 6 semaines après), après avoir évalué et écarté un risque infectieux. Il faut rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* avant la pose notamment en cas d’IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples.

Les femmes doivent être informées sur :

1. l’efficacité contraceptive de ces méthodes,
2. leur longue durée d’action : 4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 3 à 5 ans pour le DIU au lévonorgestrel,
3. leurs risques potentiels : risque d’expulsion, risque exceptionnel de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose,
4. l’impact du DIU sur les cycles : règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au lévonorgestrel.

Le DIU au lévonorgestrel est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l’éventualité de ne plus avoir de règles.

Les méthodes barrières

On distingue les préservatifs masculins et féminins, le diaphragme et la cape cervicale, et les spermicides. Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.

Compte tenu du taux élevé d’échec, l’éventualité d’une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode. Ces méthodes n’ont aucun effet secondaire connu sur la lactation.

Les préservatifs (masculins, féminins)

Seule méthode de contraception efficace également contre les IST, y compris le sida ; à privilégier si une méthode barrière doit être choisie en *post-partum*. Les préservatifs en latex sont recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane : risque de rupture ou de glissement sauf si allergie au latex. N’utiliser que des lubrifiants aqueux.

Il faut informer sur le mode d’emploi des préservatifs (masculins, féminins), et sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d’urgence.

Diaphragme, cape cervicale, spermicides

Ils sont inutilisables avant 42 jours (6 semaines) après l'accouchement pour les capes et diaphragmes. L'efficacité contraceptive du diaphragme/de la cape est améliorée par l'association à un spermicide (recommandée). Ils ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida.

La détermination de la taille du diaphragme/de la cape, au préalable, est établie par le médecin ou la sage-femme, et l'apprentissage se fait en consultation. En cas d'utilisation d'un diaphragme avant la grossesse, la taille de celui-ci doit être réévaluée après un accouchement. Les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription et leur effet lubrifiant peut être intéressant pour les femmes présentant une sécheresse vaginale en lien avec les modifications hormonales liées à l'allaitement.

Les méthodes "naturelles" d'espacement des naissances

Il existe 4 méthodes de « prise de conscience de la fertilité », ou méthodes dites naturelles :

- ✓ la méthode Billings qui suit l'ovulation,
- ✓ la méthode de Creighton,
- ✓ la méthode sympto-thermique,
- ✓ 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.

L'efficacité de ces méthodes est moins bonne que celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières. Elles peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode.

Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode. Une formation spécifique de la femme et/ou du couple est nécessaire.

Les méthodes de stérilisation

Ces méthodes peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations. Plusieurs méthodes sont disponibles :

- ✓ insertion d'un dispositif intra tubaire par hystérocopie : réalisable à partir de la 6^{ème} semaine après l'accouchement ou la césarienne ;
- ✓ ligature des trompes et autres méthodes : électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips)

Elles peuvent être réalisées soit dans les 7 jours après l'accouchement, soit à partir de 42 jours (6e semaine) après l'accouchement ou la césarienne (délai d'involution utérine). Elles doivent être présentées comme irréversibles. Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation. 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 mères enfant (séparation précoce notamment, difficulté de mise en œuvre du peau à peau, première tétée retardée)

Toutefois, le contact précoce mère-enfant ne devrait pas empêcher les mères allaitantes d'avoir une ligature des trompes en post-partum. 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. 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.

Choix de la méthode de contraception au regard du projet d'allaitement [1, 2, 6]

Les femmes qui forment le projet d'un allaitement de longue durée (au-delà de quelques semaines), devraient être soutenue pour avoir un démarrage optimal de leur lactation afin que celle-ci puisse durer aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

Pour que la lactation soit optimale, il est recommandé de donner des tétées fréquentes (8 à 12 en moyenne par 24h) et d'éviter de donner des compléments, des biberons ou des tétines qui pourraient perturber la succion du bébé. La plupart du temps, elles remplissent donc les conditions de la MAMA au moins pendant les premières semaines. Il est donc nécessaire de les informer par rapport à la MAMA et de les avertir des changements qui doivent leur faire envisager une autre méthode de contraception (dons de compléments, espacement des tétées parce que le bébé dort toute la nuit par exemple) et de faire en sorte qu'elles puissent mettre en œuvre cette nouvelle méthode rapidement (par exemple prescription d'une pilule progestative, recommandation de se procurer des préservatifs ou des spermicides, liste des lieux où elles peuvent se faire poser un stérilet ou un implant).

Les femmes qui ont un projet d'allaitement court ou mixte, vont rapidement ne plus se trouver dans les conditions de la MAMA, il est alors nécessaire de prévoir la mise en route d'une autre méthode de contraception dès le 2^{ème} mois qui suit la naissance. On évitera toutefois de prescrire des oestroprogestatifs tant que la femme continue à allaiter et que l'enfant a moins de 6 mois).

Critères médicaux d'éligibilité de l'OMS [15-17]

Les Critères médicaux d'éligibilité sur l'efficacité des méthodes contraceptives 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 Tableau 1),

Tableau 1 : Niveau de sécurité (OMS) selon les critères OMS

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

Tableau 2. Critères médicaux d'éligibilité (CME) de l'OMS selon la méthode

Méthode de contraception	Délai depuis la naissance	CME
Contraception orale combinée oestro-progestative	0-6 semaines	4
	6 semaines – 6 mois	3
	> 6 mois	2
Contraception progestative (orale et implants)	0-6 semaines	3
	6 semaines – 6 mois	1
	> 6 mois	1
DIU progestatif	< 48 heures	3
	48 h – 4 semaines	3
	> 4 semaines	1
DIU au cuivre	< 48 heures	1
	48 h – 4 semaines	3
	> 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).

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. 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.

Tableau 3. Utilisation des méthodes de contraception pendant l'allaitement : avantages, inconvénients, et impact sur la lactation

METHODES	AVANTAGES	INCONVENIENTS	IMPACT sur ALLAITEMENT
Méthode de l'Allaitement maternel et aménorrhée (MAMA) (jusqu'aux 6 mois de l'enfant)	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun effet secondaire • Efficacité similaire à celle d'autres méthodes contrôlées par l'utilisatrice (pilule, méthodes barrière). • Non couteux 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite une bonne compréhension de la méthode par la patiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Compatible avec une conduite optimale de l'allaitement
Dispositif intra-utérin DIU au cuivre (T380A, 10 ans...)	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Coût pris en charge par la Sécurité Sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • La pose et le retrait doivent être faits par un professionnel. • Peut provoquer des règles très abondantes. • Le DIU au cuivre est contre-indiqué en cas de maladie de Wilson et d'allergie au cuivre. • Très faible risque d'infection, de perforation, d'expulsion 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun impact connu pour le DIU au cuivre. • En cas de perforation lors de la pose, nécessité d'une intervention pouvant entraîner une brève suspension de l'allaitement.

METHODES	AVANTAGES	INCONVENIENTS	IMPACT sur ALLAITEMENT
<p>DIU hormonal (lévonorgestrel, 3 ans ou 5 ans...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • La pose et le retrait doivent être faits par un professionnel. • Peut provoquer oligoménorrhée ou aménorrhée parfois mal vécue. • Très faible risque d'infection, de perforation, d'expulsion 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ≥ 6 semaines postpartum • En cas de perforation lors de la pose, nécessité d'une intervention pouvant entraîner une brève suspension de l'allaitement.

METHODES	AVANTAGES	INCONVENIENTS	IMPACT sur ALLAITEMENT
<p>Contraception hormonale progestative</p> <p><i>Orales (désogestel, lévonorgestrel...)</i></p> <p><i>Implants (étonogestrel, 3ans)</i></p> <p><i>Injectables (médroxyprogestérone, tous les 3 mois)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodes de longue durée à l'efficacité élevée. • Coût pris en charge par la Sécurité Sociale pour la plupart. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent provoquer oligoménorrhée ou aménorrhée parfois mal vécue • Oubli potentiel pour les pilules quotidiennes. • La pose et le retrait des implants nécessitent un professionnel • Fréquents effets secondaires ; les saignements itératifs pourraient être moins fréquents chez les mères allaitantes. • Peut induire un retour tardif de la fertilité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peuvent théoriquement avoir un impact négatif sur la production lactée si on commence à les utiliser en post-partum (6 semaines) 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 cette méthode de contraception

METHODES	AVANTAGES	INCONVENIENTS	IMPACT sur ALLAITEMENT
<p>Contraceptions hormonales Combinées oestro-progestatives : Orale (pilule quotidienne)</p> <p><i>Anneau vaginal mensuel contenant un œstrogène</i></p> <p><i>Patch transdermique hebdomadaire contenant un œstrogène</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodes de longue durée à l'efficacité élevée. • Coût pris en charge par la Sécurité Sociale pour certaines pilules • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'oubli de la prise, en particulier avec les pilules • Augmentation du risque de thromboses • Interactions médicamenteuses • Contre-indications médicales. • Le cout des patchs transdermiques et de l'anneau vaginal n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est préférable de les éviter jusqu'au moment où la lactation est bien établie (après 6 mois pour l'OMS) • Impact négatif potentiel sur la production lactée. • sCe 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
<p>Contraception d'urgence : Pilule avec progestatif seul (lévonorgestrel) ou ulipristal acétate</p> <p>DIU au cuivre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité maximale si pris dans les 72 heures suivant le rapport • Etablit une contraception à long terme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actuellement aucune donnée sur l'utilisation de l'Uliprista pendant la lactation 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'impact connu. • Impact non connu, recommandation par le fabricant de suspendre le don de lait maternel pendant une semaine après la prise

METHODES	AVANTAGES	INCONVENIENTS	IMPACT sur ALLAITEMENT
<p>Méthodes "naturelles" d'espacement des naissances Méthode Billings Modèle de Creighton Marquette Symptothermique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun effet secondaire • Faible coût pour la plupart d'entre elles. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
<p>Méthodes barrière Diaphragme/cape Spermicides</p> <p>Préservatifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'effets secondaires • Très efficaces s'ils sont utilisés correctement et systématiquement • Bonnes méthodes de complément • Effet lubrifiant pour certains d'entre eux <ul style="list-style-type: none"> • Protègent aussi des maladies sexuellement transmissibles 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Coût non pris en charge par la sécurité sociale. <ul style="list-style-type: none"> • Préservatifs délivrés gratuitement en CPEF 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun • L'utilisation d'un lubrifiant adapté pourrait être bénéfique si utilisation de préservatifs en cas d'atrophie vaginale

METHODES	AVANTAGES	INCONVENIENTS	IMPACT sur ALLAITEMENT
<p>Stérilisation chirurgicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masculine : vasectomie • Féminine : ligature des trompes 	<ul style="list-style-type: none"> • Très efficace • Les deux peuvent être effectués en ambulatoire • Coût pris en charge par la sécurité sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effet définitif • Se pratique uniquement en établissement de santé. • Délai d'efficacité de 3 mois pour la vasectomie ou pour la ligature par obturation des trompes, nécessitant l'emploi d'une autre méthode pendant ce délai 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun pour la stérilisation masculine • La ligature des trompes nécessitera une séparation mère/enfant plus ou moins longue, 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...

Références

1. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Post-partum 2015: http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/informations/PDF/CNGOF/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf.
2. HAS. Contraception chez la femme en post-partum. 2015: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf.
3. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015; 44: 1127-1134.
4. LLL. Protocole n°13 : La contraception pendant l'allaitement <http://www.lllfrance.org/protocoles-de-l-academy-of-breastfeeding-medecine/648-protocole-de-l-academy-of-breastfeeding-medecine-contraception-pendant-l-allaitement/file>.
5. OMS. Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires des services du monde entier. 2011: 388 pages - http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97943/1/9780978856304_fre.pdf.
6. Academy of Breastfeeding Medicine, Berens P, Labbock M. ABM Clinical Protocol #13: Contraception During Breastfeeding, Revised 2015. BREASTFEEDING MEDICINE; 10: 10 pages - <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Contraception%20During%20Breastfeeding.pdf>.
7. Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, et al. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2015; 202: 1-8.
8. WHO. Progestogen-only contraceptive use during lactation and its effects on the neonate. 2009: 2 pages - http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_RHR_09_13/en/.
9. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. Cochrane Database Syst Rev 2003; (2): Cd003988.
10. Espey E, Ogburn T, Leeman L, et al. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2012; 119(1): 5-13.
11. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception 2010; 82(1): 17-37.
12. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception 2010; 82(1): 10-6.
13. Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. Review. BMJ 2013; 12 (347).
14. Centre de référence des agents tératogènes (CRAT). 2016: <http://lecrat.fr/>.
15. OMS. Critères de recevabilité pour les contraceptifs. 2004: <https://www.k4health.org/sites/default/files/MedicalEligibilityCriteriaFrench.pdf>.
16. OMS. Fiche de Consultation rapide pour les Critères de recevabilité médicale de l'OMS. 2015: <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/chart-medical-eligibility-contraceptives-french.pdf>.
17. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2015: 276 pages - http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf.

=====