

JOURNÉE DES PROFESSIONNEL·LES EN ALLAITEMENT

20^e édition



LA CONTRACEPTION CHEZ UNE PERSONNE QUI ALLAITE : ÉTUDE DE CAS

Amélie Chiasson, IPSPL

Québec 

Déclaration de conflit d'intérêts réels ou potentiels

En relation ou non avec le contenu de cette présentation, j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou de tout ordre avec une société à but lucratif ou j'estime que je dois divulguer à l'auditoire un intérêt ou une orientation particulière, non pécuniaire.

Nom de l'organisme	Type d'affiliation (Subvention, honoraires, conférenciers, actionnariat majoritaire, autres...)	Date
Organon	Conférencière, groupes de discussion, modératrice	Plusieurs occasions
Astellas	Honoraires pour comité aviseur	2024-04-25

Objectifs

- Se familiariser avec les différentes méthodes de contraception disponibles en contexte d'allaitement.
- Soutenir les personnes allaitantes dans la prise de décision éclairée concernant la contraception.

Avertissement

Cette présentation ne constitue pas une formation en contraception

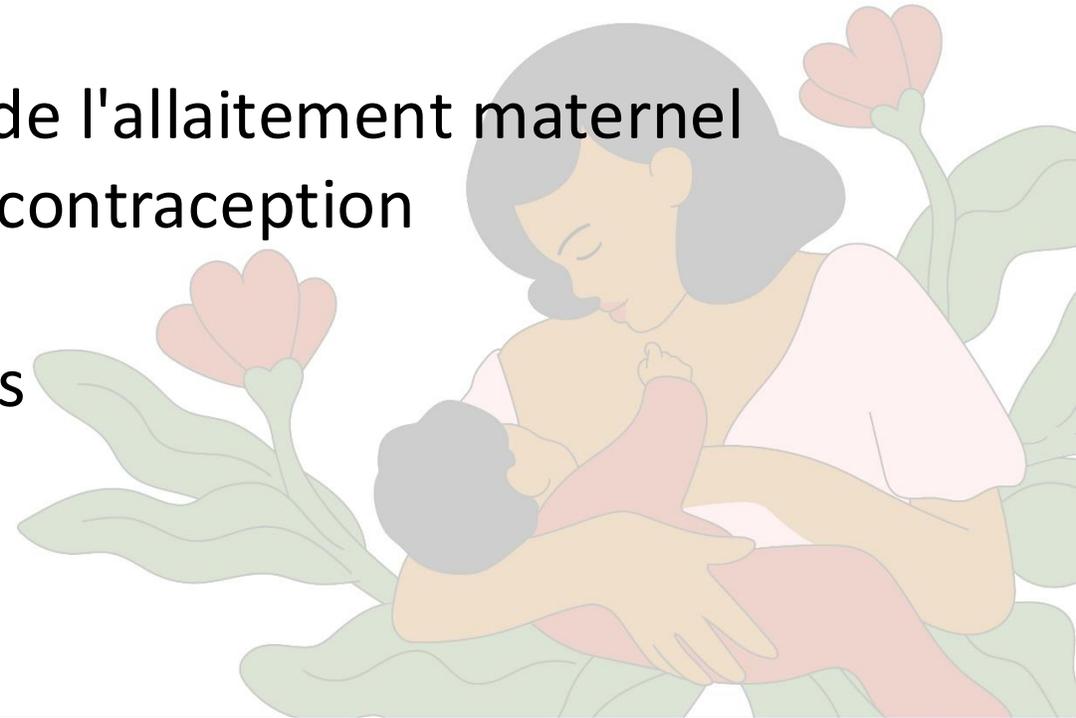
Nous aborderons la contraception en contexte d'allaitement et explorerons les nouveautés et les dernières données probantes en cette matière

Des formations complètes en contraception sont disponibles, notamment auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)

Mise en contexte

Éléanore, 35 ans et Thomas 5 mois

- Allaitement exclusif qui va bien
- Utilise actuellement la MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée) comme méthode de contraception
- Nouvelle grossesse souhaitée d'ici 18 mois



Question réflexive

Comment conseillez-vous
Éléanore?



Options contraceptives¹

- Implant contraceptif
- Systèmes intra-utérins
- Dispositifs intra-utérins
- Injection contraceptive
- Contraception orale combinée
- Timbre contraceptif
- Anneau contraceptif
- Contraception orale à progestatif seul
- Méthodes barrières
- Méthodes naturelles
 - MAMA - Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
- Coït interrompu
- Aucune contraception

LA CONTRACEPTION, ÇA SE PLANIFIE
QUEL MODE DE CONTRACEPTION VOUS CONVIENT LE MIEUX ?

Quand voulez-vous devenir enceinte, le cas échéant?

D'ici un an Pas d'ici peu, ou > 1 an ou jamais

À quel point vous est-il important de NE PAS devenir enceinte jusqu'à ce que le temps soit venu?

Pas important Important

Envisagez un mode de contraception réversible à courte durée d'action (courte) Envisagez un mode de contraception réversible à action prolongée (prolongée)

Visitez le www.csseplanifie.ca pour savoir quel mode de contraception vous convient le mieux.

Adaptation des travaux de la Dr^e Ripander-Toss, NE Calgary Women's Clinic. Utiliser à titre de guide seulement, ne devrait pas remplacer un jugement clinique.

OPTIONS DE CONTRACEPTION : FRÉQUENCE D'UTILISATION ET EFFICACITÉ
Efficacité relative des options de contraception : utilisation parfaite c. utilisation réelle

👤 Nombre de grossesses pour 1 000 femmes durant la première année d'utilisation

	Fréquence d'utilisation	Utilisation parfaite*	Utilisation réelle*
L'implant contraceptif	3 ans	0,5	0,5
Système intra-utérin à libération d'hormones (SIIU à libération d'hormones)	5 ans	2	2
Dispositif intra-utérin en cuivre (DIU en cuivre)	3-12 ans	6	8
PROLONGÉE*			
Contraceptif injectable	Tous les 3 mois	2	60
Contraceptifs oraux	Chaque jour	3	90
Timbre contraceptif	Chaque semaine	3	90
Anneau vaginal	Chaque mois	3	90
COURTE*			
Condom masculin	Chaque relation	20	180
Condom féminin	Chaque relation	50	210
Coït interrompu (méthode du retrait)		40	220
Modes de contraception naturels		50	240
Aucun mode		850	850

Adaptation du Consensus canadien sur la contraception, 2015.

Pour se protéger des ITS, il est recommandé d'utiliser des condoms et/ou des digues dentaires.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les modes de contraception, visitez le www.leSexeetMoi.ca.

*Courte: mode de contraception réversible à courte durée d'action; Prolongée: mode de contraception réversible à action prolongée. L'efficacité relative d'un mode de contraception est évaluée en fonction de deux facteurs, soit par l'efficacité réelle (l'efficacité réelle) et l'efficacité relative (l'efficacité relative). L'efficacité relative est la mesure de l'efficacité d'un mode de contraception par rapport à l'efficacité relative d'un mode de contraception, ce qui se traduit par une efficacité relative d'un mode de contraception. L'efficacité relative est évaluée en fonction de deux facteurs, soit par l'efficacité réelle (l'efficacité réelle) et l'efficacité relative (l'efficacité relative). L'efficacité relative est la mesure de l'efficacité d'un mode de contraception par rapport à l'efficacité relative d'un mode de contraception, ce qui se traduit par une efficacité relative d'un mode de contraception. L'efficacité relative est évaluée en fonction de deux facteurs, soit par l'efficacité réelle (l'efficacité réelle) et l'efficacité relative (l'efficacité relative). L'efficacité relative est la mesure de l'efficacité d'un mode de contraception par rapport à l'efficacité relative d'un mode de contraception, ce qui se traduit par une efficacité relative d'un mode de contraception.

LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

Quelques accronymes

TEV – Thrombo-embolie veineuse, ou maladie thrombo-embolique

COC – Contraception orale combinée

CHC – Contraception hormonale combinée

ITSS – Infection transmissible sexuellement ou par le sang

PP – Post-partum

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée²⁻³

Méthode naturelle

Très efficace sous certaines conditions:

- Nécessite un allaitement exclusif
- Bébé de 6 mois ou moins
- Allaitement minimum chaque 4h pendant la journée et minimum chaque 6h pendant la nuit
- Aucun retour de règles

Avantages	Inconvénients	Contre-indications
Gratuit Naturel Sécuritaire Pratique Efficacité de 98% si bien utilisée	Efficacité limitée à 6 mois après la naissance Conditions pouvant être contraignantes pour certaines familles	Aucune!!

Options sans œstrogène

Méthodes hormonales:

- Contraception orale à progestatif seul
- Injection contraceptive
- Système intra-utérin
- Implant contraceptif

Méthodes non hormonales:

- Dispositif intra-utérin

Contraception hormonale à progestatif seul⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷

**** Non exhaustif, peut varier selon la méthode choisie ****

Avantages	Inconvénients	Contre-indications
<p>Peut être débutée n'importe quand après l'accouchement</p> <p>Simple, discret, sécuritaire et efficace</p> <p>Peut diminuer ou éliminer les menstruations</p> <p>Peut être utilisée en cas de contrindication aux œstrogènes</p> <p>Plusieurs options à longue action</p>	<p>Selon la méthode choisie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prise quotidienne régulière• Utilisation d'aiguilles• Insertion par professionnel de la santé• Pas de protection ITSS <p>Quelques effets indésirables possibles</p> <ul style="list-style-type: none">• Acné• Profil de saignement imprévisible• Mastalgie• Céphalées• Labilité émotionnelle• Douleur abdominale	<p>Grossesse</p> <p>Saignement utérin inexpliqué</p> <p>Cancer du col / endomètre / ovaires / sein</p> <p>Maladie hépatique active</p> <p>Lupus érythémateux disséminé (prudence)</p>

Contraception hormonale à progestatif seul

Pillule contraceptive à progestatif seul

- Comprimé contenant 0,35mg de noréthindrone (*Jencycla, Movisse, Maeve, Micronor*) ou 4mg de drospirenone (*Slynd*)

Systèmes intra-utérins

- Dispositif intra-utérin contenant 52 ou 19,5 mg de levonorgestrel à libération prolongée (*Mirena, Jaydess, Kyleena*)

Contraception hormonale à progestatif seul

Implant contraceptif

- Implant sous-cutané contenant 68 mg d'étonogestrel à libération prolongée (*Nexplanon*)
- 4 cm de long et 2 mm de diamètre

Injection contraceptive

- Acétate de medroxyprogestérone en injection intra-musculaire chaque 12 semaines (*Dépo-Provera*)

Dispositifs intra-utérins⁸

Dispositif intra-utérin contenant entre 300 et 380 mm² de cuivre (ex: *Mona Lisa, Liberté, Nova-T*, etc.)

**** Non exhaustif, peut varier selon la méthode choisie ****

Avantages	Inconvénients	Contre-indications
Sécuritaire et invisible Économique Durée d'utilisation de 5 à 10 ans Efficacité excellente (taux d'échec 8/1000) Aucune hormone Peut être utilisé comme contraception d'urgence	Insertion et retrait par professionnel formé Risques rares d'expulsion, infection, perforation utérine Aucune protection ITSS Coût élevé à l'achat Effets indésirables possibles <ul style="list-style-type: none">• Augmentation des douleurs et du flux menstruel	Grossesse Saignement utérin inexpliqué Malformation utérine (relative)

Options avec œstrogène⁴⁻⁹⁻¹⁰

**** Non exhaustif, peut varier selon la méthode choisie ****

Avantages	Inconvénients	Contre-indications
Bonne efficacité (taux d'échec 90/1000) Peut diminuer ou éliminer les crampes et le flux menstruel Régularise le cycle menstruel Diminue les symptômes prémenstruels Diminue l'acné et l'hirsutisme	Doit être prise tous les jours à heure régulière (COC), changée toutes les semaines (timbre) ou tous les mois (anneau) Augmentation du risque de maladie thromboembolique (TEV) La prise d'autres médicaments peut réduire l'efficacité Apparent (timbre) Aucune protection ITSS Effets indésirables possibles	Grossesse Saignement utérin inexplicé Cancer du col / endomètre / ovaires / sein Maladie hépatique active Lupus érythémateux disséminé (prudence)

Options avec œstrogène

- Contraception orale combinée (COC)
 - Pilule combinant de l'éthinylestradiol et un progestatif
(*ex: Alesse, Linessa, Marvelon, etc.*)
 - Pilule combinant de l'estétrol et de la drospirénone
(*Nextstellis*)
- Anneau contraceptif (*Nuvaring*)
- Timbre contraceptif (*Evra*)

Pourquoi éviter les œstrogènes lorsqu'on allaite?

- Risque de diminution de la production / qualité du lait maternel
- Risque d'impact négatif sur la croissance et le développement du bébé
- Augmentation du risque de TEV

Mythe ou *réalité?*

Lignes directrices de l'OMS¹¹⁻¹²

Personne qui allaite	Catégorie de recevabilité	Personne qui n'allait pas	Catégorie de recevabilité
Avant 6 semaines PP	4	Avant 21 jours PP - ∅ autre facteur de risque de TEV - Autre facteur de risque de TEV	3 4
Entre 6 sem. et 6 mois PP	3	Entre 21 et 42 jours PP - ∅ autre facteur de risque de TEV - Autre facteur de risque de TEV	2 3
Plus de 6 mois PP	2	Après 42 jours PP	1

Critères de recevabilité:

1. Aucune restriction
2. Avantages > risques théoriques ou avérés
3. Risques théoriques ou avérés > avantages
4. Risques inacceptables

- Risque de TEV inchangé selon qu'on allaite ou non
- CHC généralement non recommandée chez les personnes qui allaitent

Lignes directrices de la SOGC¹³

Aucune mention à propos de l'allaitement en ce qui concerne la contraception hormonale combinée (CHC)

Protocole de contraception du Québec 2024¹⁴

Personne qui allaite	Catégorie de recevabilité	Personne qui n'allait pas	Catégorie de recevabilité
Avant 21 jours PP	4	Avant 21 jours PP	4
21 à moins de 30 jours PP avec ou sans facteur de risque de TEV	3	De 21 à 42 jours PP avec minimum 1 facteur de risque de TEV	3
30 à moins de 42 jours PP avec minimum 1 facteur de risque de TEV	3		

Critères de recevabilité:

1. Aucune restriction
2. Avantages > risques théoriques ou avérés
3. Risques théoriques ou avérés > avantages
4. Risques inacceptables

- Risque TEV 60 fois plus élevé pendant les 3 premières semaines PP
- Données de qualité moyenne à faible, parfois incohérentes concernant l'effet des CHC sur la qualité/quantité de lait maternel et sur la croissance et le développement du nourrisson.
- 2 revues systématiques qui ne mettent pas en évidence d'effet sur la qualité/quantité de lait maternel et sur la croissance et le développement du nourrisson.

Autres données probantes¹⁵

Méta analyse Cochrane 2015

- 11 études
- Total de 1482 femmes
- Combinaison de plusieurs méthodes de contraception
- 2 études ont rapporté que les COC ont eu un impact négatif sur la qualité et quantité de lait maternel, dont l'une était de piètre qualité.
- Les résultats étaient incohérents entre les différentes études et la qualité générale des études était moyenne.
- Les résultats de meilleure qualité ont montré peu d'effet des contraceptifs sur l'allaitement ou la croissance des nourrissons.

Autres méthodes¹

COU					
Condom masculin		Chaque relation	 20	 180	...
Condom féminin		Chaque relation	 50	 210	...
Coït interrompu (méthode du retrait)			 40	 220	...
Modes de contraception naturels			 50	 240	...
Aucun mode			 850	 850	...

Adaptation du Consensus canadien sur la contraception, 2015.

Pour se protéger des ITS, il est recommandé d'utiliser des condoms et/ou des digues dentaires.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les modes de contraception, visitez le www.leSexeetMoi.ca.

Question interactive

Doit-on déconseiller une méthode contraceptive sur la seule base que Éléanore allaite Thomas?

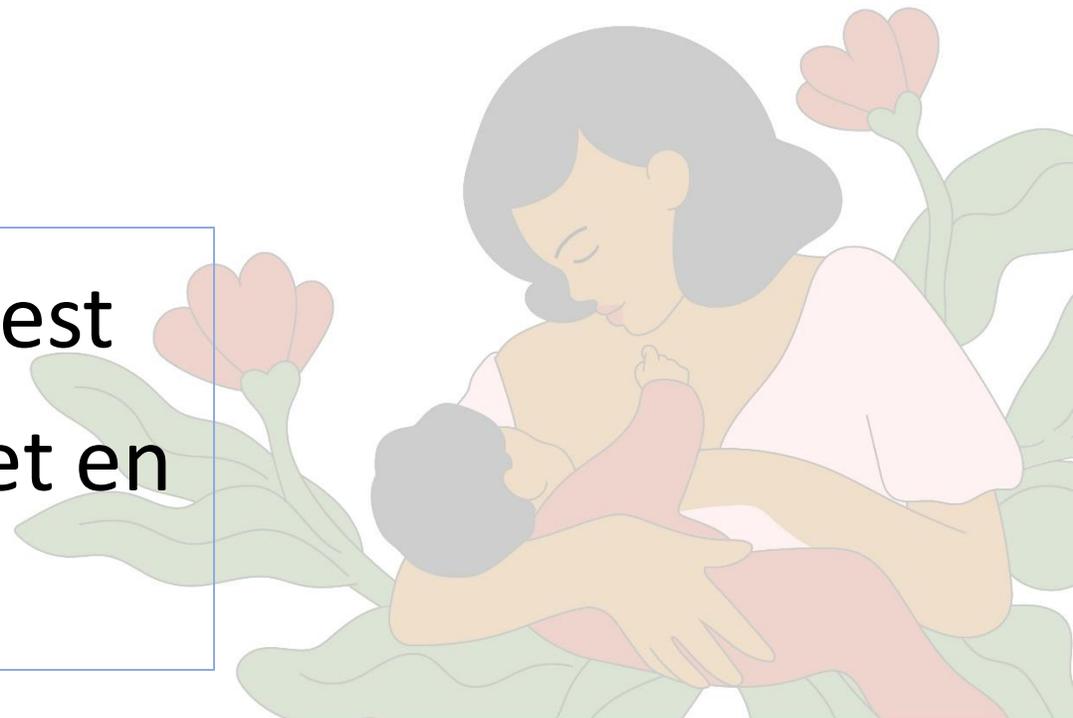
Oui

Non



- L'allaitement n'est pas une contre-indication pour l'utilisation d'une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit.
- Manque d'études de bonne qualité
- Principe de prudence
- Beaucoup d'autres facteurs à considérer
- Counseling est indispensable
- Choix éclairé

La **meilleure** contraception est celle que la personne **utilise** et en laquelle elle a **confiance**!



Messages clés

L'allaitement peut être compatible avec toutes les méthodes de contraception

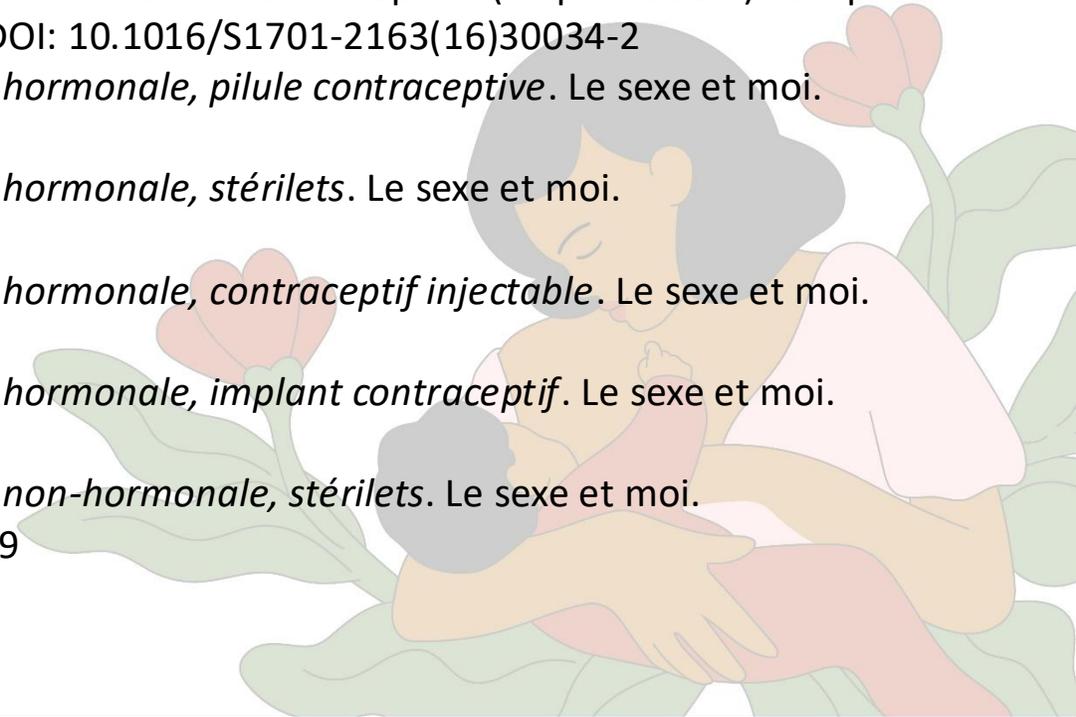
Le counseling est essentiel

La meilleure contraception est celle que la personne utilise et en laquelle elle a confiance



Références

1. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2018). *La contraception, ça se planifie. Quel mode de contraception vous convient le mieux?* <https://www.sexandu.ca/wp-content/uploads/2018/09/Its-a-Plan-How-Effective-is-my-Birth-Control-F.pdf>
2. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2017). *Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)*. <https://www.sexandu.ca/wp-content/uploads/2017/07/MAMA.pdf>
3. Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosch, M., Norman, W. V., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M-S. et Whelan, AM. (2015). N° 329 - Consensus canadien sur la contraception (2e partie de 4) : chapitre 4 – Planification familiale naturelle. *J Obstet Gynaecol Can*, 37(11): 1036-1039. DOI: 10.1016/S1701-2163(16)30034-2
4. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2024). *Contraception hormonale, pilule contraceptive*. Le sexe et moi. <https://www.sexandu.ca/fr/contraception/hormonal-contraception/#tc1>
5. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2024). *Contraception hormonale, stérilets*. Le sexe et moi. <https://www.sexandu.ca/fr/contraception/hormonal-contraception/#tc4>
6. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2024). *Contraception hormonale, contraceptif injectable*. Le sexe et moi. <https://www.sexandu.ca/fr/contraception/hormonal-contraception/#tc5>
7. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2024). *Contraception hormonale, implant contraceptif*. Le sexe et moi. <https://www.sexandu.ca/fr/contraception/hormonal-contraception/#tc6>
8. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2024). *Contraception non-hormonale, stérilets*. Le sexe et moi. <https://www.sexandu.ca/fr/contraception/non-hormonal-contraception/#tc9>



Références

9. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2024). *Contraception hormonale, timbre contraceptif*. Le sexe et moi. <https://www.sexandu.ca/fr/contraception/hormonal-contraception/#tc2>
10. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2024). *Contraception hormonale, anneau contraceptif*. Le sexe et moi. <https://www.sexandu.ca/fr/contraception/hormonal-contraception/#tc3>
11. Organisation mondiale de la Santé. (2016). Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives - 5e éd., 5e éd.. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/249591>
12. Organisation mondiale de la Santé. (2017). Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, 3e éd. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/259677>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
13. Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosh, M., Norman, W. V., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M-S. et Whelan, AM. (2017). N° 329-Consensus canadien sur la contraception (4e partie de 4) : chapitre 9 – contraception hormonale combinée. *J Obstet Gynaecol Can*, 39(4): 269-314. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.02.003>
14. Guilbert, E., Arguin, H., Bélanger, M. et Thibault, V. (2024). *Protocole de contraception du Québec - Mise à jour 2024*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-06/3466-protocole-contraception-quebec-2024.pdf>
15. Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, Chen M, Truitt ST, Gallo MF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD003988. DOI: 10.1002/14651858.CD003988.pub2

Période de questions

