

Bulletin médical de l'IPPF

Sommaire

- Déclaration de l'IMAP sur la contraception après l'accouchement et l'allaitement 1
- Les préservatifs et le diaphragme : action contraceptive et protection contre les IST (actualisation) 5
- Sara Newman, Nancy Padian

Déclaration de l'IMAP sur la contraception après l'accouchement et l'allaitement

Introduction

La contraception après l'accouchement revêt une importance cruciale en termes de santé publique. Or, dans 27 des pays les moins avancés, deux tiers des femmes ont des besoins non satisfaits en matière de contraception dans l'année qui suit leur dernier accouchement et près de 40 % prévoient d'utiliser une méthode mais n'y ont pas accès. On estime que, si les grossesses non planifiées et non désirées étaient évitées, une diminution de 25 à 40 % du nombre de décès maternels serait possible et que, si les intervalles de moins de deux ans entre deux naissances étaient éliminés, la mortalité juvénile pourrait diminuer de 10 % (soit un million de décès d'enfants âgés de moins de cinq ans chaque année).

L'allaitement au sein des nourrissons constitue une partie importante du processus de procréation et doit être envisagé du point de vue de l'enfant, de la femme et de sa famille. La famille, le système de santé et la société devraient se partager la responsabilité de l'appui et des ressources dont les femmes ont besoin pour allaiter tout en remplissant d'autres rôles dans la société. Un allaitement réussi repose sur une composante nutritive – il faut constituer des réserves de nutriments en prévision – et sur une composante psychologique – la femme doit avoir le désir ou la volonté d'allaiter et son environnement doit y être propice : il le sera d'autant plus si le partenaire, la famille et la collectivité lui apportent leur coopération. L'accumulation de réserves de protéines et de lipides pendant la grossesse revêt une importance spécifique, car elles sont indispensables pour une production optimale de lait. Il faut satisfaire aux besoins nutritionnels supplémentaires de la mère en termes de calories, de protéines et de calcium afin de protéger sa santé. Lorsqu'on détermine à quel moment la contraception doit débiter après l'accouchement et quelle méthode utiliser, l'allaitement est un critère essentiel à prendre en compte.

Contraception après l'accouchement

L'étape de la contraception post-partum est précieuse, car c'est l'occasion de fournir des informations et des services à un grand nombre de femmes. Au cours des visites prénatales, post-partum et de soins aux nouveau-nés, les femmes sont particulièrement réceptives lorsqu'on leur présente des options en matière de contraception. C'est pourquoi les programmes de planification familiale doivent collaborer avec les services de maternité pour proposer des services d'éducation et de conseil aux femmes qui en ont besoin après un accouchement, les orienter le cas échéant vers des services spécialisés, produire des ressources éducatives et assurer la formation du personnel de santé. Il est également important d'inclure la contraception post-partum dans la formation des accoucheuses traditionnelles. Le moment choisi pour débiter la contraception post-partum dépend des critères suivants : allaitement ou non, situation personnelle, type de méthode contraceptive envisagée et prestations des programmes (par exemple, visites de suivi et leur fréquence).

Femmes qui n'allaitent pas

En moyenne, les femmes qui décident de ne pas allaiter ovulent six semaines après l'accouchement, mais il arrive que l'ovulation se produise trois semaines après, et donc potentiellement avant le retour des règles. Les femmes qui souhaitent obtenir une protection maximale contre une autre grossesse doivent commencer à utiliser une méthode contraceptive

au plus tard trois semaines après l'accouchement. Des précautions spécifiques s'avèrent nécessaires avec certaines méthodes ; ainsi, bien que le risque de thrombo-embolie associé aux contraceptifs hormonaux combinés soit très faible, l'OMS recommande d'attendre trois semaines après l'accouchement pour les utiliser, au moment où les risques de thrombophilie liés à la grossesse ont diminué.

Femmes qui allaitent

Dans le cas d'une mère qui allaite, la méthode choisie doit assurer une contraception efficace, mais ne doit pas avoir d'effets néfastes sur la lactation ni sur la santé du nourrisson. Les mères qui allaitent exclusivement ovulent en moyenne entre 6 et 7 mois après l'accouchement.

S'ils sont acceptables et recommandées par le prestataire, les contraceptifs non hormonaux, comme les dispositifs intra-utérins au cuivre (DIU), les méthodes barrières et la stérilisation sont les plus adaptés. Compte tenu de son caractère permanent, le choix de la stérilisation doit se faire en toute connaissance de cause et après mûre réflexion. C'est parmi les femmes qui ont choisi la stérilisation au moment de l'accouchement (stérilisation post-partum immédiate) que l'on dénombre le taux de regrets le plus élevé. Les autres options possibles sont les méthodes hormonales qui ne contiennent que des progestatifs, disponibles sous diverses formes : pilules, anneaux, implants, injectables et DIU. Le DIU au lévonorgestrel peut être inséré immédiatement après l'accouchement, car la faible quantité d'hormones qui circulent ne nuisent pas à la lactation. Idéalement, l'utilisation des autres méthodes aux progestatifs, telles que les pilules, les implants ou les injectables aux progestatifs seuls, doit débiter entre 6 et 10 semaines après l'accouchement chez les femmes qui allaitent exclusivement, mais elle peut débiter deux jours après l'accouchement, sans incidence sur la lactation ni sur le développement du nourrisson. Les données les plus récentes montrent que certaines femmes, lorsqu'elles quittent l'hôpital dans les deux jours suivant l'accouchement, n'ont ensuite plus l'occasion d'utiliser une méthode contraceptive efficace.

Dans des circonstances normales, les pilules hormonales combinées et les injectables combinés ne doivent pas être utilisés moins de six mois après l'accouchement par les femmes qui prévoient un allaitement exclusif. La méthode conventionnelle de l'abstinence périodique n'est pas appropriée pendant le post-partum chez les femmes qui allaitent mais qui n'ont pas de règles et n'ovulent pas.

Méthode de l'aménorrhée de la lactation et passage à une méthode contraceptive moderne

La méthode de l'aménorrhée de la lactation (MAL) repose sur l'effet naturel de l'allaitement sur la fécondité. Pour être fiable, elle exige que trois conditions soient réunies :

1. les règles n'ont pas fait leur réapparition
2. la femme pratique l'allaitement complet ou presque complet et nourrit fréquemment le bébé, à sa demande, jour et nuit
3. le bébé est âgé de moins de six mois.

Le passage de la MAL à une méthode moderne doit être examiné avec la femme au début du post-partum. Dans le cas d'une utilisation typique, la MAL assure un taux de protection de 98 % (deux grossesses pour 100 femmes qui utilisent la méthode au cours des six mois suivant l'accouchement) et, dans le cas d'une utilisation parfaite, de 99,5 %. [Voir <http://www.linkagesproject.org/LAMCD/FAQ.htm> et *Family Planning: A Global Handbook for Providers*, publié dans le cadre du projet INFO du Center for Communication Programs (CCP) de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health et du Département Santé et recherche génésiques (RHR) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Baltimore et Genève, 2007.]

Garantie du choix

Pendant le post-partum, les femmes ont besoin de méthodes contraceptives aux fins de l'espacement et de la limitation des grossesses.

Parmi les méthodes à substituer à la MAL, on peut envisager la contraception d'urgence, les DIU, la ligature des trompes, la vasectomie, les méthodes aux progestatifs seuls et, après le sixième mois du post-partum, les contraceptifs oraux combinés.

Dispositifs intra-utérins

Les DIU au cuivre, hautement efficaces, n'ont pas d'effet négatif sur la lactation ni sur la croissance du nourrisson. Ils sont donc particulièrement adaptés en période d'allaitement. En outre, il est plus facile de les insérer chez les femmes qui allaitent, et ces dernières connaissent moins de problèmes de saignements et éprouvent moins de douleurs pendant l'utilisation que celles qui n'allaitent pas.

Les DIU non hormonaux et des méthodes aux progestatifs seuls n'ont pas d'effet – sinon un effet positif minime – sur la durée de la lactation. On hésite à tort à recommander le DIU au lévonorgestrel en raison de la crainte non fondée qu'il nuise à l'allaitement. Il présente pourtant l'avantage de pouvoir être inséré dans les 48 heures suivant l'accouchement, ou au terme des quatre premières semaines du postpartum chez les femmes qui allaitent, sans effets négatifs sur la qualité ou la quantité du lait maternel.

L'insertion peut être pratiquée immédiatement après l'expulsion du placenta, que l'accouchement ait été vaginal ou par césarienne, et dans les 48 heures qui suivent un accouchement vaginal. Prestataires et clientes doivent savoir que les taux d'expulsion sont plus élevés lorsque l'insertion est effectuée à ce moment-là, en particulier si le DIU n'est pas placé bien au fond de l'utérus. En cas d'insertion 10 minutes après l'expulsion du placenta, les taux de rejet sont similaires à ceux qui sont enregistrés en cas d'insertion pendant l'intervalle entre deux grossesses. Le suivi des clientes est important : il faut s'assurer que le DIU demeure bien en place. Il ne faut pas insérer de DIU entre 48 heures et quatre semaines après l'accouchement, car il se peut que l'involution utérine ne soit pas terminée, ce qui a pour effet de provoquer un ramollissement des parois utérines, d'où un risque accru de perforation pendant l'insertion. Il y a aussi un risque augmenté d'expulsion. Au moment de l'insertion, les prestataires doivent toujours déterminer la position de l'utérus. Une formation spéciale doit être suivie par ceux qui pratiquent l'insertion d'un DIU pendant le post-partum.

Méthodes barrières (préservatifs masculin et féminin)

Utilisées comme il convient, les méthodes barrières sont fiables, et l'on estime que leur taux d'échec est inférieur pendant l'allaitement, du fait que la fécondité est réduite en raison de l'inhibition de l'ovulation et de l'involution utérine. Mais diaphragmes et capes cervicales ne doivent pas être utilisés au cours des six semaines qui suivent l'accouchement.

Stérilisation féminine (ligature des trompes)

La stérilisation post-partum n'a pas d'incidence négative sur l'allaitement, à condition que la procédure ne retarde pas le début de l'allaitement et ne soit pas la cause d'intervalles prolongés entre les tétées. Pour certaines des femmes qui accouchent à l'hôpital, la stérilisation au cours de la période qui suit immédiatement l'accouchement peut s'avérer pratique et économique, car celles qui ont des responsabilités professionnelles et familiales éprouvent parfois des difficultés à revenir à l'hôpital pour y subir une intervention chirurgicale. La stérilisation post-partum est plus simple et les risques d'échec qui y sont associés sont moindres que dans le cas de la stérilisation pratiquée dans l'intervalle entre deux grossesses ; mais la femme doit toujours prendre sa décision avant le début du travail et seulement après avoir reçu des conseils détaillés.

Stérilisation masculine (vasectomie)

La stérilisation masculine est une méthode sûre et efficace de contraception post-partum. Si un couple a opté pour la vasectomie, l'homme doit subir l'opération dès que possible après l'accouchement. La vasectomie n'est pas immédiatement effective : il faut parfois plusieurs mois. Dans l'intervalle, la femme doit utiliser une autre méthode contraceptive. Si elle n'allaite pas exclusivement, le couple doit utiliser des préservatifs ou une autre méthode jusqu'à ce qu'un diagnostic en laboratoire, s'il est possible d'en obtenir un, confirme que le sperme ne contient plus aucun spermatozoïde (ce qui est habituellement le cas trois mois après l'intervention).

Contraceptifs aux progestatifs seuls

Les contraceptifs qui ne contiennent que des progestatifs – pilules, injectables, implants – n'ont aucune incidence sur la quantité ou la qualité du lait maternel ni sur la durée de la lactation. Ce sont des méthodes contraceptives excellentes pour les femmes qui allaitent et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas utiliser de méthode non hormonale, car elles n'ont pas d'effet sur la coagulation ni sur l'allaitement.

Pour que la lactation s'amorce à la suite de l'accouchement, il faut que le taux de progestérone diminue une fois le placenta expulsé. C'est là une cause théorique de préoccupation quant à l'effet des progestatifs sur le début de l'allaitement. Les mères qui pratiquent l'allaitement complet ou presque complet peuvent utiliser la MAL ou, du fait qu'elles n'ouvrent pas pendant quelque trois mois après l'accouchement, attendre six semaines (ou la période qui précède immédiatement le sevrage), comme le recommande l'OMS, pour commencer à utiliser une méthode aux progestatifs seuls.

Cependant, aux patientes qui éprouveront des difficultés à retourner à l'hôpital après l'accouchement pour y recevoir conseils et services en matière de contraception ou qui ne peuvent répondre aux exigences de l'allaitement maternel exclusif ou complet, on considère qu'il est sûr d'administrer une méthode aux progestatifs seuls avant leur départ de l'hôpital, car ce type de contraceptif n'a pas d'effet négatif sur la production de lait. Nous recommandons d'attendre au moins 48 heures après l'accouchement avant de commencer à utiliser la méthode, afin de réduire au minimum de l'effet théorique de progestatifs exogènes sur la mise en route de l'allaitement.

Les méthodes qui libèrent des doses plus faibles de progestatifs (par exemple les pilules aux progestatifs seuls) ont probablement l'effet le moins notable sur la lactation et peuvent être débutées plus tôt que celles qui libèrent des doses plus élevées (comme l'acétate de médroxyprogestérone dépôt).

Contraceptifs oraux combinés (COC)

Les contraceptifs oraux combinés, qui contiennent de l'œstrogène et un progestatif, se présentent sous forme de contraceptifs oraux, d'injectables en doses mensuelles, de timbres et d'anneaux vaginaux. Il a été démontré qu'ils étaient préjudiciables à la quantité et à la qualité du lait maternel et réduisaient la durée de la lactation, en particulier lorsque la femme commence à les utiliser dans les premiers mois suivant l'accouchement. Toutefois, d'autres études montrent qu'ils n'ont pas d'effet sur la croissance du nourrisson. On ne dispose pas de données similaires sur les injectables combinés, mais on présume qu'ils ont le même effet.

Les contraceptifs oraux combinés peuvent être débutés six mois après l'accouchement ou lorsque le nourrisson est sevré, selon ce qui intervient le plus tôt. Lorsqu'ils constituent la seule forme de contraception disponible ou acceptable, les mères qui allaitent doivent commencer par utiliser des COC faiblement dosés ou des injectables en doses mensuelles à partir de trois mois après l'accouchement ; mais pour celles qui utilisent la MAL, aucune méthode de substitution n'est nécessaire tant que les conditions de la MAL sont respectées. Quant à celles qui n'allaitent pas, elles doivent commencer à utiliser les méthodes combinées trois semaines après l'accouchement.

Contraception d'urgence

Toutes les femmes peuvent utiliser la contraception d'urgence aux progestatifs seuls, sans restrictions. Toutefois, il est recommandé à celles qui allaitent de prendre ce type de pilule après les tétées. Si la contraception d'urgence est indiquée et si la femme a accouché depuis plus de quatre semaines, on peut aussi envisager la pose d'un DIU au cuivre, en particulier si la femme souhaite utiliser cette méthode contraceptive de façon continue. Les rapports sexuels non protégés ou la rupture d'un préservatif au cours des 21 premiers jours du post-partum ne constituent pas des indications pour la contraception d'urgence (indépendamment de la méthode utilisée pour nourrir le bébé), car les chances de conception pendant cette période sont négligeables. Une fois que l'utilisation d'un contraceptif hormonal a débuté, il faut gérer de la même manière les femmes qui allaitent, chez lesquelles il existe un risque d'échec des méthodes contraceptives, et celles qui n'allaitent pas. On ne dispose pas de données attestant qu'une petite quantité d'hormones libérées dans le lait maternel en raison de l'utilisation de la contraception d'urgence est nuisible pour le nourrisson.

Abstinence périodique

Les signes et symptômes associés à l'ovulation sont problématiques pendant l'allaitement. La date du retour des règles ne peut être établie à l'avance et les premiers cycles du post-partum sont irréguliers, aussi les femmes qui allaitent doivent-elles utiliser des méthodes de substitution pour bénéficier d'une protection adéquate après trois mois. Les méthodes fondées sur l'abstinence ne sont pas utiles lorsque la femme pratique la MAL.

Choix en matière de contraception après l'accouchement

Il faut garder en mémoire que les femmes qui n'allaitent pas sont susceptibles d'ovuler dès la fin de la troisième semaine du post-partum ; chez les femmes qui allaitent exclusivement, l'ovulation peut intervenir après 10 semaines. Le tableau aide à informer à les femmes qui viennent

d'accoucher à choisir une méthode, et au choix du meilleur moment pour commencer à l'utiliser.

Lien entre allaitement et fécondité

L'allaitement retarde le retour de l'ovulation, et l'aménorrhée est un marqueur de cette suppression de l'ovulation. Par conséquent, à la fin des premières règles du post-partum, la femme est exposée à un risque accru de grossesse. Chez les femmes qui allaitent, l'aménorrhée peut durer plusieurs mois, voire des années. Chez les autres, les règles peuvent réapparaître entre 35 et 40 jours après l'accouchement.

Le retour de l'activité ovarienne et de la fécondité dépend du temps écoulé depuis l'accouchement, des modes d'allaitement et de facteurs nutritionnels, géographiques, sociaux et culturels. Bien que des variations importantes soient enregistrées d'une population et d'un individu à l'autre, il faut se souvenir que plus longtemps la femme allaite, plus la probabilité est grande que l'ovulation et les saignements menstruels reprennent pendant la lactation.

L'inhibition de l'activité ovarienne est largement fonction de la fréquence et de la répartition des épisodes d'allaitement – le jour, la nuit – et de la durée des tétées. L'aménorrhée dure plus longtemps chez

les femmes qui allaitent plus fréquemment la nuit, sans pour autant s'arrêter le jour, et pendant une période plus longue.

L'apport d'un complément lacté ou alimentaire au nourrisson réduit considérablement l'influence de l'allaitement sur l'inhibition de la fonction ovarienne et de la fécondité et il est associé à un risque de grossesse plus élevé. L'aménorrhée dure plus longtemps lorsque des compléments alimentaires sont fournis plus tard et que le nourrisson y est habitué petit à petit. Le moment auquel on fournit un complément alimentaire aux bébés, ainsi que le type et la quantité des compléments fournis, varient énormément d'une communauté à une autre. Cela explique en partie les différences de durée de l'aménorrhée de la lactation enregistrées parmi différentes populations.

Les effets de la nutrition sur la diminution de la fécondité pendant la lactation sont controversés. Il arrive qu'on observe des périodes d'aménorrhée de lactation plus longues chez les femmes mal nourries, ce qui peut être causé par la malnutrition elle-même ou par le fait que les nourrissons têtent de façon plus intensive en raison de l'insuffisance de production de lait.

D'une population à l'autre, parmi des femmes qui allaitent de façon similaire, la proportion de celles qui ovulent et deviennent enceintes varie. Cela suggère que d'autres facteurs interviennent dans l'inhibition

Tableau : Options contraceptives après l'accouchement

Méthode de planification familiale	Moment de la mise en route (voir note en bas de tableau)	
	¹ Allaitement exclusif, complet ou presque complet	² Allaitement partiel
Contraceptifs oraux combinés	Après sevrage ou 6 mois après l'accouchement; méthode faiblement dosée à 3 mois si aucune méthode de substitution n'est disponible	6 semaines après l'accouchement
Pilules aux progestatifs seuls	6 semaines après l'accouchement	6 semaines après l'accouchement
Injectables aux progestatifs seuls	Idéalement, 6 semaines après l'accouchement; cependant, si la patiente n'est pas en mesure ou incapable de revenir pour commencer l'utilisation d'une méthode contraceptive, on peut débiter à n'importe quel moment dès que 48 heures se sont écoulées après l'accouchement	Idéalement, 6 semaines après l'accouchement; cependant, si la patiente n'est pas en mesure ou incapable de revenir pour commencer l'utilisation d'une méthode contraceptive, on peut débiter à n'importe quel moment dès que 48 heures se sont écoulées après l'accouchement
Injectables à doses mensuelles, patch combiné, anneau vaginal	Après sevrage ou 6 mois après l'accouchement; méthode faiblement dosée à 3 mois si aucune méthode de substitution n'est disponible	Après sevrage ou 6 mois après l'accouchement.
Implants	6 semaines après l'accouchement	6 semaines après l'accouchement
DIU au lévonorgestrel	Dans les 48 heures suivant l'accouchement, ou 4 semaines après	Dans les 48 heures suivant l'accouchement, ou 4 semaines après
DIU au cuivre	Dans les 48 heures suivant l'accouchement, ou 4 semaines après	Dans les 48 heures suivant l'accouchement, ou 4 semaines après
Stérilisation féminine	Dans les 7 jours; sinon, après 6 semaines	Dans les 7 jours; sinon, après 6 semaines
Préservatif (masculin ou féminin)	Immédiatement	Immédiatement
Spermicides	Immédiatement	Immédiatement
Diaphragme/cape cervicale	6 semaines après l'accouchement	Dès que l'involution utérine est complète
Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	Au retour des sécrétions normales (pour les méthodes fondées sur l'observation des symptômes) ou si la femme a eu 3 cycles menstruels normaux (pour les méthodes fondées sur le calendrier); cela intervient plus tard chez les femmes qui allaitent	Au retour de sécrétions normales (pour les méthodes fondées sur l'observation des symptômes) ou si la femme a eu 3 cycles menstruels normaux (pour les méthodes fondées sur le calendrier); cela intervient plus tard chez les femmes qui allaitent
Méthode de l'aménorrhée en période de lactation	Immédiatement	Ne s'applique pas

1. Allaitement exclusif : le fait de ne donner au nourrisson que du lait maternel, sans aucun type de supplément (pas même de l'eau), à l'exception de vitamines, de minéraux ou de médicaments.

Allaitement complet : le fait de ne donner au nourrisson que du lait maternel, mais aussi (peu souvent) de l'eau, des jus, des vitamines ou d'autres nutriments.

Allaitement presque complet : le fait de donner au nourrisson certains liquides ou aliments en plus du lait maternel, étant entendu que plus des trois quarts des tétées sont constituées de lait maternel.

2. Allaitement partiel : tout allaitement en quantité inférieure à l'allaitement presque complet, du fait de donner au nourrisson davantage de suppléments à base d'autres liquides ou aliments; moins des trois quarts des tétées sont constituées de lait maternel.

3. Si un homme subit une vasectomie au cours des 6 premiers mois de grossesse de sa partenaire, elle doit être effective au moment de l'accouchement. Si la vasectomie est pratiquée au cours des 3 derniers mois de la grossesse, une autre méthode devra être utilisée jusqu'à ce que la vasectomie soit effective (3 mois après l'intervention).

Note. Les femmes qui n'allaitent pas peuvent commencer à utiliser une méthode de PF immédiatement après l'accouchement, exception faite des contraceptifs oraux combinés, des contraceptifs injectables combinés, des contraceptifs aux progestatifs seuls, des patchs et des anneaux (après 21 jours); des DIU (dans les 48 heures, ou après 4 semaines). Pour utiliser un diaphragme ou une cape, il faut attendre l'involution utérine. Pour utiliser les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité, il faut attendre que les cycles redeviennent normaux.

de la fécondité par l'allaitement. Il serait utile de procéder à davantage de recherches sur cette question.

Allaitement et femmes séropositives

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut se produire au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse, pendant l'accouchement ou à tout moment pendant la période d'allaitement. Le risque associé à l'allaitement est cumulatif : plus longtemps une mère infectée allaite, plus le risque supplémentaire de transmission est élevé. En l'absence d'intervention, on estime que les taux de risque de transmission verticale sont compris entre 5 et 10 % pendant la grossesse, entre 5 et 20 % pendant l'allaitement, entre 15 et 25 % globalement si la mère n'allait pas, entre 20 et 35 % globalement si la mère allaite pendant les six premiers mois et entre 30 et 45 % globalement si la femme allaite pendant une période d'une durée comprise entre 18 et 24 mois.

Les femmes séropositives doivent réfléchir aux diverses options qui s'offrent à elle pour nourrir leur bébé, mettre en balance les avantages nutritionnels et autres de l'allaitement et les risques de transmission du VIH au nourrisson, et choisir entre allaitement exclusif et alimentation de substitution (lait maternisé vendu dans le commerce ou lait d'origine animale modifié à la maison), ou encore d'autres options telles que l'expression, puis le chauffage du lait maternel. Lorsqu'une alimentation de substitution est acceptable et qu'il leur est possible de se procurer les produits à un coût modique, de façon viable et sûre, les mères séropositives doivent éviter complètement l'allaitement. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, il est recommandé aux mères qui le choisissent de n'allaiter exclusivement que pendant six mois, puis de sevrer le nourrisson sur une période comprise entre deux jours et deux semaines, plutôt que d'interrompre l'allaitement de façon brutale (allaitement exclusif avec cessation précoce), pourvu qu'une alimentation de substitution ou d'autres options pour l'utilisation du lait maternel existent. On peut encourager les femmes dont le bébé est séropositif à allaiter.

L'alimentation mixte, à base de lait maternel et d'autres aliments, est associée à un risque plus élevé pour le nourrisson de contracter l'infection à VIH que si la mère allaite exclusivement et, quoi qu'il en soit, elle doit être évitée car, outre le risque d'infection à VIH, elle favorise la survenue de diarrhées et d'autres maladies infectieuses. Toutes les mères séropositives doivent recevoir des informations générales sur les risques et les avantages des diverses options et des conseils plus spécifiques qui leur permettent de sélectionner l'option la mieux adaptée à leurs besoins ; elles doivent bénéficier d'un suivi et d'un appui, notamment en matière de planification familiale et de nutrition. Le choix d'une femme doit toujours être respecté et assisté.

On dispose de peu d'informations sur les risques associés chez le nourrisson allaité au traitement antirétroviral, qu'il soit administré à la mère ou au nourrisson lui-même. Les études en cours ou prévues devraient permettre de déterminer s'il existe des options propres à réduire substantiellement le risque de transmission du VIH via l'allaitement au cours des premiers mois de la vie des enfants nés de femmes séropositives pour lesquelles il n'est ni possible, ni envisageable financièrement, ni acceptable, ni viable de renoncer à l'allaitement.

Avantages de l'allaitement au sein

Les multiples avantages que présente l'allaitement au sein pour le nourrisson (nutritionnel, immunologique et psychologique) et pour la mère elle-même (physiologique, psychologique et émotionnel) en font une expérience gratifiante pour les deux. Des données attestent que les infections respiratoires et de l'appareil auditif ou les épisodes de diarrhée éventuels sont moins aigus chez les nourrissons allaités au sein que chez les autres. Du fait qu'il contient moins de protéines (caséine), le lait maternel est plus digeste et sollicite moins les reins du nourrisson. En outre, les nourrissons allaités qui ont une activité et un développement physiques normaux prennent moins de poids pendant leur première année, ce qui peut entraîner une diminution du risque de gain de poids excessif, voire d'obésité, pendant l'enfance et à l'âge adulte.

La mère tire aussi des avantages de l'allaitement. Ils peuvent être d'ordre physiologique : la présence accrue d'ocytocine, hormone qui facilite l'expulsion du placenta, réduit au minimum la perte de sang après l'accouchement et accélère l'involution utérine après la naissance. On peut aussi observer des avantages psychologiques, en termes d'amour-propre et de renforcement des liens entre la mère et le nourrisson. Il faut conseiller aux femmes d'allaiter, si possible, parce que cela réduit probablement le risque de cancer du sein, et apporte d'autres bénéfices.

Besoins nutritionnels de la femme qui allaite

Une femme qui allaite doit avant tout répondre à ses besoins nutritionnels et aux exigences physiologiques supplémentaires que cela implique. On estime que l'énergie requise pour produire un litre de lait équivaut à quelque 700 calories. Il est conseillé à la femme d'accroître sa

consommation quotidienne de 500 calories par rapport à ce qu'il était nécessaire d'absorber avant la grossesse et de privilégier les groupes alimentaires de base suivants : fibres et céréales, fruits, légumes, produits laitiers et protéines. Il est également essentiel pour la femme qui allaite d'être suffisamment hydratée et donc d'absorber des boissons saines afin de rendre sa production de lait optimale.

Que peuvent faire les Associations membres ?

Conseil

Il faut encourager les femmes à pratiquer l'allaitement exclusif dans toute la mesure du possible pendant les six premiers mois du post-partum. Nombre d'entre elles ont besoin de conseils et d'éducation en matière d'allaitement. Il faut s'efforcer de les aider à se familiariser avec les connaissances et les pratiques nécessaires à ce que l'allaitement se déroule de façon satisfaisante. La formation du personnel de santé doit porter sur la planification familiale en mettant l'accent sur les méthodes les plus appropriées pour la femme qui allaite.

Aucune étude scientifique n'atteste la croyance de certaines sociétés selon laquelle les rapports sexuels pendant l'allaitement nuiraient à la mère ou à l'enfant. La reprise des rapports sexuels ne doit pas être une raison pour interrompre l'allaitement au sein.

Les conseils dispensés aux femmes qui allaitent quant à leur fécondité potentielle pendant la lactation doivent reposer sur les éléments d'information locaux dont on dispose au sujet des pratiques d'allaitement et des risques de grossesse qui y sont associés.

Il faut indiquer aux femmes qu'il n'est pas nécessaire qu'elles cessent d'allaiter lorsqu'elles ont entamé l'utilisation d'une méthode contraceptive, ni de retarder le moment de le faire parce qu'elles allaitent.

Il faut les informer qu'il est difficile de prédire avec précision la durée de la période de diminution de la fécondité résultant de l'allaitement exclusif. Il faut aussi leur faire savoir que :

1. L'aménorrhée due à la lactation est associée à un degré élevé de protection contre la grossesse, si la femme allaite exclusivement, pendant les six premiers mois du post-partum
2. L'allaitement à la demande, qui implique une fréquence importante des tétées jour et nuit, peut retarder le retour des règles et de la fécondité
3. Les suppléments alimentaires, en particulier sous forme de biberons, ne doivent pas être systématiquement recommandés au cours des six premiers mois du post-partum sauf si on dispose d'indications selon lesquelles la croissance du nourrisson est inadéquate.

Information, éducation et communication

La femme doit être informée des avantages que présente l'allaitement, des exigences qu'il lui impose, des solutions de substitution disponibles et des implications pour la santé du nourrisson, de sorte qu'elle puisse faire un libre choix, en connaissance de cause. Pour bien des femmes, l'allaitement est une preuve d'accomplissement maternel. Chez d'autres, l'urbanisation, l'évolution des modes de vie et la nécessité de travailler ou d'étudier peuvent peser sur la décision d'allaiter ou non et influencer sur la manière dont elles pratiquent l'allaitement. Si une femme décide de ne pas allaiter, sa décision doit être respectée et elle doit recevoir un appui sans faille.

Participation des proches et de la collectivité

Le partenaire de la femme, sa famille, le système de santé et la société doivent s'unir pour fournir l'appui et les ressources nécessaires, mais aussi mettre en place les conditions voulues pour que la femme puisse allaiter. Au plan social, les pratiques sur le lieu de travail doivent lui permettre d'allaiter tout en remplissant d'autres fonctions. Pour réussir, plusieurs conditions doivent être remplies : la constitution de réserves de nutriments avant d'allaiter, et le désir et la volonté d'allaiter (composante psychologique). Les réserves de protéines et de lipides accumulées pendant la grossesse revêtent une importance spécifique, car elles sont indispensables pour une production de lait optimale. Afin de protéger la santé de la mère, il faut lui fournir les suppléments alimentaires dont elle a besoin pour accumuler calories, protéines et calcium.

Accès aux services

Pour protéger et promouvoir les intérêts de la femme et de son enfant, il faut encourager la planification familiale et l'allaitement au sein, indiquer à la femme qui allaite à quel moment elle peut commencer à utiliser une méthode contraceptive et lui garantir l'accès à des contraceptifs sûrs et efficaces, compatibles avec l'allaitement. Afin d'assurer un espacement adéquat des grossesses, de préserver la santé de la mère et de contribuer à faire de la contraception une partie normale de la vie familiale, l'utilisation d'une méthode contraceptive doit être encouragée dès le retour de la fécondité.

Les Associations membres de l'IPPF doivent proposer et fournir la plus large gamme possible de méthodes, et la contraception doit débiter dès que possible après l'accouchement, dans le respect des critères définis par l'OMS.

Partenariats avec des organisations locales

Les Associations membres doivent œuvrer avec le système de santé et la société civile à l'application du code de l'OMS sur la commercialisation des laits maternisés. Ce code vise à restreindre la promotion de ces produits, en particulier dans les pays en développement où la situation économique et environnementale rend l'utilisation de lait maternisé dangereuse pour le nourrisson.

Déclaration établie par le Groupe consultatif médical international en novembre 1989, révisée en février 1996 et en avril 2008. L'IPPF se réserve le droit de la modifier si des éléments nouveaux se font jour dans le domaine considéré.

Fédération internationale pour la planification familiale

4 Newhamis Row, London, SE1 3UZ, Royaume-Uni

Tel : +44 (0)20 7939 8200

Télécopie : +44 (0)20 7939 8300

Adresse électronique : info@ippf.org

Site Web : www.ippf.org

Les préservatifs et le diaphragme : action contraceptive et protection contre les IST (actualisation)

Sara Newmann, Nancy Padian

Le préservatif masculin est la méthode la plus connue de prévention de la grossesse et de la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST), dont l'infection à VIH. Toutefois, compte tenu de la persistance de l'épidémie de VIH acquise dans le cadre de relations hétérosexuelles et du risque accru de transmission des IST de l'homme à la femme, les méthodes contrôlées par la femme lui de se protéger contre les IST et la grossesse sont vitales. Du fait qu'aucune barrière chimique (comme les microbicides) n'assure actuellement cette double protection, la présente étude se limite aux données les plus récentes concernant les méthodes barrières physiques, à savoir les préservatifs masculin et féminin et le diaphragme, et cherche à établir leur degré d'efficacité en termes de double protection.

Préservatif masculin

Le préservatif est la seule méthode contraceptive dont il est prouvé qu'elle réduit le risque de contracter quelque IST que ce soit, y compris l'infection à VIH. Il assure une double protection contre la grossesse et contre les IST.¹

Lorsque le préservatif masculin est utilisé parfaitement, le taux de grossesse pendant la première année est d'environ 2 % et, en cas d'utilisation typique, soit une combinaison d'utilisation parfaite et imparfaite, d'environ 15 %.² Le fait que le taux de grossesse soit plus élevé en cas d'utilisation typique est principalement imputable à une utilisation non systématique et incorrecte et non pas au préservatif lui-même. En effet, il est rare qu'il se rompe ou glisse complètement du pénis pendant un rapport.¹

En 2001, un groupe d'experts réunis par les Instituts Nationaux de la Santé aux États-Unis ont examiné les données existantes au sujet de l'efficacité des préservatifs masculins en latex pour la prévention de la transmission des IST pendant un rapport vaginal. Ils ont conclu que les préservatifs protégeaient contre la transmission du VIH aux femmes et aux hommes et qu'ils réduisaient chez les hommes le risque de contracter une blennorrhagie.³ Une méta-analyse de toutes les études prospectives réalisées ensuite a conclu que l'utilisation du préservatif était associée de façon significative à une réduction de la transmission du VIH et de l'acquisition de la blennorrhagie masculine, ainsi qu'à la protection des hommes et des femmes contre les infections à chlamydia et à HSV-2 et contre la blennorrhagie et la syphilis. En outre, l'utilisation des préservatifs est associée à la prévention du trichomonas chez les femmes, et à une régression de la néoplasie cervicale intra-épithéliale et à la disparition de l'infection à papillomavirus chez les femmes, ainsi qu'à une régression des lésions du pénis associées au papillomavirus chez les hommes.⁴

Malgré la haute efficacité des préservatifs masculins en guise de prévention de la grossesse et des IST, l'inégalité de la répartition du pouvoir entre hommes et femmes dans le cadre des partenariats sexuels exige qu'on mette à la disposition des femmes des méthodes de prévention de la grossesse et des IST qu'elles puissent utiliser sans avoir besoin de négocier avec leurs partenaires. On trouvera ci-après un descriptif et une évaluation de l'efficacité de deux méthodes de contraception barrières contrôlées par les femmes.

Préservatif féminin

Lorsque le préservatif féminin est parfaitement utilisé, le taux de grossesse qui y est associé pendant la première année d'utilisation est d'environ 5 % ; en cas d'utilisation typique, il atteint 23 %.² Comme dans le cas du préservatif masculin, le taux de grossesse plus élevé associé à une utilisation typique résulte d'une utilisation incorrecte ou non systématique, et non pas de la rupture du préservatif.

Une étude prospective et trois essais randomisés contrôlés ont été menés pour évaluer l'efficacité du préservatif féminin en matière de prévention des IST. Les populations étudiées incluaient entre autres des patientes de centres médicaux aux États-Unis spécialisés dans les IST,^{5,6} des prostituées de Thaïlande⁷ et des femmes issues de communautés de planteurs kenyans.⁸ Les résultats recherchés variaient, allant de la réinfection au trichomonas à la transmission/acquisition de l'infection à chlamydia, de la blennorrhagie, de l'infection à trichomonas et de la syphilis. L'ensemble des conclusions indique que la disponibilité et l'utilisation du préservatif féminin offre une protection contre les IST au moins équivalente, sinon meilleure, à celle offerte par les préservatifs masculins utilisés seuls (voir Tableau 1).

L'infection à VIH ne faisait pas partie des critères investigués dans les études susmentionnées, mais des données de laboratoire ont montré que le préservatif féminin en polyuréthane était imperméable au VIH.¹⁰

Malgré son efficacité relativement haute, s'agissant de la prévention de la grossesse et de la transmission des IST, le préservatif féminin n'est pas utilisé à grande échelle : en fonction du lieu et de la population, son taux d'acceptabilité varie de 37 à 96 %.¹¹ Pourtant, la majorité des études dans lesquelles on a examiné l'utilisation du préservatif féminin pendant plus de six mois montre une augmentation globale des rapports sexuels protégés après sa promotion et sa fourniture, augmentation parfois attribuée au simple fait qu'un choix varié de méthodes était proposé.¹²

Lorsque les conditions sont réunies, avec une promotion et un approvisionnement appropriés, le préservatif féminin s'est avéré une méthode barrière contrôlée par la femme efficace pour prévenir la grossesse et les IST. Les nouveaux modèles, moins volumineux et plus faciles à utiliser, sont très prometteurs.

Diaphragme

Lorsque le diaphragme est parfaitement utilisé, en conjonction avec un gel spermicide, le taux de grossesse observé pendant la première année d'utilisation est d'environ 6 % ; en cas d'utilisation typique, il avoisine 16 %.² Le diaphragme, qui couvre le col de l'utérus, se porte à l'intérieur du vagin ; par conséquent, à la différence du préservatif masculin ou féminin, il peut être utilisé sans que le partenaire soit au courant et sans sa coopération.¹³ Il est biologiquement plausible que le diaphragme offre une protection contre les agents pathogènes sexuellement transmissibles du fait que certaines IST – blennorrhagie, infections à chlamydia et à papillomavirus – se logent de préférence au niveau du col de l'utérus¹⁴ et que la zone de transformation du col est l'endroit de l'appareil génital féminin où l'on observe la plus grande concentration de cellules à la surface desquelles se trouvent des récepteurs au VIH.¹⁵ De surcroît, l'épithélium columnaire cervical est moins épais que l'épithélium vaginal, ce qui le rend plus fragile et plus susceptible à d'éventuelles lésions. On considère donc que les méthodes barrières qui protègent le col de l'utérus peuvent offrir une bonne prévention contre les IST.

Plusieurs observations ont démontré que le diaphragme protégeait contre les agents pathogènes responsables des IST et contre les états morbides provoqués par des IST telles que la blennorrhagie, la maladie inflammatoire pelvienne, l'infertilité tubaire et la dysplasie cervicale (voir Tableau 2).

La plausibilité biologique et des observations prometteuses suggèrent que le diaphragme protège contre les agents pathogènes associés aux IST et contre le VIH. Cependant, les résultats d'essais randomisés contrôlés récents, qui avaient pour but d'évaluer le pouvoir protecteur du diaphragme et du gel lubrifiant contre l'acquisition du VIH, ont montré qu'ils n'assuraient aucune protection supplémentaire par rapport au préservatif et à l'ensemble des mesures de prévention du VIH – qui incluent le diagnostic et le traitement d'autres IST ainsi que des séances de conseil intensives et des tests sur base volontaire. Dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé ouvert, auquel ont participé 5 039 femmes séronégatives et sexuellement actives en Afrique du Sud, Padian et consorts n'ont pas observé de différence notable, en termes d'incidence globale du VIH (pour 100 années-femmes) entre le groupe expérimental et le groupe témoin (respectivement 4,1 % et 3,9 %).²⁶ Les femmes du premier groupe ont fait état d'une moindre utilisation du préservatif, pendant la durée de l'essai, que celles du groupe témoin (RR = 0,62, IC à 95 % compris entre 0,61 et 0,64). Du fait que l'incidence du VIH était similaire dans les deux groupes, mais que l'utilisation du préservatif avait été moindre dans le groupe expérimental, une explication possible est que la protection assurée par le diaphragme contre le VIH est comparable à celle des préservatifs masculins. L'analyse

Tableau 1. Données expérimentales sur l'efficacité des préservatifs féminins à prévenir les IST⁹

Auteurs	Année	Population étudiée	Nombre de participantes	Type d'étude	Résultat visé	Principales conclusions
Soper et al ⁶	1993	Patientes de centres gynécologiques présentant une infection à trichomonas (États-Unis)	104	Cohorte prospective	Trichomonas	Aucune femme ayant utilisé correctement le préservatif féminin réinfectée, contre 14 % parmi celles auxquelles il n'en avait pas été fourni et 14,7 % parmi celles qui ne l'avaient pas utilisé correctement (p = 0,08).
Fontanet et al ⁷	1998	Prostituées travaillant dans des établissements de commerce sexuel (Thaïlande)	548	Essai randomisé contrôlé	Chlamydia, blennorragie, trichomonas, ulcère génital	IST quelle qu'elle soit : RR = 0,76 (IC à 95 % : 0,50 à 1,16) Diminution des cas d'IST dans 1 des 4 sites : RR = 0,47 (IC à 95 % : 0,25 à 0,91)
Feldblum et al ⁸	2001	Femmes dans six paires de communautés, répliques l'une de l'autre (Kenya)	1752	Essai randomisé contrôlé dans des communautés	Chlamydia, blennorragie, trichomonas	IST quelle qu'elle soit : OR = 1,1 (IC à 95 % : 0,8 à 1,6)
French et al ⁵	2003	Femmes venues en consultation dans un centre spécialisé dans les IST (États-Unis)	1442	Essai randomisé contrôlé	Chlamydia, blennorragie, trichomonas, syphilis	IST quelle qu'elle soit, en comparant l'utilisation des préservatifs féminin + masculin et celle d'un préservatif masculin seul : RR = 0,79 (IC à 95 % : 0,59 à 1,06)

des résultats sur la base des effets directs a permis d'estimer les taux d'infection à VIH pour une utilisation constante du préservatif, le degré d'utilisation ayant été spécifié au préalable. Bien qu'il ait été conclu que si aucun participant n'avait utilisé de préservatif le diaphragme eût assuré une protection, les résultats de cette modélisation ne sont pas statistiquement significatifs.²⁷

Il n'existe pas, actuellement, de données expérimentales permettant d'affirmer que le diaphragme offre une protection contre les IST similaire au préservatif, ni qu'il est préférable d'en porter un plutôt que de ne rien utiliser. Néanmoins, il est recommandé d'utiliser le diaphragme et un gel spermicide pour prévenir la grossesse et d'avoir recours en plus à un préservatif masculin ou féminin pour se prémunir contre les IST.

Sara Newmann,

Chef de clinique adjointe au Département d'obstétrique, de gynécologie et des sciences de la reproduction de l'Hôpital général de San Francisco, Université de Californie, San Francisco

Nancy Padian,

Distinguished Fellow et Directrice exécutive du Women's Global Health Imperative, Research Triangle Institute, International. Professeur adjoint, École de santé publique, Université de Californie, Berkeley.

Références

Une liste complète des références peut être consultée sur l'édition en ligne du numéro de septembre 2008 du Bulletin médical, à l'adresse suivante : <http://www.ippf.org/en/Resources/Medical>.

Tableau 2. Données expérimentales sur l'efficacité des diaphragmes à prévenir les IST

Auteurs	Année	Population étudiée	Nombre de participantes	Type d'étude	Résultat visé	Principales conclusions
Magder et al ¹⁶	1988	Clientes de centre IST	1031	Transversale	Chlamydia	0 [†]
Rosenberg et al ¹⁷	1992	Clientes de centre IST	4162	Transversale	Chlamydia [‡] Blennorragie	0,25 (0,05 à 1,36) 0,32 (0,16 à 0,65)
Austin et al ¹⁸	1984	Clientes de centre IST	1781	Cas-témoins	Blennorragie	0,45 (0,15 à 0,3)
Bradbeer et al ¹⁹	1987	Prostituées	100	Transversale	Blennorragie	0,36 (p<0,05)
Kelaghan et al ²⁰	1982	Hôpital	1481	Cas-témoins	Inflammation génitale haute	0,4 (0,2 à 0,7)
Wolner-Hanssen et al ²¹	1990	Centres médicaux	880	Cas-témoins	Inflammation génitale haute	0,3 (p = 0,005)
Cramer et al ²²	1987	Hôpital	4116	Cas-témoins	Infertilité tubaire	0,5 (0,3 à 0,7)
Becker et al ²³	1994	Centres médicaux pour femmes	538	Cas-témoins	Néoplasie cervicale	0,3 (0,2 à 0,6) [§]
Hildesheim et al ²⁴	1990	Hôpital avec témoins locaux	1267	Cas-témoins	Cancer du col utérin	<5 ans d'utilisation : OR = 0,9 (0,6 à 1,3); ≥ 5 ans d'utilisation : OR = 0,8 (0,4 à 1,6)
Wright et al ²⁵	1978	Cliniques de planification familiale	17032 191	Cohorte prospective Cas-témoins	Néoplasie cervicale	0.12 p,0.01 0.23 p,0.05

[†] 0/77 utilisatrice de diaphragme infectée en comparaison de 20 % de non-utilisatrices d'une méthode de contraception.

[‡] La présence de l'infection à chlamydia n'a été recherchée que chez 35 des 227 utilisatrices de diaphragme.

[§] Rapport de cotes (*odds ratio* = OR) pour une utilisation du diaphragme à un moment quelconque. L'estimation pour utilisation actuelle donne un résultat qui n'est pas significatif : OR = 0,5, IC à 95 % : 0,2 à 1,9.