



La MAMA est-elle adaptée aux habitudes culturelles françaises ?



Photo Isabelle Gousset

Isabelle STEFFAN

**Travail réalisé dans le cadre de la formation
«Pratique du consultant IBCLC et préparation à l'examen international IBLCE»
CREFAM**

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	p. 3
INTRODUCTION	p. 4
I - POINT SUR LA MAMA	p. 5
II - MÉTHODE	p. 7
III - RÉSULTATS	p. 10
1. La contraception par l'allaitement dans les écrits à la disposition des usagers	p. 10
a) Les ouvrages de puériculture	p. 10
b) Les ouvrages "spécial contraception"	p. 11
c) Les sites internet	p. 12
2. L'allaitement dans les écrits à la disposition des usagers	p. 13
a) L'espace des tétées	p. 13
b) Les biberons	p. 14
3. Résultats de l'enquête	p. 15
a) Âge de l'enfant allaité	p. 16
b) Aménorrhée de la mère	p. 16
c) Conduite de l'allaitement	p. 17
d) Utilisation de la sucette	p. 18
e) Compléments	p. 18
f) Reprise d'une activité salariée	p. 18
g) Évaluation de la MAMA	p. 19
h) Contraception utilisée	p. 21
i) Les principales sources d'information concernant la contraception	p. 23
j) Discussion avec un professionnel de santé	p. 24
III - DISCUSSION	p. 26
a) Défauts et biais de l'enquête	p. 26
b) L'utilisation de la sucette	p. 27
b) L'absence de tétées de nuit	p. 27
c) L'ajout de compléments liquidiens	p. 28
d) La reprise du travail	p. 28
e) Quelles informations sur la contraception les femmes reçoivent-elles ?	p. 29
f) Les méthodes prescrites sont-elles plus efficaces que la MAMA ?	p. 31
g) La crainte de débiter une grossesse avant le RDC est-elle fondée ?	p. 33
CONCLUSION	p. 34
BIBLIOGRAPHIE	p. 35
ANNEXES	p. 37

REMERCIEMENTS

Je remercie les mères qui ont accepté de répondre à mon questionnaire avec simplicité et honnêteté,

Je remercie aussi toutes celles qui m'ont prêté leurs ouvrages et m'ont ainsi permis d'avoir de la matière pour la rédaction de ce mémoire.

Merci à Katia et Mickaël Bonneau, à Sophie Chevalier pour leur relecture attentive et leurs remarques pertinentes.

Merci à Laure Marchand-Lucas pour son soutien, sa relecture pointilleuse et ses remarques.

Merci à ma maman pour sa mise en page.

Un merci tout particulier à Christophe, Agathe, Valentin et Zoë qui ont supporté avec patience que je passe de longues heures devant mon écran à rédiger ce texte.

INTRODUCTION

Depuis la nuit des temps, l'allaitement est utilisé comme moyen de contraception pour espacer les naissances¹. Pourtant, il aura fallu attendre 1988 pour que des scientifiques se réunissent à Bellagio en Italie, afin d'établir les bases scientifiques des conditions à remplir pour que l'allaitement maternel puisse être utilisé de façon sûre comme méthode contraceptive. Cette méthode fut nommée par l'acronyme MAMA en français (pour Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) et, en Anglais, LAM (Lactational Amenorrhea Method). Le consensus de Bellagio² définit ainsi la MAMA : *"les trois critères suivants doivent tous être remplis pour garantir une protection suffisante contre une grossesse imprévue :*

*1) aménorrhée ; 2) allaitement au sein exclusif ou quasi exclusif ; et 3) moins de six mois après l'accouchement."*³

Une nouvelle réunion a eu lieu, du 11 au 14 décembre 1995 à Bellagio, parrainée par l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, **Family Health International (FHI)** et l'Institut de santé reproductive de l'Université de Georgetown, pour étudier les différents résultats de ces études afin de valider ou non la MAMA. Ces experts du monde entier ont conclu que le consensus de Bellagio était clairement confirmé et que la MAMA était une méthode contraceptive tout à fait fiable.⁴

La MAMA est donc une méthode contraceptive connue et reconnue. La **Haute Autorité de Santé (HAS)** la cite dans son rapport de 2004 sur la contraception⁵ ainsi que dans son rapport sur l'allaitement⁶ ; le réseau **Sécurité naissance - Naître ensemble** des Pays de la

¹ D'après Jean-Pierre Bocquet-Appel, "lorsque les chasseurs-collecteurs nomades se déplacent, les femmes portent les enfants qui sont souvent en contact avec le sein maternel et peuvent téter à tout moment. Or, l'allaitement retarde la reprise du cycle menstruel après la naissance d'un enfant. La fécondité des femmes nomades est donc plus faible. En revanche, chez les peuples sédentaires, les femmes posent leurs enfants et les allaitent moins longtemps. Leur fertilité est bien plus importante et peut atteindre huit à douze enfants en moyenne". Journal du CNRS n°194 - mars 2006 cf. annexe 15

² Cf. annexe 2

³ **Family Health International**, Déclaration de consensus : la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée au service de la planification familiale

⁴ <http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/booksReports/LAMconsensus.htm>

⁵ "La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif, est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale." - **HAS** Recommandations pour la pratique clinique Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, p 14 - Décembre 2004

⁶ "La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ce cas, un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %." **HAS** - Favoriser l'allaitement maternel Processus - Évaluation page 28 - Juin 2006

Loire a édité une plaquette La contraception et l'allaitement maternel⁷ qui présente la MAMA et, au niveau national, une campagne d'information sur la contraception a débuté avant l'été 2008, dans laquelle la contraception par l'allaitement est évoquée (sans doute pour la première fois dans ce type de campagne)⁸ dans le feuillet destiné au public ainsi que dans celui destiné aux professionnels de santé⁹.

Pourtant, il semble que le corps médical français ne conseille pas la MAMA, arguant du fait que les habitudes culturelles françaises ne seraient pas compatibles avec cette méthode.¹⁰

Qu'en est-il réellement ?

Quel est le discours des professionnels de santé ?

Quelles sont les habitudes culturelles françaises vis-à-vis de l'allaitement ?

⁷ Cf. annexe 4

⁸ Cf. annexe 18 : *“Il existe une méthode naturelle appelée MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée), utilisable pendant les six premiers mois après la naissance ou, au moins, jusqu'au retour de couches. Toutefois, cette méthode est très contraignante : elle suppose, pour être efficace, un allaitement exclusif, à la demande, jour et nuit et l'absence de règles. Parlez-en avec votre médecin.”* Brochure Choisir sa contraception INPES 2008

⁹ Cf. annexe 3 : *“L'aménorrhée lactationnelle est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi-exclusif (intervalle maximum de 6 heures entre 2 tétées).”* INPES- Comment aider une femme à choisir sa contraception - 2008

¹⁰ *“Il est bien connu que la lactation provoque une aménorrhée par inhibition de l'ovulation, mais dans les pays industrialisés il est rare que le corps médical conseille officiellement de se fier à l'allaitement pour la contraception après l'accouchement. C'est apparemment lié au fait que dans ces pays, beaucoup de femmes, si elles allaitent leurs bébés, le font pour des périodes relativement courtes et ajoutent rapidement des compléments liquidiens ou alimentaires (une méthode d'alimentation des nourrissons qui, bien que très répandue, n'est pas recommandée avant l'âge de quatre mois, voir section 6). Dans les pays en développement où l'allaitement au sein est plus fréquent et dure plus longtemps, et où l'espacement des naissances repose souvent principalement sur cette aménorrhée lactationnelle, on a montré davantage d'intérêt pour le sujet.”* OMS, Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : Guide pratique, 1999, 88 p., p.39

I - POINT SUR LES CONNAISSANCES

La MAMA est une méthode classée par l'OMS parmi les méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficace lorsque l'allaitement est quasi-exclusif. En emploi courant, le taux serait d'environ 2 grossesses pour 100 femmes à un an et en utilisation optimale le taux serait de 0,5 grossesses pour 100 femmes à un an.¹¹

Selon l'OMS, cette méthode contraceptive est davantage utilisée dans les pays en développement que dans les pays industrialisés ¹² car dans ces pays :

- ✓ la période d'allaitement est plus courte,
- ✓ les compléments liquidiens ou alimentaires sont une pratique courante,
- ✓ la MAMA n'étant associé à aucun produit, elle ne permet pas de faire des profits financiers et ne bénéficie donc d'aucune "publicité"¹³,
- ✓ le conseil en matière de contraception ignore la méthode de l'aménorrhée lactationnelle.

Les conditions optimales pour que la MAMA soit efficace¹⁴:

- ✓ Le bébé doit être allaité de façon quasi exclusive¹⁵.
- ✓ Le bébé doit être allaité par sa mère, à la demande, de jour comme de nuit. Les tétées ne doivent pas être espacées de plus de 6 heures. Si la mère ne nourrit pas son bébé de façon quasi exclusive, on peut voir réapparaître une ovulation avant le RDC et une diminution de la durée de l'amménorrhée.
- ✓ La mère ne doit pas avoir eu son retour de couches. Un saignement vaginal au cours des 8 premières semaines après l'accouchement chez une femme qui allaite

¹¹ ANAES Stratégie de choix de méthodes contraceptives chez la femme - argumentaire décembre 2004

¹² OMS Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum 88 p., p. 39

¹³ "Glasier et al. (1996) se sont aperçus que les sages-femmes d'un hôpital écossais qui conseillaient les mères en matière de contraception refusaient toutes d'admettre les effets contraceptifs de l'allaitement maternel." OMS Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum 88 p., p. 40

¹⁴ Labbok et al. 1994

¹⁵ Selon la définition de l'OMS, on entend par allaitement maternel exclusif la pratique consistant à nourrir un bébé exclusivement de lait maternel (incluant du lait maternel qui a été extrait). On peut également donner au bébé des vitamines, des minéraux ou des médicaments. L'eau, les substituts du lait maternel, les autres liquides et les aliments solides sont toutefois exclus. **World Health Organization. Promoting proper feeding for infants and young children.** 2004. Geneva. <http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/en/>

complètement son enfant n'est pas considéré comme un RDC et ne semble pas indiquer que ce soit un signe de retour à la fécondité¹⁶.

- ✓ le bébé doit avoir moins de 6 mois. Si le bébé a plus de 6 mois, les risques de grossesse augmentent, même si la mère continue à l'allaiter. L'aménorrhée lactationnelle peut se poursuivre au-delà de 6 mois, mais ce n'est pas le cas général.”¹⁷

¹⁶ Visness et al. 1997a,b

¹⁷ **OMS** Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum 88 p., p. 40

II - MÉTHODE

Partant du constat que les sites internet destinés aux parents et les livres de puériculture sont le reflet des habitudes culturelles d'une société et forment bien souvent la base de l'éducation des nouvelles mères, je me suis intéressée dans un premier temps aux différents ouvrages disponibles en librairie et destinés aux parents, ainsi qu'aux sites internet consacrés à la puériculture afin de relever les informations données en matière d'allaitement, d'introduction des solides, de sommeil, d'utilisation ou non d'une sucette et de contraception proposée pendant l'allaitement. J'ai donc demandé aux mamans rencontrées lors de réunions de soutien à l'allaitement maternel de me prêter les ouvrages qu'elles avaient achetés ou qu'on leur avait offert à l'occasion de la naissance de leur dernier enfant (né en 2007 ou 2008).

Dans un second temps, je me suis penchée sur les ouvrages récents consacrés à la contraception afin de relever les discours sur la MAMA.¹⁸

J'ai ensuite établi un questionnaire¹⁹ portant sur les habitudes culturelles autour de l'allaitement :

- ▶ Nombre de tétées en journée et la nuit, afin de définir le nombre moyen de tétées par 24 heure et si les bébés de l'étude tétaient la nuit (une des conditions de l'efficacité de la MAMA).
- ▶ Utilisation de la tétine, afin de déterminer si son utilisation était courante dans l'échantillon étudié.
- ▶ Utilisation de biberons de compléments, d'eau, ou de médicaments, afin de déterminer si l'allaitement était exclusif ou quasi-exclusif.
- ▶ Reprise ou non d'une activité : bien que cet item ne figure pas parmi les modalités d'utilisation de la MAMA, j'ai demandé aux femmes interrogées si elles exerçaient une activité à l'extérieur de la maison les obligeant à se séparer de leur bébé régulièrement sur de longues plages horaires. En effet, le congé maternité en France étant de 10 semaines post-partum pour une primipare, l'idée que la MAMA ne peut pas être

¹⁸ Cf. annexes 6 à 9

¹⁹ cf. annexe 1

présentée aux femmes comme une méthode contraceptive - car elles devront rapidement limiter les tétées - semble prépondérante chez de nombreux professionnels de santé²⁰ et je souhaitais savoir si ce présupposé était vérifiable dans la population étudiée.

- ▶ Contraception utilisée en post-partum les 6 premiers mois, sur quelle prescription et début d'utilisation de la méthode afin de déterminer quelles étaient les méthodes contraceptives privilégiées par ces femmes, si la MAMA en faisait partie et si le choix de la méthode contraceptive par les femmes de l'échantillon venait d'une prescription médicale ou pas.
- ▶ Degré de satisfaction de la méthode utilisée.
- ▶ Connaissance de la MAMA (après avoir donné la définition de l'OMS de la MAMA) : j'ai demandé à toutes les femmes interrogées si elles avaient déjà entendu parler de la MAMA, ce qu'elles en pensait quant à son efficacité, son côté pratique et si selon elles, cette méthode favorisait un allaitement maternel optimal. Une question m'a permis ensuite de déterminer si ces femmes avaient discuté de la contraception procurée par l'allaitement avec des amis, leur famille ou des bénévoles d'association.
- ▶ Présentation de la contraception par l'allaitement par un professionnel de santé, afin de déterminer si les recommandations de l'OMS, de l'HAS et de l'INPES²¹ étaient appliquées par les professionnels de santé consultés par ces femmes.
- ▶ Compatibilité de la MAMA avec le style de vie afin de déterminer si les femmes interrogées estimaient qu'elles auraient pu utiliser la MAMA si elles avaient reçu l'information nécessaire.

²⁰ "Il est bien connu que la lactation provoque une aménorrhée par inhibition de l'ovulation, mais dans les pays industrialisés il est rare que le corps médical conseille officiellement de se fier à l'allaitement pour la contraception après l'accouchement. C'est apparemment lié au fait que dans ces pays, beaucoup de femmes, si elles allaitent leurs bébés, le font pour des périodes relativement courtes et ajoutent rapidement des compléments liquidiens ou alimentaires (une méthode d'alimentation des nourrissons qui, bien que très répandue, n'est pas recommandée avant l'âge de quatre mois)" OMS, Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum, 88 p., p. 40

²¹ Cf. annexe 3 : "L'aménorrhée lactationnelle est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi-exclusif (intervalle maximum de 6 heures entre 2 tétées)." INPES- Comment aider une femme à choisir sa contraception - 2008

Au cours de l'été 2008, j'ai envoyé ce questionnaire à 62 mères qui allaitaient un enfant de moins de 6 mois. Ces mères ont été recrutées :

- ▶ par différents forums sur internet. Les questionnaires ont été envoyés par courriel après que j'aie posté une annonce présentant ma démarche sur ces forums :
 - * **Magicmamans** (16 mamans),
 - * **Doctissimo** (16 mères),²²
- ▶ par la **Lactaliste** (12 mères), liste de discussion consacrée à l'allaitement. Les questionnaires ont été envoyés par courriel aux personnes qui m'en avaient fait la demande après que j'aie posté un message présentant ma démarche sur la liste.
- ▶ au cours de réunions d'association de soutien à l'allaitement (6 mères). Les questionnaires ont été remis aux mères répondant aux critères à l'issue de la réunion.
- ▶ à l'occasion d'une réunion organisée par une consultante en lactation au sein d'une PMI (4 mères). Les questionnaires ont été remis aux mères répondant aux critères à l'issue de la réunion.
- ▶ par le biais de La Leche League (LLL) (8 mères à qui les questionnaires ont été envoyés par des animatrices LLL)

²² Parmi les sites les plus fréquentés au moment de l'enquête, Doctissimo occupe la 20^{ème} place.
Mediametrie, Communiqué de presse, L'audience de l'Internet en France Août 2008, octobre 2008, p. 3

III - RÉSULTATS

1. La contraception par l'allaitement dans les écrits à la disposition des usagers.

a) Les ouvrages de puériculture.

La MAMA est la plupart du temps absente des ouvrages de puériculture rédigés à l'intention des parents ou futurs parents. Lorsque la contraception est abordée, l'allaitement est mentionné comme une méthode contraceptive incertaine :

*“Il faut savoir que la première ovulation après l'accouchement peut avoir lieu avant le retour de couches, donc une grossesse peut commencer très rapidement après la précédente si aucune contraception n'est débutée. Même l'allaitement maternel, qui retarde le retour de couches et diminue la fécondité n'est pas un moyen contraceptif suffisant”*²³ peut-on lire dans L'enfant du premier âge, ce petit livre bleu édité par le Comité National de l'enfance et offert à toutes les futures mères par les organismes de Sécurité Sociale. Et il n'y a aucune mention de la MAMA dans le chapitre sur la planification familiale²⁴.

“L'allaitement n'est pas un bon moyen contraceptif” affirment quant à eux, Marcel Rufo et Christine Schilte²⁵. Anne Bacus renchérit avec ces paroles pour le moins contradictoires : *“l'hormone qui active la production de lait stoppe aussi l'ovulation. Mais en aucun cas vous ne devez considérer cela comme une méthode contraceptive fiable”*²⁶. *“Ne vous fiez surtout pas aux bruits qui courent : l'allaitement ne vous protège absolument pas en matière de contraception. C'est donc à vous de vous protéger !”*²⁷ peut-on lire encore dans le Happy Baby book distribué gratuitement aux femmes enceintes dans les boîtes cadeau offertes par l'intermédiaire des professionnels de santé.

b) Les ouvrages “spécial contraception”.

Les auteurs des derniers ouvrages parus en matière de contraception semblent eux aussi complètement ignorer l'existence de la MAMA :

“ Les femmes qui se croient protégées d'une grossesse parce qu'elles allaitent vivent sur

²³ Comité National de l'enfance, L'enfant du premier âge, le livre bleu 2007, p. 105, cf. annexe 5

²⁴ *ibid* page 216

²⁵ Rufo Marcel, Schilte Christine. Élever bébé. Hachette Pratique 2007 p.103, cf. annexe 10

²⁶ Bacus Anne, Le guide des mamans débutantes, Marabout pratique 2006, p. 28, cf. annexe 13

²⁷ Happy Baby Book 2007, p. 35 cf. annexe 12

une idée reçue. En effet, il est tout à fait possible d'être enceinte en allaitant, même si l'allaitement retarde la date de la première ovulation"²⁸ affirment les docteurs Marina Carrere d'Encausse et Michel Cymes sans même parler de la MAMA, ni préciser les modalités d'utilisation de cette méthode contraceptive.

Les informations sur la contraception peuvent être contradictoires dans le même ouvrage. "*Il existe une période de 25 jours d'impossibilité absolue de grossesse. Passé ce délai, c'est-à-dire dès le 25^{ème} jour, une ovulation peut survenir même si la femme allaite*" écrit le Docteur Anne de Kervasdoué dans son ouvrage Questions de femmes, puis un peu plus loin : "*attendez six semaines après la naissance du bébé avant de la prendre (la pilule progestative), car il est prouvé maintenant qu'il n'y a pas de risque d'ovulation pendant cette période.*"²⁹

Mentionnons toutefois Martin Winckler qui présente l'allaitement comme un bon moyen de contraception dans des circonstances bien précises :

"La succion des mamelons par le bébé bloque l'ovulation pendant plusieurs semaines et peut, sous certaines conditions, protéger la femme allaitante d'une nouvelle grossesse". Il poursuit par : *"Beaucoup de femmes désirent donner le sein, mais ne peuvent pas assurer un allaitement au sein exclusif pendant plusieurs mois. Heureusement, l'allaitement est compatible avec plusieurs autres méthodes contraceptives qui ne présentent aucun danger ni pour la mère, ni pour l'enfant pendant l'allaitement."*³⁰ Il propose, malgré tout, par mesure de précaution, une pilule progestative ou un implant dès le 21^{ème} jour³¹.

Hélène Cardin et Danielle Messenger, dans leur livre Aimer sans risque, expliquent quant à elles clairement la MAMA³².

c) Les sites internet :

"L'allaitement est un moyen de contraception. C'est faux ! Bien sûr, le fait d'allaiter retarde la date de la première ovulation, mais il est impossible de prédire cette date à coup sûr. Il est donc dangereux de se fier à cela. En revanche, il faut prendre en compte

²⁸ Cf. annexe 6 **Carrère d'Encausse Marina, Cymes Michel**. Spécial contraception - Le magazine de la santé France 5, Marabout 2004,

²⁹ Cf. annexe 7 **Kervasdoué Anne de** Questions de femmes, Odile Jacob 2004, pages 224-225,

³⁰ Cf. annexe 8 **Winckler Martin**, Choisir sa contraception, Fleurus, 2007,

³¹ *ibid*, page 123

³² Cf. annexe 9. **Cardin Hélène, Messenger Danielle** Aimer sans risque, France Inter, Jacob-Duvernét 2005,

l'allaitement pour choisir la bonne méthode contraceptive.” peut on lire sur **Doctissimo.fr**.³³

Sur la page consacrée à la contraception pendant l’allaitement du site :

mamanpourlavie.com, les informations sont assez contradictoires : l’allaitement est, dans un premier temps, présenté comme inefficace, faillible et peu sûr puis, en fin de phrase, comme une méthode malgré tout efficace à 98 %.³⁴

Les informations données sont parfois fausses, souvent partielles. La MAMA est présentée comme une méthode contraceptive peu fiable et les auteurs conseillent souvent de la renforcer par l’utilisation de préservatifs ou de spermicides.³⁵

2. L’allaitement dans les écrits à la disposition des usagers.

Dans de nombreux ouvrages, les recommandations en matière d’allaitement sont de nature à perturber l’efficacité de la MAMA.

a) L'espace des tétés est encore vu comme nécessaire. Il faut régler cet enfant afin qu’un certain temps sépare deux tétés. *“Un nouveau-né réclame le sein 6 à 8 fois par jour, soit toutes les 3-4 heures de jour comme de nuit(...). Comment savoir que bébé a faim ? Si votre bébé pèse plus de 3 kg, c’est très simple, il suffit d’attendre qu’il pleure de faim. Il est alors très éveillé, bien vigoureux pour téter efficacement. Si votre bébé est moins gros ou s’il ne réclame pas la tétée par lui-même, réveillez-le au moins toutes les quatre heures”* peut-on lire dans le Happy Baby book. *“Apprenez aussi à bien faire la part des choses : au fil des semaines, les pleurs de bébé ne signifient plus seulement qu’il a faim. (...) Ne vous laissez pas piéger en offrant le sein à chaque fois qu’il pleure.”*

“En règle générale, un nouveau-né réclame le sein toutes les 3-4 heures, et cela tend à aller en diminuant avec le temps (ce qui s’explique par le fait que le lait qu’il ingurgite se modifie et le fait qu’il boit plus à chaque repas)” peut-on lire un peu plus loin. L’allaitement à la demande est bien sûr préconisé, mais personne n’explique aux parents ce que signifie l’expression “à la demande” et bien souvent, la recommandation d’attendre au minimum un

³³ http://www.doctissimo.fr/html/grossesse/mag_2002/0419/gr_5406_contraception_accouchement.htm

³⁴ *“Sachez que l’allaitement n’est pas un moyen de contraception efficace et infaillible et encore moins une méthode sûre à 100 %, même s’il est vrai qu’allaiter contribue à ne pas avoir de règles. Toutefois, l’allaitement peut prévenir la grossesse dans plus de 98 % des cas si toutes les conditions suivantes sont respectées.”* <http://www.mamanpourlavie.com/allaitement/sexualite/2165-la-contraception-pendant-et-aprs-l-allaitement.html>

³⁵ Pourtant, leurs indices de Pearl sont inférieurs à celui de la MAMA (2 à 15 % pour le préservatif et 18 à 29 % pour les spermicides). Sources : Pourcentage de femmes concernées par une grossesse non intentionnelle dans la première année d’utilisation de la contraception, Etats-Unis d’Amérique. **OMS**. Département de Santé et Recherche génésiques, Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives page 6 - 2005 - Deuxième édition.).

certain temps (variable de 2h à 3h) entre chaque tétée est donnée aux parents “afin de ne pas perturber la digestion du bébé”³⁶.

Il n'est pas rare de lire qu'un bébé de 2 mois doit prendre 5 à 6 tétées par jour et qu'il ne devrait plus téter la nuit.³⁷

b) Les biberons sont présentés comme un élément incontournable de l'univers du bébé³⁸. Des faire-part de naissance aux albums pour bébés, en passant par les panneaux signalant l'espace où l'on pourra trouver une table à langer sur une aire d'autoroute, ils illustrent presque tous les articles évoquant la petite enfance. Ils font souvent partie du trousseau du nouveau-né et sont présentés comme l'allié du père qui pourra ainsi prendre plaisir à nourrir son enfant.



Enfant magazine n°361 Sept. 2006

*“Dès la naissance, habituez votre bébé à boire au biberon. Donnez-lui de temps à autre de l'eau ainsi que du jus d'orange au biberon.”*³⁹ Familiarisez-le aussi avec le goût du lait artificiel. Pourquoi pas lors du biberon de nuit, que le papa peut ainsi donner pendant que la maman en profite pour faire une grande nuit.” propose Anne Bacus allant ainsi à l'encontre des recommandations de l'OMS et de l'ANAES.

³⁶ “Au sein, c'est bébé qui indique qu'il a faim, n'en déplaise à tous ceux qui voudraient le voir déjà manger à heures fixes. Seules règles à observer : un minimum de deux heures entre les tétées et un repas en 1/4 d'heure, tout au plus ! Aujourd'hui, la plupart des pédiatres conseillent un allaitement à la demande” **Rufo M, Schilte C**, Élever bébé Hachette Pratique, 2007. 768 p. ; p.116. Cf. annexe 10

³⁷ “À partir du troisième mois (...) bébé prend 5 à 6 tétées par jour (parfois 4) avec une pause nocturne de 6 à 8 h.” **Docteur Khind**, pédiatre Mes 12 premiers mois, SMF SA distribué gratuitement

³⁸ “Des biberons premier âge avec leurs tétines, clairement gradués (un ou deux si vous allaitez, six si vous n'allaites pas”. dans le chapitre des achats **Bacus Anne**, Le guide des mamans débutantes, Marabout pratique 2006 page 16, cf. annexe 13

³⁹ *ibid*, page 78

Dans Bébé mode d'emploi de Claire Pinson et Marc Sznajder⁴⁰, on peut lire des recommandations qui, d'une part, présentent le biberon comme la méthode "normale" d'alimentation d'un nourrisson et, d'autre part, incitent les parents à ne pas répondre rapidement aux besoins de leur bébé. Ces recommandations, en perturbant le cours normal d'un allaitement, perturberont aussi l'efficacité de la MAMA :

*"Votre bébé a peut-être faim ? L'heure du biberon approche mais le repas n'est pas encore prêt ? proposez à votre enfant votre petit doigt à téter ou donnez-lui une tétine pour le faire patienter. Il se peut qu'il ait juste envie de téter : la sucette assouvrira son besoin de succion"*⁴¹.

Quant à Marcel Rufo et Christine Schilte, ils opposent l'alimentation au biberon présentée comme pratique, à l'allaitement présenté comme fatigant et non compatible avec une contraception :

*"Des raisons pratiques peuvent conduire à une alimentation au biberon (...) mais des motivations médicales peuvent aussi l'exiger : par exemple, une grande fatigue ou un besoin de contraception rapide après un accouchement."*⁴²

L'allaitement est parfois vu comme une activité "égoïste" qui éloigne les pères de leurs bébés : *"Un des nouveaux plaisirs pour le reste de la famille, une fois qu'on passe au biberon, c'est que l'alimentation du bébé n'est plus exclusivement réservée à la maman. Y participera qui veut : le père, le frère, la soeur, la grand-mère, le parrain. Chacun sera ravi !"*⁴³. C'est pourquoi les mères sont souvent encouragées à tirer leur lait pour que le papa puisse donner un biberon comme dans la publicité d'une célèbre marque de tire-lait. L'idée que la mère pourra se reposer la nuit pendant que le père donnera un biberon de lait maternel est aussi bien souvent avancée⁴⁴. Parfois, c'est la peur de manquer de lait qui conduit à donner des biberons de complément de lait artificiel, la peur de la déshydratation⁴⁵ (entretenu par les

⁴⁰ Cf. annexe 11

⁴¹ **Pinson Claire, Sznajder Marc** Bébé mode d'emploi. Marabout, 2004 page 66

⁴² **RUFO Marcel, SCHILTE Christine.** Élever bébé. Hachette Pratique, 2007. 768 p. p.60

⁴³ Cf. annexe 12 Happy Baby Book p. 53.

⁴⁴ *"Si vous allaitez votre bébé, cela vous permettra de préparer des biberons avec votre propre lait, ainsi le papa pourra vous remplacer de temps en temps pour le repas "* **Claire Pinson, Marc Sznajder, Bébé mode d'emploi**. Marabout, 2004 p.103

⁴⁵ *"Un biberon d'eau peut faire le bonheur des bébés assoiffés. Entre deux tétées, avant de dormir ou en cas de grosse chaleur, pensez à donner régulièrement de l'eau à votre bébé. Le fait de téter peut aussi le calmer et l'aider à trouver le sommeil"* **Claire Pinson, Marc Sznajder, Bébé mode d'emploi**. Marabout, 2004 p. 66

articles de presse sur le sujet) conduit aussi les mères qui allaitent à proposer un biberon d'eau à la place du sein.

Certains auteurs proposent même d'introduire des solides dès trois mois comme Rufo et Schilte qui écrivent dans le chapitre 2-3 mois *"il fait ses premières expériences d'alimentation à la cuillère. Il quitte sa maman dans la journée pour aller à la crèche ou chez une assistante maternelle."* Puis, dans le chapitre 4-5 mois, page 177, sans plus aucune allusion à l'allaitement maternel : *"il fait connaissance avec le lait 2^{ème} âge (...) et avec les céréales infantiles sans gluten, les légumes verts et les fruits, à raison de 2 à 3 cuillerées au repas de midi."*⁴⁶

Toutes ces différentes pratiques préconisées par les livres et sites de puériculture nuisant à une conduite optimale de l'allaitement et, par là même, ne permettant pas l'utilisation de la MAMA, sont-elles courantes, font-elles partie des habitudes culturelles des mères allaitantes en France ?

3. Résultats de l'enquête

Reprenant les modalités d'utilisation de la MAMA, j'ai dépouillé avant de les analyser les questionnaires⁴⁷ afin de déterminer si cette méthode était ou non adaptée aux habitudes culturelles françaises.

a) Âge de l'enfant allaité : les mères interrogées par cette enquête allaient toutes un enfant de moins de 6 mois (âge moyen de 14 semaines). Cette première condition pour que la MAMA soit efficace était donc remplie par l'ensemble des mères interrogées.

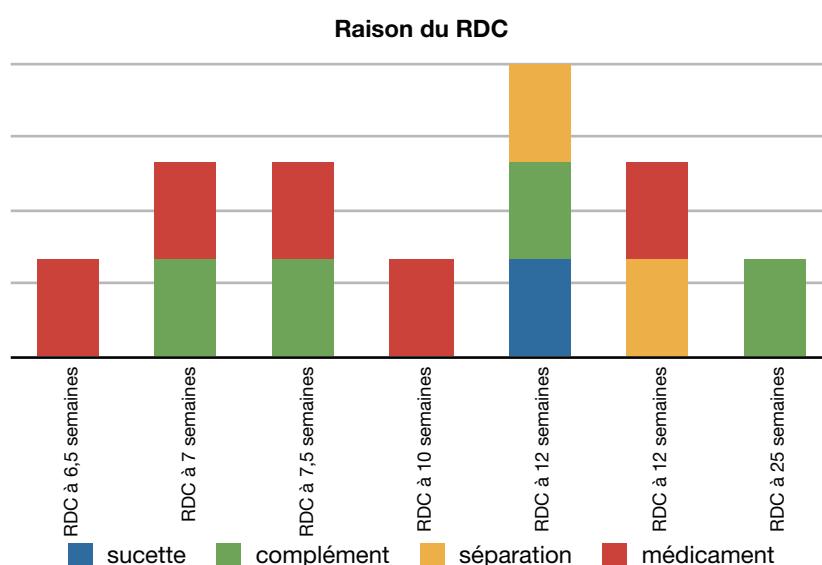
b) Aménorrhée de la mère : 82% des mères interrogées ont déclaré être aménorrhéiques, 11% ont eu leur retour de couches ; pour 6% d'entre elles (4 mamans) je n'ai pas recueilli cette information. Il m'a été difficile (ainsi qu'aux mères interrogées semble-t-il) d'évaluer la date du retour de couches (RDC), étant donné que la plupart des mères utilisaient une méthode contraceptive pouvant provoquer des saignements ou pouvant supprimer les règles (progestatifs).

⁴⁶ RUFO Marcel, SCHILTE Christine. Élever bébé. Hachette Pratique, 2007. 768 p. p.137 et 177

⁴⁷ Cf. annexe 1

Parmi celles qui ont eu leur RDC (7 personnes), on remarque :

- * une absence de la mère, reprise du travail pour l'une à 16 semaines (RDC à 3 mois) et un bébé prématuré pour l'autre (RDC à 3 mois) ;
- * une conduite de l'allaitement favorisant un RDC précoce⁴⁸ : aucune tétée de nuit, seulement 4 à 5 tétées par jour (bébé 7 semaines) ;
- * la prise de Microval[®], réputée pour provoquer des micro-saignements qui peuvent être pris pour des règles (RDC à 7,5 semaines avec 15 jours de saignements) ;
- * un "faux RDC" à 6,5 semaines post-partum (les saignements pendant les 8 semaines post-partum ne sont pas considérés comme un RDC)⁴⁹.

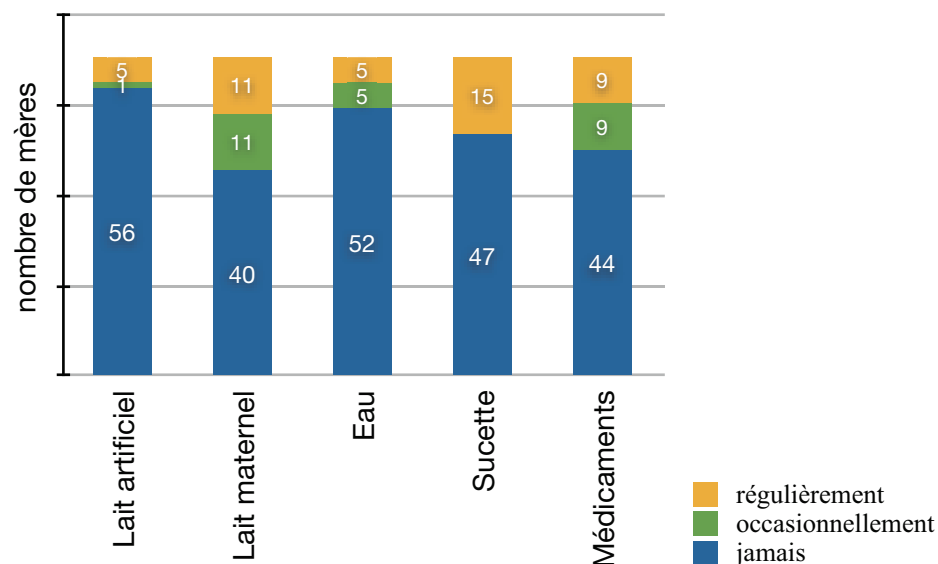


c) Conduite de l'allaitement :

En moyenne, les bébés de l'enquête étaient un peu plus d'une fois par nuit et de 6 fois par jour, soit une moyenne de 7,55 tétées par 24 heures.

⁴⁸ "Il (le bébé) est nourri à la demande, jour et nuit, l'espace entre les tétées n'étant pas supérieur à 6 heures. Si elle ne le nourrit pas entièrement, on observe une reprise rapide de l'ovulation avant le retour de couches et une diminution de la durée de l'aménorrhée." OMS Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum: guide pratique 88p. ; p.39.

⁴⁹ Toutefois, il est peu probable qu'un saignement vaginal au cours des 8 premières semaines après l'accouchement chez une femme qui allaite complètement son enfant soit un signe de retour à la fécondité (Visness et al. 1997a,b).

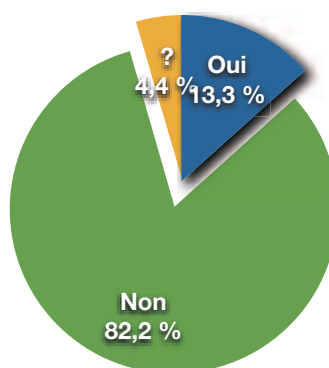


d) Utilisation de la sucette : Elle ne semblait pas prépondérante (75% ont déclaré ne pas utiliser de sucette).

e) Compléments : En grande majorité ces mères ne donnaient pas de compléments (seulement 5 mères sur 62 donnaient des biberons de lait artificiel, 5 donnaient de l'eau)

f) Reprise d'une activité salariée : Sur le panel interrogé, 82% des mères n'avaient pas repris une activité salariée. Si on élimine les personnes qui avaient accouché depuis moins de 10 semaines, on s'aperçoit que seulement 13,3 % des mères de l'enquête avaient repris une activité les obligeant à se séparer de leur enfant à l'issue de leur congé maternité, ce qui rejoint les chiffres de l'étude de l'INSEE : en 2006, 12% des mères actives ont pris un congé strictement égal à la durée légale du congé maternité.⁵⁰

reprise d'une activité salariée après 10 semaines

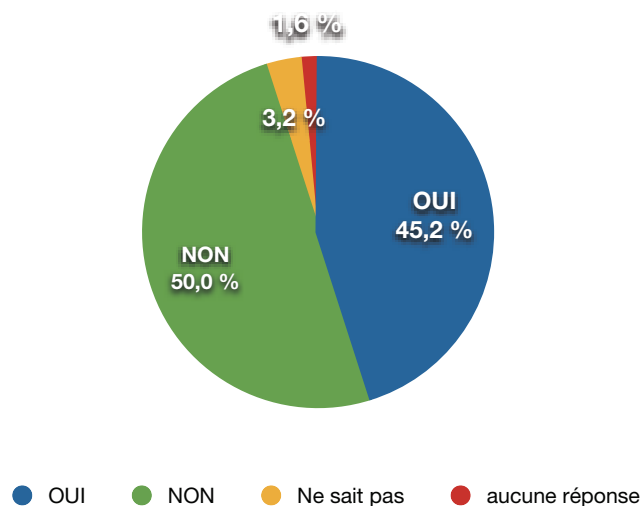


g) Évaluation de la MAMA : Parmi les 62 personnes interrogées, 28 personnes (45,2 %) ont

⁵⁰ DREES, Le congé maternité, *Etudes et résultats* n°531, octobre 2006

répondu que la MAMA était compatible avec leur style de vie, 31 (50 %) ont répondu que la MAMA n'était pas compatible avec leur style de vie, deux (3,2 %) ne savaient pas et une n'a pas répondu à la question.

La MAMA est-elle compatible avec votre style de vie?



Parmi celles qui ont répondu “oui, la MAMA est compatible avec mon style de vie”, elles étaient seulement 4 (18,2 %) à utiliser la MAMA, 6 (22,7%) n'utilisaient aucune contraception par abstinence ou désir d'un autre enfant, 7 (27,3%) utilisaient le préservatif (3 d'entre elles avaient commencé par la pilule puis étaient passées au préservatif suite à la difficulté de prendre régulièrement cette contraception), 8 (18,2%) utilisaient la pilule, 4 (13,6%) un dispositif intra-utérin (DIU).

Parmi les 62 personnes interrogées, 41 (66,1 %) correspondaient aux critères de la MAMA, 19 (30,6 %) ne répondaient pas à tous les critères, pour 1 personne, il manquait la donnée RDC, une autre indiquait que son RDC avait eu lieu à 2,5 mois lors de la pause du DIU. À la question 20 “Pensez-vous que la MAMA (contraception par l'allaitement) est compatible avec votre style de vie ?” : 22 des 41 qui répondaient aux critères de la MAMA ont répondu OUI (soit 53,7%), 18 ont répondu NON (soit 43,0 %), une ne savait pas (soit 2,4 %). Dans les 2 cas, les observations avaient pour trait :

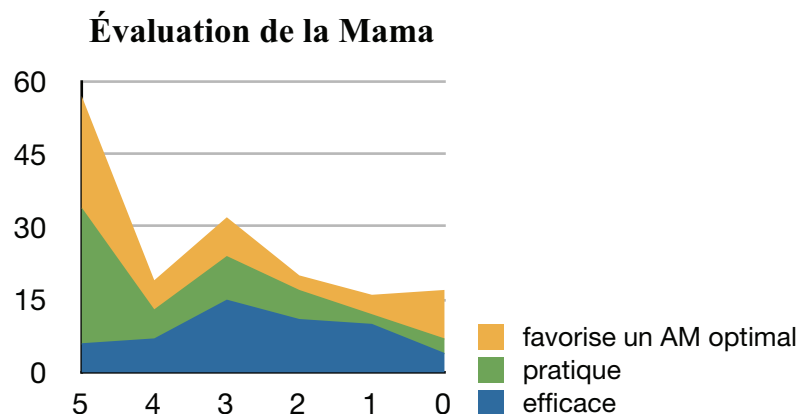
- La fiabilité : “*peur que cela ne fonctionne pas*”, “*pas assez fiable*” (9 personnes), “*pas confiance en ce mode de contraception*”, “*peur des 2% de risque*”, “*vieilles croyances qui ne fonctionnent pas : 2 copines enceintes*”, “*1^{er} RDC pour l'aîné à 4 mois malgré la réunion des conditions*”, “*peur nouvelle grossesse*”, “*trop risqué*”, “*même si c'est efficace à 98 %, restent les 2%*”, “*j'ai peur que cela ne soit pas suffisant et cela me bloquerait*”.

- La contrainte d'un certain nombre de tétées : “*peur que cela ne suffise pas car bébé*

espace trop les tétées”, “mon bébé espace ses tétées de plus de quatre heures quelques fois”, “si mon enfant dort plus de 6 heures de suite, je ne souhaite pas le réveiller”, “bébé très irrégulier et RDC vers 4 mois 1/2 les autres fois”, “obligation de calculer les intervalles entre les tétées”, “à cause du rythme d’allaitement”, “je suis complètement le rythme de ma fille pour les tétées” (bébé de 2 mois : 6 tétées par jour, aucune la nuit).

On notera par ailleurs qu’une femme qui répondait parfaitement aux critères de la MAMA et qui co-allaitait un bébé de 3 mois et 13 jours et un enfant de 3 ans et demi (qui tétait 2 fois par jour) a répondu qu’elle pensait que son style de vie n’était pas compatible avec la MAMA car son bébé était très irrégulier dans son espacement des tétées (parfois 5 à 6 heures en journée, parfois ne tète qu’une fois par nuit) et que sur 4 enfants, elle a eu 2 RDC à 4 mois 1/2 post-partum et une fois à 20 mois (pour le dernier RDC).

Quand j’ai demandé aux mères interrogées d’évaluer l’efficacité de la MAMA, les réponses ont été très variées, allant du “pas du tout efficace” au “très efficace”. Son côté pratique ainsi que le fait que cette méthode favorise un allaitement optimal ont été massivement soulignés par les mères (même si certaines ne voyaient pas en quoi la méthode favorisait un allaitement optimal).

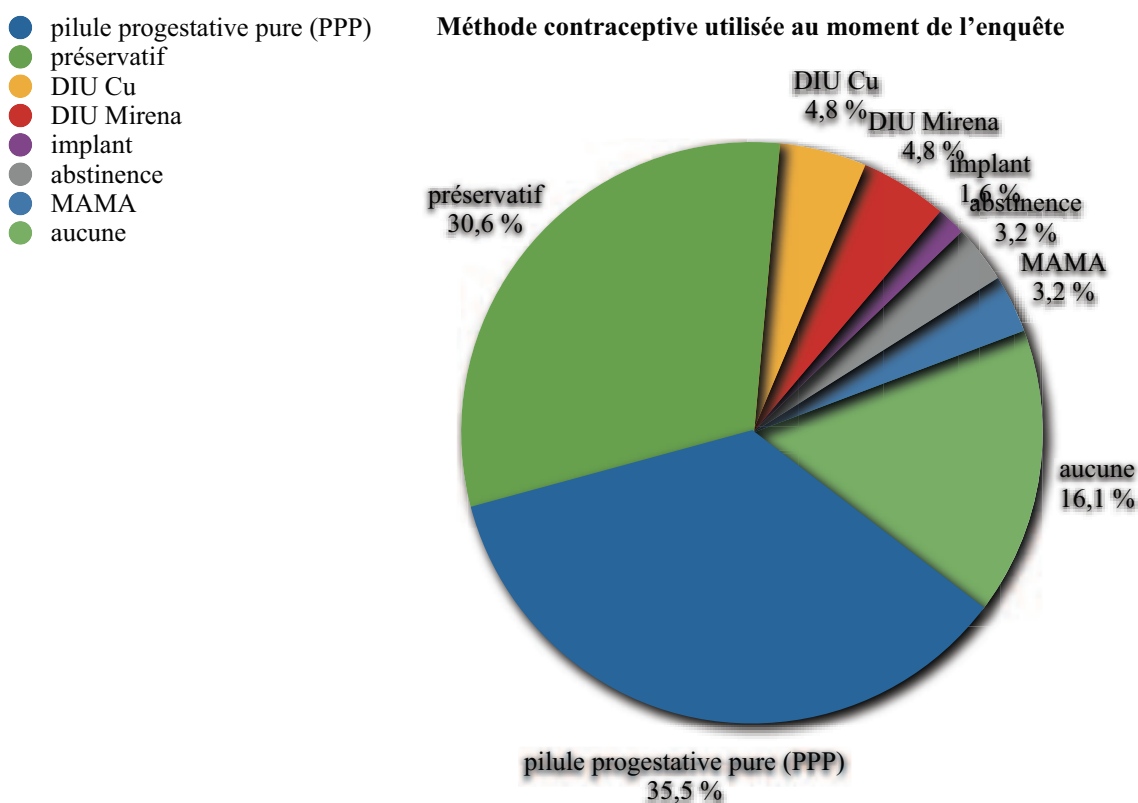


Parmi les personnes qui ne correspondaient pas aux critères de la MAMA, 6 (30%) mères ont pourtant répondu que leur style de vie correspondait : l’une avait eu un RDC à 3 mois (bébé prématuré), une ne donnait pas de tétée de nuit et elle avait donné du lait artificiel durant une période de 4 semaines puis était revenue à un allaitement complet, une autre dit donner régulièrement des biberons de lait artificiel (2 par jour) et ne pratique donc plus un allaitement complet, 5 sur 6 ne donnent plus de tétée la nuit.

h) Contraception utilisée :

Ces mères ont, en majorité, déjà entendu parler de la MAMA, mais presque toutes utilisent un autre moyen de contraception, considérant que la MAMA n'est pas fiable. Certaines ont même refusé de répondre à la question 16 de mon questionnaire leur demandant de noter de 0 à 5 la fiabilité de la MAMA, au prétexte que ce n'était, de toute façon, pas une méthode contraceptive, alors même qu'elles avaient pu lire, dans l'encadré au-dessus de la question, la présentation de la MAMA telle que décrite par l'OMS.

Les méthodes contraceptives utilisées en majorité par les mères sondées sont la pilule progestative pure (PPP) (Cérazette® [28 %] ou Microval ® [13 %]) puis le préservatif (26%).

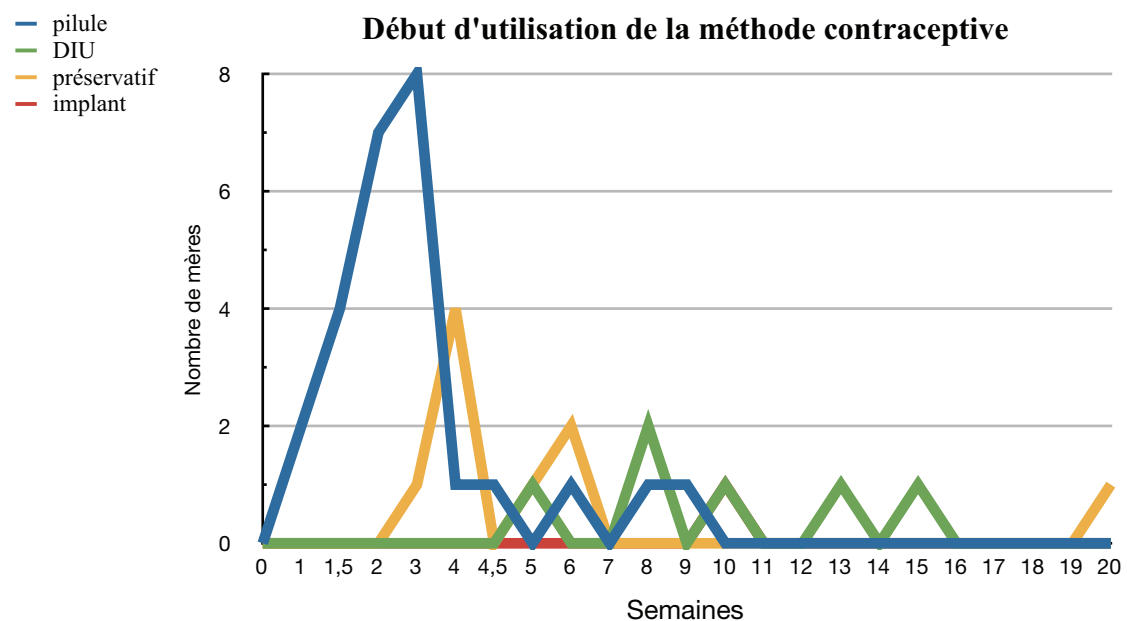


Certaines n'utilisent aucune méthode contraceptive, les raisons évoquées sont : pas de reprise d'activité sexuelle, ou désir d'un autre enfant. On notera que quelques mères ont coché la case "aucune" alors qu'elles utilisaient vraisemblablement une autre méthode contraceptive :

- la MAMA, comme cette femme qui écrit : *"En allaitant ma première fille, je n'ai eu mon retour de couches qu'à 23 mois, je pense donc être protégée par l'allaitement."*

- le coït interrompu : *"Je suis en attente de pose du stérilet et je ne voulais pas d'hormone car trop de saignement en dehors des règles et je suis migraineuse et les autres méthodes ne m'intéressent pas car je pense avoir mon stérilet rapidement. En attendant, c'est la méthode du coït interrompu"* (bébé de 2 mois, allaitement complet jour et nuit).

Les pilules progestatives pures (PPP) (Cérazette® et Microval®) sont prises très tôt après l'accouchement : parfois dès 8 jours post-partum, plus souvent vers 2 semaines.



De plus, on note que certaines mères passent d'une méthode à l'autre au cours de ces 6 premiers mois car elles n'arrivent pas à prendre régulièrement leur pilule comme S. qui écrit : *"Je la tolère bien (Cérazette®) par contre, repenser à prendre la pilule chaque jour n'a pas été évident : les deux premiers mois, je l'oubliais régulièrement"*. D'autres se trouvent confrontées à une baisse de lait ou encore à une incompréhension de la part de leur gynécologue. *"À la maternité, on m'a prescrit une pilule (Cérazette®) que j'ai prise 2 mois, mais je trouve cela très contraignant, j'avais sans cesse peur de l'oublier (je l'ai d'ailleurs*

oubliée une fois). Ma gynécologue m'a ensuite prescrit, elle aussi, Cerazette® pour 3 mois supplémentaires "jusqu'à la fin de l'allaitement", puis Nuvaring® qui est mon mode de contraception habituel mais qui, apparemment, n'est pas compatible avec l'allaitement. Or, je n'ai pas du tout l'intention d'arrêter d'allaiter aux 6 mois de ma fille, j'ai donc décidé d'arrêter Cérazette® et d'utiliser des préservatifs." rapporte l'une des femmes interrogées.

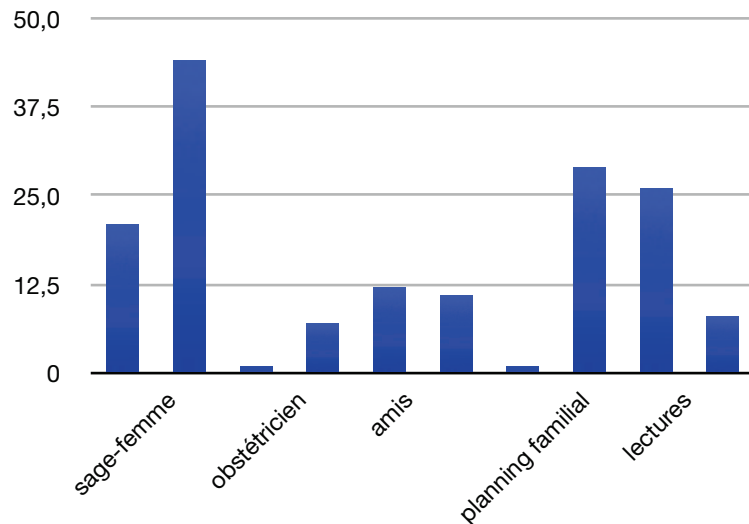
Plusieurs mères se plaignent de maux de tête ou de baisse de moral : *"A un mois 1/2 j'ai commencé Cérazette®, puis 2 mois après, je l'ai arrêtée car je n'étais pas bien moralement, puis j'ai placé le stérilet aux 3 mois 1/2 de ma puce et c'est super"* (H.).

On peut noter que la plupart des mères prenaient une contraception hormonale même si elles n'avaient pas de rapports sexuels comme cette femme qui écrit : *"J'ai essayé Microval® 10 jours après l'accouchement, mais maux de tête +++ je l'ai donc arrêtée ! Pas de rapport, donc aucun risque ; j'attends la visite de suite de couches avec gygy pour qu'il me prescrive la Cérazette®, celle que j'avais avant qui me convenait très bien malgré qu'elle ne soit pas remboursée ; en attendant si rapport, il y a préservatif ou retrait. nous ne sommes pas contre un 2^{ème} bébé !!"* ou cette autre femme qui a coché deux cases du questionnaire : la case "Cérazette®" et la case "autre" en précisant : *"épiso"* indiquant sans doute par là que la cicatrice de l'épisiotomie était encore douloureuse et excluait les rapports sexuels.

Sur 41 femmes répondant aux critères de la MAMA seulement 2 déclarent l'utiliser au moment de l'enquête. 2 femmes l'avaient utilisé dans les mois précédents (l'une jusqu'à 3 mois, l'autre jusqu'à 5 mois), 5 ont déclaré qu'elles n'utilisaient aucune méthode contraceptive : 1 compte sur la protection procurée par l'allaitement, 2 n'ont pas donné de raison, 1 souhaite un 2^{ème} enfant, 1 réponse peu claire.

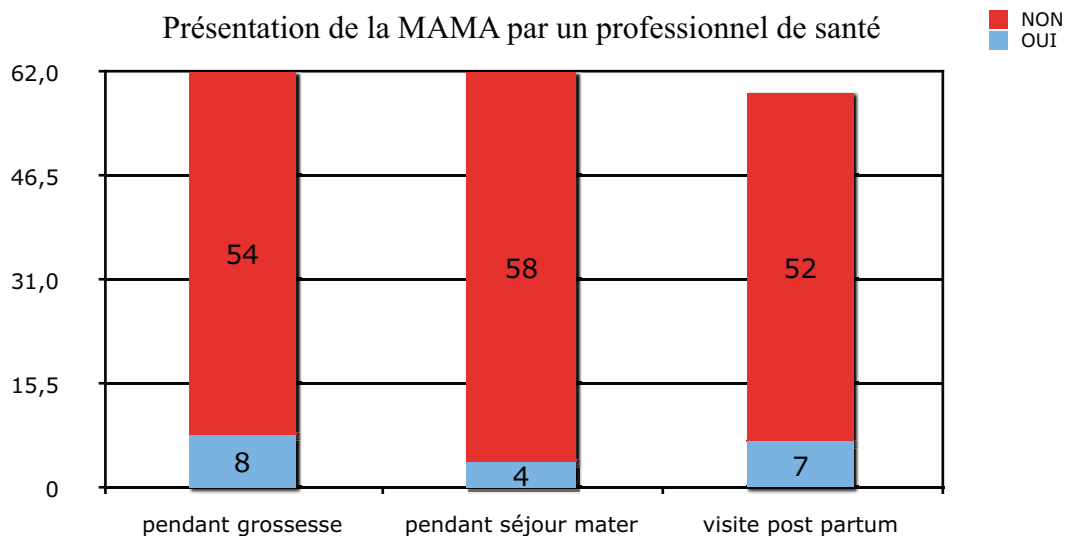
i) Les principales sources d'information concernant la contraception provenaient des gynécologues (cités par 44 femmes sur 62) puis venaient Internet (29 personnes) et les lectures (26 personnes) ; il est à noter que le planning familial n'a été coché que par une seule femme. L'enquête n'a pas déterminé pas quels étaient les sites consultés par ces femmes sur Internet, ni quelles étaient leurs lectures.

Sources d'information en matière de contraception



j) Discussion avec un professionnel de santé

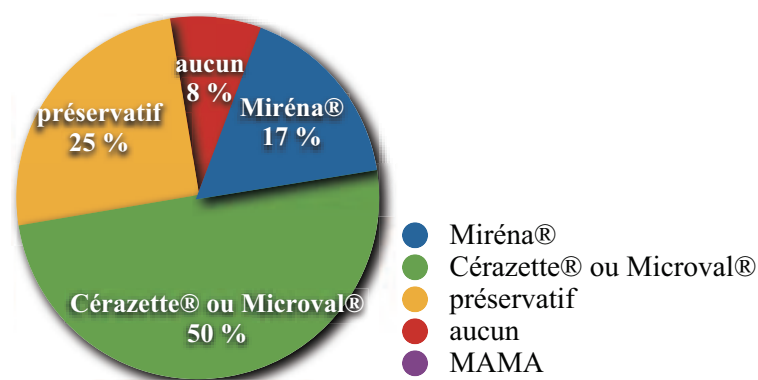
Très peu de femmes ont discuté de la MAMA avec un professionnel de santé : au cours de leur grossesse (8%), au cours de leur séjour en maternité (4 %) ou lors de la visite post-partum (7 %).



Quand on croise les données, on s'aperçoit d'ailleurs que celles qui en ont discuté avec un professionnel de santé sont celles qui ont le plus de doute sur l'efficacité de la méthode. Par contre, nombreuses sont les mères qui en ont discuté avec leurs amis ou leur famille.

18% n'ont pas répondu à cette question, ce qui laisserait à penser que la contraception induite par l'allaitement n'a jamais été abordée au cours d'une conversation.

Parmi les femmes qui ont discuté de la MAMA avec un professionnel de santé, quels sont les moyens de contraception utilisés ?



En ce qui concerne spécifiquement la contraception induite par l'allaitement, les personnes interrogées citent presque à égalité les professionnels de santé et les proches. 18 % n'ont coché aucune réponse.

IV - DISCUSSION

a) Défauts et biais de l'enquête.

J'ai commencé à travailler sur ce mémoire en établissant un questionnaire de 18 items et je me suis assez vite rendue compte, à la réception des réponses, que deux questions essentielles avaient été oubliées : la fait que ces femmes avaient ou non observé un retour de couches et le fait qu'elles travaillaient ou non. J'ai donc ajouté ces deux questions pour les mères contactées ultérieurement et j'ai recontacté celles dont j'avais les coordonnées afin de leur demander si elles avaient repris le travail et si elles avaient eu leur RDC à la date à laquelle elles avaient répondu au questionnaire. 3 personnes n'ont pu être recontactées ce qui explique le défaut de données à cet item.

Je me suis aussi rendue compte que certaines questions étaient peu claires et rendaient les réponses aléatoires, notamment au niveau du nombre de tétées la nuit et le jour (quand commence la nuit ?) et auraient mérité une observation en continu sur une journée, un travail d'ethnologue que je n'avais pas le temps ni les moyens de réaliser.

Le nombre de compléments m'a paru difficile à évaluer : certaines mères ont donné quelques biberons d'eau l'été, de façon irrégulières, certains bébé ont bu du lait artificiel à un moment précis au cours de leurs 6 premiers mois, sans que cela facilement quantifiable.

L'utilisation de la sucette est elle aussi peu précise et les réponses ont pu être biaisées selon l'opinion que ces mères avaient de la sucette. Ce qui explique peut être le faible taux d'utilisation trouvée.

L'échantillon était-il représentatif de la population française ? Etant donné que les femmes qui ont accepté de répondre à ce questionnaire ont été recrutées par le biais d'Internet essentiellement, elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des mères allaitantes françaises (même si l'utilisation d'Internet se démocratise de plus en plus⁵¹). J'ai recueilli la profession de ces femmes ainsi que leur parité, mais je n'ai pas exploité ces données qui

⁵¹ "En octobre 2008, plus de 32 millions de personnes âgées de 11 ans et plus se sont connectées à Internet au cours du dernier mois soit 61,0% de la population." **Mediametrie** Communiqué de presse, L'audience de l'Internet en France Octobre 2008 décembre 2008 p. 2

m'auraient pourtant permis de déterminer de façon plus significative à quel niveau socio-économique ces femmes appartenaient.

Quelles sont les habitudes culturelles françaises qui pourraient compromettre la MAMA ?

b) L'utilisation de la sucette :

La sucette (appelée aussi "tétine") rappelant le sein maternel⁵² est souvent utilisée pour espacer les tétées. Le nombre important d'articles sur le sujet dans les différents ouvrages de puériculture ainsi que l'abondante littérature pour enfants traitant de ce sujet soulignent combien



Exemple de faire-part

l'utilisation de la sucette est ancrée dans nos habitudes culturelles.⁵³ Cependant, on note une utilisation modérée de la sucette dans mon enquête puisque seulement une maman sur quatre l'utilise. L'échantillon de femmes recrutés par cette enquête est sans doute peu représentatif de la population générale française.

c) L'absence de tétées de nuit :

"Fait-il ses nuits ?" : c'est une question à laquelle de nombreux parents français sont confrontés de la part de leur famille, de leurs amis, voire même de leurs collègues de travail et ceci dès le premier mois du nourrisson. Il est culturellement admis dans notre société que les bébés doivent rapidement dormir une nuit complète ; les livres proposant des "méthodes" pour apprendre aux enfants à dormir fleurissent sur le sujet même si, depuis quelques années, la notion de sommeil partagé est présentée comme en témoigne le feuillet diffusé par l'UNICEF : Partager un lit avec votre bébé⁵⁴. Les tétées de nuit



⁵² "TÉTINE n.f. Embout de caoutchouc ayant la forme d'un mamelon, que l'on fait téter au nourrisson pour la calmer." Larousse 2007.

⁵³ Cf. annexe 14 : La tétine dans la littérature enfantine.

⁵⁴ UNICEF UK Baby Friendly Initiative avec la Foundation for the Study of Infant Deaths - Partager un lit avec votre bébé - Un guide pour les mères qui allaitent
www.babyfriendly.org.uk/pdfs/french/sharingbedleaflet_french.pdf

sont considérées comme fatigantes, inutiles, à supprimer au plus vite alors qu'elles pourraient être valorisées. Il me semble important que les puéricultrices, les pédiatres, les sage-femmes présentent les tétées de nuit comme l'expression d'un besoin normal et utile à la fois pour le bébé et pour sa mère. L'effet contraceptif de ces tétées pourrait être mis en avant et les professionnels de santé pourraient expliquer l'utilité des tétées de nuit qui permettent d'obtenir facilement une contraception efficace les six premiers mois.



d) L'ajout de compléments liquidiens :

L'eau, les substituts du lait maternel, les autres liquides et les aliments solides sont exclus de la définition de l'allaitement maternel exclusif.⁵⁵ Pourtant, plusieurs parents évoquent la prise régulière d'homéopathie mélangée à de l'eau dans un biberon. Les mamans qui ont rempli mon questionnaire notent même des mesures très précises comme 5 ml le matin et 2 ml le soir (bébé 13 semaines) ou 5 ml matin, midi et soir, soit 15 ml par jour (bébé 2,5 mois). Pratiquent-elles un allaitement exclusif ?

De nombreux bébés ont des épisodes de reflux qui inquiètent les parents et conduisent les pédiatres à prescrire différents médicaments à prendre avant les tétées comme Gasviscon® ou Topaal®. Une maman dit donner 4 fois par jour du Motilium® plus du Mopral® à son bébé de 7 semaines ; une autre dit donner du Motilium® 3 fois par jour et du Topaal® après chaque tétée ; une autre donne un médicament (non cité) avant chaque tétée. Selon la définition de l'OMS, l'allaitement reste exclusif malgré la prise de médicaments, mais quand cette prise est régulière et sous forme de liquides, ne va-t-elle pas contrarier l'efficacité contraceptive de l'allaitement ?

Peut-on alors encore parler d'allaitement "exclusif" ? Différentes études sont en cours pour évaluer si la MAMA serait efficace avec un allaitement "presque complet".

En proposant cette alternative aux mères, rendrait-on la MAMA plus populaire ?

e) La reprise du travail

De nombreuses personnes pensent que la MAMA n'est pas adaptée aux habitudes culturelles françaises car la reprise du travail est rapide, ce qui contraint les femmes à limiter

⁵⁵ **World Health Organization.** Promoting proper feeding for infants and young children. 2004. Geneva. <http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/en/>

le nombre de tétées ou à sevrer quand elles ne reçoivent ni soutien, ni information sur le maintien de l'allaitement dans cette situation. Or, mon enquête révèle que parmi les 62 femmes qui ont répondu, 81% n'avaient pas repris une activité les obligeant à s'éloigner de leur bébé.

La MAMA pourrait alors être proposée comme méthode contraceptive aux femmes qui démarrent un allaitement en leur expliquant qu'à partir du moment où elles reprendront une activité les obligeant à se séparer de leur bébé fréquemment, il leur faudra penser à une autre méthode contraceptive.

f) Quelles informations sur la contraception les femmes reçoivent-elles ?

Les femmes ont-elles accès aux informations pertinentes sur la contraception et en particulier sur la MAMA ?

Les professionnels de santé qui côtoient des futures mamans et des mamans en post-partum ne semblent pas suffisamment informés sur cette méthode, préférant prescrire une méthode contraceptive plus "sûre" à leurs yeux. Cela n'a rien d'étonnant quand on lit les articles destinés aux professionnels de santé comme cet extrait du Concours Médical : "*Le fait d'allaiter ou de ne pas allaiter n'est pas déterminante sur le choix du contraceptif.*" puis, "*la pilule oestroprogestative reste peu utilisée au cas d'allaitement alors que seulement 0,02% des oestrogènes et 0,1% des progestatifs passent dans le lait, donc sans conséquence notable pour le nourrisson*"⁵⁶.

Voici par exemple ce que préconise un médecin sur le site **esculape.com** : "*Chez les femmes qui allaitent, le premier mois où les rapports sont rares et l'ovulation bien inhibée, on préconisera, si besoin, plutôt les méthodes locales naturelles. En cas d'anxiété contraceptive, la micropilule est possible, remboursée (Microval ® 1,69 € par mois) ou non remboursée (Cérazette ® 7 à 9 € par mois) mais préférable ++++. Elle sera commencée entre J+3 et J+21*"⁵⁷ Après avoir dit que les rapports étaient rares et l'ovulation inhibée, une contraception locale, voire hormonale est malgré tout proposée : quel luxe de précautions !

Quant au protocole de la fédération de gynécologie-obstétrique pour la contraception du post-partum, après avoir différencié les femmes en deux groupes (les disciplinées et les indisciplinées (sic !)), il propose des progestatifs (Microval® ou Cérazette® pour les femmes "disciplinées" et Implanon® pour les "indisciplinées") et le préservatif pour celles qui auraient

⁵⁶ Mulet F, Descamps P, Lansac J, Le Concours médical 05/09/2006, vol.128 25/26, p. 1059-1061

⁵⁷ Cf. annexe 17

une contre-indication aux micro-progestatifs ou celles qui ne souhaiteraient pas de contraception hormonales. La MAMA est pourtant mentionnée dans ce texte à la rubrique “annexe - rappels physiologiques” (et non pas dans la rubrique “allaitement” comme on aurait pu s’y attendre), suivi des remarques suivantes : *“Mais en pratique, rare dans nos sociétés et malgré l’allaitement exclusif à 1,5 mois, 5% des femmes ont ovulé et 15% sont réglée, à 3 mois, 25% des femmes ont ovulé et 45% sont réglées, à 6 mois, 65% des femmes ont ovulé et 85% sont réglées”* sans aucune mention des sources.⁵⁸

Même le groupe de travail “allaitement maternel” du réseau **Sécurité naissance-Naître ensemble des Pays de la Loire** qui a rédigé la plaquette La contraception et l’allaitement maternel⁵⁹ propose en premier choix les méthodes locales et les méthodes hormonales, dans la partie “les méthodes possibles” et place en toute fin du document dans la partie “les méthodes à éviter” la présentation de la MAMA en signalant que *“l’allaitement a dans certaines conditions un effet contraceptif”*. La MAMA y est certes clairement décrite, mais avec une mise en garde : *“Cette méthodes nécessite des conditions strictes qui ne conviennent pas à toutes les femmes”* que l’on ne retrouve pas pour les préservatifs , ni pour la Microval® (seule indication : *“prise à heure fixe $\pm$ 2-3 heures”* alors que la formule *“cette méthode nécessite des conditions strictes qui ne conviennent pas à toutes les femmes”* aurait pu se justifier ici).

Le fait que la pilule progestative (Microval® ou Cérazette®) soit prescrite si tôt (parfois dès 8 jours post-partum) pose question : les prescripteur ne semblent pas savoir que ces pilules agissent en effet très rapidement et pourraient donc être débutées à la reprise de l’activité sexuelle. En effet, selon l’OMS, une femme présentant une aménorrhée peut démarrer la pilule progestative pure à n’importe quel moment, si l’on a de bonnes raisons de considérer qu’elle n’est pas enceinte. Elle devra seulement s’abstenir de rapports sexuels ou avoir recours à un moyen de contraception complémentaire pendant les 2 jours suivants le début de la prise.⁶⁰ Une information claire sur le mode d’action de ces pilules progestatives permettrait pourtant à ces femmes de faire un choix éclairé quant à leur contraception et de débiter une PPP seulement au moment où l’un des critères de la MAMA n’est plus respecté.

⁵⁸ Cf. annexe 16

⁵⁹ Cf. annexe 3

⁶⁰ **OMS**, Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives 2005 - Deuxième édition chap.4

De plus, les femmes pourraient être informées des taux d'efficacité des différents moyens de contraception proposés⁶¹, y compris la MAMA et des recommandations de l'HAS qui sont très claires : *“Si la femme souhaite une contraception hormonale, celle-ci ne doit pas être débutée avant la sixième semaine du post-partum”*⁶².

g) Les méthodes prescrites sont-elles plus efficaces que la MAMA ?

D'après l'étude des Dr Nathalie Bajos et Nadine Job-Spira de l'INSERM⁶³, les deux-tiers des grossesses non désirées sont le fait de femmes utilisant une contraception. Un cinquième de ces grossesses intempestives est survenu chez des femmes prenant la pilule et un dixième parmi celles qui utilisent un stérilet.

Par ailleurs, on pourra noter que cette étude qui analyse les échecs des différents moyens contraceptifs, ne prend pas en compte la MAMA. J'ai contacté N. Bajos en juin 2008 pour avoir plus d'informations sur le taux d'échec de la MAMA : elle m'a répondu qu'elle n'avait aucune donnée sur le sujet, ce qui montre d'une part à quel point la MAMA est une méthode ignorée en France, même de la part des spécialistes de la contraception et d'autre part que les allégations d'inefficacité de la MAMA ne reposent en fait sur aucune étude précise sur le sujet.

Nathalie Bajos souligne que *“Les échecs contraceptifs sont nombreux car nous sommes dans une logique médicale de prescription qui ne tient pas compte des conditions de vie des femmes.”*⁶⁴

“Un autre facteur important, est l'inadéquation entre les méthodes contraceptives utilisées et les conditions de vie des femmes auxquelles elles sont prescrites. La très forte médicalisation de la contraception qui prévaut en France fait que la seule absence de contre-indication médicale suffit à ce que la pilule soit prescrite. Or, la contraception orale est très efficace théoriquement, mais une femme dont la vie sexuelle est irrégulière oubliera bien plus souvent de prendre la pilule qu'une autre qui vit en couple stable ; et les oublis sont plus fréquents lorsque le rythme de vie est bouleversé par des tout-petits, ou si la femme travaille

⁶¹ 3% des demandes d'IVG sont faites par des femmes prenant Microval® (Le Concours Médical 2006 : 128(25/26) :1059-1062-

⁶² HAS, Favoriser l'allaitement maternel Processus - Évaluation page 28 - Juin 2006

⁶³ Bajos, Leridon, Goulard, Oustry, Job-Spira and the COCON group, Contraception : from accessibility to efficiency, Human reproduction Vol.18, N°5, pp.994-999, 2003.

⁶⁴ Entretien de **Maud Dugrand** avec Nathalie Bajos : L'IVG reste un acte médical fréquent, Article paru le 15 janvier 2005 dans l'Humanité.

selon des horaires irréguliers.” souligne encore Nathalie Bajos⁶⁵ confortant ce qu’a écrit une femme sur son questionnaire : “J’ai l’impression que les médecins imposent la pilule”.

Nathalie Bajos souligne encore une fois que la pilule, si fortement prescrite aux femmes allaitantes et si tôt (parfois dès le 8^{ème} jour post-partum), n’est sans doute pas réellement compatible avec le mode de vie d’une nouvelle maman ce qui est confirmé par les témoignages de mon enquête de plusieurs femmes qui préfèrent alors avoir recours aux préservatifs après avoir oublié plusieurs fois leur pilule.

Ces femmes auraient peut-être apprécié d’avoir une information claire et pertinente sur la MAMA de la part de leur gynécologue ou sage-femme. Une mère a ajouté dans le mail qui accompagnait son questionnaire : *“Les personnes à la maternité ne nous mettent pas assez au courant des différents types de contraception et nous imposent Cérazette®. C’est le sentiment que j’ai eu à mes trois accouchements mais heureusement je peux parler avec mon médecin traitant car ne nous dit pas que chez certaines femmes ça peut entraîner une baisse de lait.”*

Il existe pourtant un feuillet destiné aux professionnels de santé : Comment aider une femme à choisir sa contraception⁶⁶ qui explique en détails comment doit se dérouler une consultation de contraception selon le modèle BERCER⁶⁷ de l’OMS en soulignant que *“la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle en fonction de sa réalité quotidienne”* ; l’information donnée doit être *“claire, hiérarchisée et sur mesure”*. On notera que ce feuillet présente l’aménorrhée lactationnelle comme une méthode efficace, et qu’il indique qu’un *choix adapté pourrait améliorer l’efficacité pratique des méthodes contraceptives, laquelle est généralement inférieure à leur efficacité théorique (celle des essais thérapeutiques)”*.

⁶⁵ **Bajos Nathalie**, Intervention devant La Délégation aux droits des femmes et à l’égalité des chances entre les hommes et les femmes, 18 janvier 2005 <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr-delf/04-05/c0405009.asp>

⁶⁶ Cf. annexe 3

⁶⁷ <http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fj48edsum.shtml>

h) La crainte de débiter une nouvelle grossesse avant le retour de couches est-elle fondée ?

La crainte d'une grossesse avant le retour de couches semble être la raison majeure qui explique les réticences envers la MAMA : les femmes et les professionnels de santé se demandent comment le critère de l'aménorrhée a pu être retenu alors que, par définition, une ovulation doit survenir AVANT le retour de couches. Or, l'explication de l'efficacité de la MAMA, même avec un retour de couches avant 6 mois, semble résider dans le fait que la phase lutéale de cette première ovulation (pendant les 6 premiers mois, si elle a lieu) serait de mauvaise qualité et ne permettrait donc pas à une grossesse de se développer. Mais il semble que les femmes et les professionnels n'ont pas cette information⁶⁸ pourtant capitale dans l'utilisation et la compréhension de cette méthode.

⁶⁸ "Cette méthode n'a pas été uniquement étudiée dans les pays en développement. On a analysé l'activité ovarienne chez un groupe important de femmes australiennes ayant pratiqué l'allaitement au sein pendant une période prolongée, en mesurant la progestérone salivaire et l'excrétion d'oestrogènes et de prégnanediol (Lewis et al. 1991, Short et al. 1991). La conclusion de cette étude a été que l'aménorrhée lactationnelle fournissait apparemment une bonne protection contre la grossesse au cours des six premiers mois du post-partum, même chez des femmes bien nourries d'un pays développé. Diaz et al. (1992) ont évalué au Chili le rôle de l'anovulation et de l'insuffisance lutéale dans l'infécondité lactationnelle. Ils en ont conclu que, même si l'ovulation se produit, le profil endocrinien anormal de la première phase lutéale du cycle offre une protection efficace aux femmes pendant l'aménorrhée lactationnelle dans les 6 premiers mois suivant l'accouchement. Les phases lutéales ultérieures s'améliorent et les femmes risquent alors une grossesse. " OMS, Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : Guide pratique, 1999, 88 p., p.39

CONCLUSION :

La MAMA serait donc une “*Vieille croyance qui ne fonctionne pas*”, “*peu fiable*”, “*trop risquée*”. Les remarques formulées par les femmes qui ont répondu à mon questionnaire soulignent que ces personnes confondent la MAMA avec l’allaitement. En effet, l’allaitement n’est pas un moyen contraceptif à lui seul, c’est bien la conjonction de 3 facteurs (allaitement complet + aménorrhée + enfant de moins de 6 mois) qui fait l’efficacité de la méthode.

Or, le problème soulevé par mon étude est que l’information donnée par les professionnels de santé est parfois fausse, souvent partielle, voire contradictoire. Ces médecins ne semblent pas informés des dernières études scientifiques sur le sujet, ni des recommandations pratiques relatives à l’utilisation de méthodes contraceptives énoncées par l’OMS ⁶⁹. Ils ont trop souvent le réflexe pilule sans prendre en compte le fait qu’elle pourrait provoquer une baisse de lait chez la mère allaitante, ni s’imaginer que ces mères, dont le quotidien est bouleversé par l’arrivée d’un bébé, sont nombreuses à oublier de la prendre à heure fixe.

Pourtant, si l’on se fie à mon enquête, il semble bien que de nombreuses femmes répondent aux trois critères de la MAMA et pourraient donc l’utiliser en toute confiance. Quant à celles qui ne répondent pas à tous les critères du fait de pratiques culturelles pouvant compromettre l’allaitement (réduction ou suppression des tétées de nuit, utilisation d’une sucette, espacement des tétées ...), elles pourraient trouver un bénéfice certain à recevoir une information claire sur la MAMA ce qui leur permettrait à la fois de bénéficier d’une méthode contraceptive pratique, efficace et gratuite tout en favorisant une conduite optimale de leur allaitement.

Ceci mériterait d’être confirmé par une étude plus approfondie auprès des professionnels de santé afin de connaître leurs discours en ce qui concerne la contraception de la femme allaitante, leurs prescriptions à visée contraceptive et leur connaissance approfondie de la MAMA.

⁶⁹ “*Les clients doivent être informés de manière adéquate afin de pouvoir choisir une méthode de contraception déterminée librement et en toute connaissance de cause. (...) Les prestataires de service doivent être entraînés au conseil en matière de planification familiale pour aider leurs clients à prendre librement des décisions en matière de contraception en toute connaissance de cause.*” OMS, Une sélection de recommandations pratiques relatives à l’utilisation de méthodes contraceptives, Deuxième édition, p. 5.

BIBLIOGRAPHIE

- **assemblee-nationale.fr**, Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, compte rendu n°9, Mardi 18 janvier 2005 (page consultée le 1^{er} novembre 2008), <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr-delf/04-05/c0405009.asp>>
- **BACUS, Anne**. Le guide des mamans débutantes, Marabout pratique, 2006, page 28
- **BAJOS, LERIDON, GOULARD, OUSTRY, JOB-SPIRA and the COCON group**, Contraception : from accessibility to efficiency, Human reproduction Vol.18, N°5, pp. 994-999, 2003
- **BOURQUE Solène**, La contraception pendant et après l'allaitement, 2005, (page consultée le 1^{er} novembre 2008)
- **CARDIN Hélène, MESSENGER Danielle**. Aimer sans risque. France Inter, Jacob-Duvernét 2005
- **CARRERE D'ENCAUSSE, Marina, CYMES Michel**. Spécial contraception. Le magazine de la santé France 5, Marabout 2004
- **Comité national de l'enfance**. L'enfant du premier âge, le livre bleu page 105, édition 2007
- **Doctissimo.fr**, Quelle contraception après un accouchement ? (page consultée le 1^{er} novembre 2008) <http://www.doctissimo.fr/html/grossesse/mag_2002/0419/gr_5406_contraception_accouchement.htm>
- **DUGRAND Maud**, Entretien avec Nathalie Bajos : «L'IVG reste un acte médical fréquent» l'Humanité, 15 janvier 2005
- **Family Health International**, Déclaration de consensus : la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée au service de la planification familiale, (page consultée le 1^{er} Novembre 2008) <<http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/booksReports/LAMconsensus.htm>>
- **FINGER, William R**. La recherche confirme l'efficacité de la MAMA (page consultée le 1^{er} novembre 2008) <http://www.fhi.org/fr/rh/pubs/network/v17_1/nt1715.htm>
- **HAS**, Favoriser l'allaitement maternel Processus - Évaluation page 28 - Juin 2006
- **HAS**, Recommandations pour la pratique clinique Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. page 14 - Décembre 2004

- **INPES**, Brochure Choisir sa contraception, 2008
- **INPES**, Comment aider une femme à choisir sa contraception, 2008
- **INPES**, La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit (page consultée le 1^{er} Novembre 2008) <<http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=30000/actus2007/016.htm>>
- **Mamanpourlavie.com** <<http://www.mamanpurlavie.com/allaitement/sexualite/2165-la-contraception-pendant-et-aprs-l-allaitement.thtml>> (page consultée le 1^{er} Novembre 2008)
- **Organisation mondiale de la Santé, Département de Santé et Recherche génésiques**, Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives 3^{ème} édition, OMS 2005. 195 p
- **Organisation mondiale de la Santé, Département de Santé et Recherche génésiques**, Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. OMS 2005 page 6 Deuxième édition.
- **Organisation mondiale de la Santé, Département de la Santé Reproductive et Recherche Unité de la Planification Familiale et Population** Population Reports Guide de counseling Volume XXVI, Numéro 4 Décembre 1998 <http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fj48edsum.shtml>
- **PINSON Claire, SZNAJDER Marc**. Bébé mode d'emploi, Marabout 2004 page 66
- **RUFO Marcel, SCHILTE Christine**. Élever bébé, Hachette Pratique, 2007. 768 p
- **WINCKLER, Martin**. Choisir sa contraception, Fleurus, 2007
- Happy baby book 2007 page 35

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

ANNEXE 2 : Déclaration de consensus : La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée au service de la planification familiale

ANNEXE 3 : Comment aider une femme à choisir sa contraception **INPES**

ANNEXE 4 : Feuillelet contraception du réseau **Sécurité Naissance Naître ensemble**

ANNEXE 5 : Extrait L'enfant du premier âge - le livre bleu

ANNEXE 6 : Extrait Spécial contraception - **Dr Marina Carrere d'Encausse -**

Dr Michel Cymes

ANNEXE 7 : Extrait Questions de femmes, **Dr Anne de Kervasdoué** - Odile Jacob 2004

ANNEXE 8 : Extrait Choisir sa contraception - **Martin Winckler**

ANNEXE 9 : Extrait Aimer sans risque - **Hélène Cardin, Danielle Messenger**

ANNEXE 10 : Extrait Élever bébé - **Marcel Rufo, Christine Schilte**

ANNEXE 11 : Extrait de Bébé mode d'emploi - **Claire Pinson, Dr marc Sznajde**

ANNEXE 12 : Extrait du Happy Baby Book - Guide pratique des jeunes parents "Ma première année"

ANNEXE 13 : Extrait du Guide des mamans débutantes - **Anne Bacus**

ANNEXE 14 : La Tétine dans la littérature enfantine

ANNEXE 15 : Article **Jean Pierre Bocquet-Appel** Préhistoire - Baby-boom au Néolithique

ANNEXE 16 : Contraception du post-partum - Protocole de la Fédération de Gynécologie-Obstétrique

ANNEXE 17 : Contraception post-partum allaitement exclusif, controverse ...

ANNEXE 18 : Choisir sa contraception **INPES**

ANNEXE 1

Votre bébé est âgé de **moins de 6 mois** et vous l'allaitez

1 - Quel âge a votre bébé ?

2 - Est-il allaité à 100 % ? ☐ Oui ☐ non

3 - Combien y-a-t-il de tétées de nuit ?

☐ 0 tétée ☐ 1 tétée ☐ 2 tétées ☐ 3 et +

4 - Combien y-a-t-il de tétées en journée ?

☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 et +

5 - Reçoit-il des biberons de lait artificiel ?

☐ régulièrement (à quelle fréquence ?)

☐ occasionnellement (à quelle fréquence ?)

☐ jamais

6 - Reçoit-il des biberons de lait maternel ?

☐ régulièrement (à quelle fréquence ?)

☐ occasionnellement (à quelle fréquence ?)

☐ jamais

7 - Reçoit-il des biberons d'eau ?

☐ régulièrement (à quelle fréquence ?)

☐ occasionnellement (à quelle fréquence ?)

☐ jamais

8 - Prend-il des médicaments sous forme liquide (y compris homéopathie et plantes) ?

☐ régulièrement (à quelle fréquence ?)

☐ occasionnellement (à quelle fréquence ?)

☐ jamais

9 - A-t-il une sucette ?

☐ Oui

☐ non

10 - Quelle est votre méthode contraceptive actuelle ?

☐ Cérazette ®

☐ Microval ®

☐ stérilet cuivre

☐ stérilet hormonal (Mirena®)

☐ préservatif

☐ diaphragme

☐ cape cervicale

☐ spermicides

☐ méthode sympto-thermique

☐ implant

☐ MAMA (contraception par l'allaitement)

☐ anneau vaginal (Nuvaring®)

☐ pilule oestro-progestative

☐ autre (merci de préciser)

☐ Aucune (pourquoi ?)

11 - Quel âge avait votre bébé au moment où vous avez commencé à utiliser cette méthode ?
..... semaines

12 – Qui vous a prescrit la méthode contraceptive utilisée en post- partum ?

- | | |
|---|--|
| ☐ pas de prescription (choix individuel) | ☐ Sage-femme en post-partum |
| ☐ Sage-femme à la maternité | ☐ Gynécologue lors de la visite post-natale |
| ☐ Gynécologue à la maternité | |

13 – Avez-vous été satisfaite de cette méthode ?

- ☐ Oui, pourquoi ?
- ☐ Non, pourquoi ?

14 - Quelles sont les sources d'informations auxquelles vous faites appel en matière de contraception ?

- ☐ famille ☐ ami ☐ médecin généraliste ☐ sage-femme ☐ gynécologue
- ☐ planning familial ☐ lectures ☐ sites internet ☐ autres

15 - Exercez-vous une activité à l'extérieur de la maison qui vous oblige à vous séparer de votre bébé régulièrement sur de longues plages horaires ?

- ☐ Oui, à quel rythme et combien d'heures (moyenne/semaine)
- ☐ Non

16 - Avez-vous eu votre "retour de couches" ?

- ☐ Oui, quand ? semaines après la naissance.
- ☐ Non

La contraception par l'allaitement maternel (MAMA) se définit ainsi :

Si la mère allaite complètement ou presque son enfant, et si elle reste en aménorrhée (sans retour de couches), l'allaitement permet d'éviter plus de 98 % des grossesses pendant les six premiers mois. Les légers saignements qui se produisent durant les 56 premiers jours ne sont pas pris en compte. Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser quatre heures le jour et six heures la nuit. Les suppléments (liquides ou solides) ne doivent pas remplacer une tétée.

15 - Aviez-vous entendu parlé de cette méthode de contraception par l'allaitement maternel avant ce questionnaire ? ☐ oui ☐ non

16 - Diriez-vous que l'allaitement est une méthode de contraception : (notez de 0 à 5 : 0 représentant le minimum et 5 le maximum)

efficace	0	1	2	3	4	5
pratique	0	1	2	3	4	5
favorisant un allaitement maternel optimal	0	1	2	3	4	5

17 - Un professionnel de santé vous a-t-il présenté la contraception par l'allaitement ?

Pendant votre grossesse, ☐ oui ☐ non

Pendant votre séjour en maternité ☐ oui ☐ non

Lors de la visite post-natale ☐ oui ☐ non

19 - Avez-vous déjà discuté de la contraception par l'allaitement avec les personnes

☐ Médecin généraliste

☐ Animatrice LLL

☐ Sage-femme

☐ Animatrice autre association de soutien à l'allaitement

☐ Gynécologue

☐ Obstétricien

☐ animateur planning familial

suivantes: 20 - Pensez-vous que la MAMA (contraception par l'allaitement) est compatible avec votre style de vie ?

☐ oui ☐ non = Pourquoi ?

Nom : (facultatif)

Age :

Profession :

Nombre d'enfants :

Age du dernier enfant :

Contact : ☐ lactaliste ☐ magicmaman ☐ autre

MERCI pour votre participation !

Vous pouvez me renvoyer ce questionnaire par courrier postal à l'adresse suivante :

Isabelle ROBERT – 21 rue des feux follets – 49100 ANGERS

Ou par courrier électronique, en l'enregistrant avec le nom "Réponse quest. + votre prénom" à

l'adresse suivante : christophe.isabelle@wanadoo.fr

Déclaration de consensus :
La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
au service de la planification familiale

Des experts du monde entier, représentant les domaines des recherches en matière de biomédecine et de sociologie, de la politique et des prestations de service relatives à la planification familiale, de l'éducation médicale, de la santé des femmes et de la communication, se sont réunis à Bellagio, en Italie, du 11 au 14 décembre 1995, afin de discuter l'utilisation de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée comme méthode de planification familiale. Cette rencontre était parrainée par l'Organisation mondiale de la Santé, Family Health International et l'Institut de santé reproductive de l'Université de Georgetown. La Fondation Rockefeller y a également apporté son concours.

Bien que l'on sache depuis longtemps que l'allaitement peut retarder le retour de la fécondité, jusqu'à une date récente les conditions dans lesquelles la femme peut effectivement tirer parti de ce phénomène n'étaient pas claires. En 1988, des scientifiques réunis à Bellagio, en Italie, avaient expliqué comment les femmes pouvaient utiliser l'aménorrhée de lactation à titre de méthode de planification familiale pendant le post-partum. Après avoir passé en revue les résultats des recherches présentés lors de cette réunion, ils avaient conclu que le risque de grossesse était probablement inférieur à 2 % dans les six mois qui suivent l'accouchement chez les femmes qui n'avaient pas recours à la planification familiale, mais qui allaitaient complètement ou presque complètement et qui étaient aménorrhéiques. (Consensus Statement: Breastfeeding as a Family Planning Method, The Lancet, 19 November 1988.) Cette conclusion a été surnommée "le Consensus de Bellagio".

Consécutivement à cette réunion tenue en 1988, plusieurs études conçues expressément en vue de mettre à l'épreuve ce consensus ont été réalisées. Pour passer en revue les résultats de ces études ainsi que ceux d'autres recherches pertinentes, les experts se sont retrouvés à Bellagio en 1995. Ils ont conclu que le Consensus de Bellagio avait été clairement confirmé.

Les études effectuées afin d'évaluer le Consensus de Bellagio ont démontré que les femmes qui allaitent complètement ou presque complètement courent un risque très faible de grossesse au cours des six premiers mois du post-partum tant qu'elles restent aménorrhéiques. De fait, l'observation des taux de grossesse révèle que ce risque est inférieur à 2 %. De surcroît, dans les études qui incluaient la promotion de pratiques convenables d'allaitement, le pourcentage de femmes encore aménorrhéiques et qui continuaient d'allaiter complètement au sixième mois du post-partum était plus élevé que celui des femmes de groupes-témoins, lesquelles ne bénéficiaient pas de ce soutien.

En 1989, l'utilisation du Consensus de Bellagio comme méthode de planification familiale a été définie et nommée Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA), et des lignes directrices ont été formulées pour en faciliter l'emploi. Celles-ci reposent sur trois critères, qui doivent tous être remplis pour garantir une protection adéquate contre une grossesse imprévue : 1) l'aménorrhée, 2) l'allaitement complet ou presque complet, et 3) les six premiers mois du post-partum. Les lignes directrices relatives à la MAMA recommandent notamment que les femmes qui ne remplissent plus ces trois critères, ou qui ne souhaitent plus utiliser cette méthode, adoptent immédiatement un autre moyen de planification familiale si elles souhaitent éviter la grossesse. Les programmes doivent veiller à ce que toutes les utilisatrices de la MAMA soient en

mesure d'employer une nouvelle méthode de façon à ne pas interrompre la protection contre une grossesse imprévue.

L'efficacité de la MAMA est maintenant bien établie dans les études prospectives et les programmes doivent considérer la MAMA comme une méthode supplémentaire qui vient s'ajouter aux autres choix offerts aux femmes en matière de planification familiale pendant le post-partum. La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée doit recevoir l'appui qui s'impose, sur le plan tant des programmes que des politiques, pour se généraliser dans le monde entier.

Outre l'accord unanime sur la confirmation du Consensus de Bellagio, les conclusions suivantes concernant les trois critères de la MAMA ont été dégagées :

1. Il n'est pas possible d'éliminer le critère de l'aménorrhée.

La fin de l'aménorrhée est l'indicateur le plus important du risque accru de grossesse. Les participants sont convenus que, dans le cadre de l'utilisation de la MAMA, une définition raisonnable de la fin de l'aménorrhée était la survenue, après le 56^e jour du post-partum, de saignements ou de petits saignements pendant deux jours consécutifs ou l'impression ressentie par la femme d'être de nouveau réglée, au premier échu de ces termes.

2. Il est peut-être possible d'assouplir la condition relative à l'allaitement complet ou presque complet.

L'allaitement complet ou presque complet est recommandé au cours des six premiers mois du post-partum pour maintenir l'aménorrhée de lactation aussi bien que pour la santé de l'enfant. Dans un grand nombre des études passées en revue, même lorsque beaucoup de femmes ne respectaient pas scrupuleusement le critère de l'allaitement complet ou presque complet, les taux de grossesse pendant l'aménorrhée de lactation étaient très faibles au cours des six premiers mois. Avant de prendre la décision d'assouplir ce critère, le prestataire et l'utilisatrice doivent bien comprendre que c'est la stimulation provoquée par l'allaitement qui est à l'origine de l'aménorrhée et de la protection concurrente contre la grossesse. Dès lors, l'introduction des aliments supplémentaires ou la diminution de la stimulation mammaire peuvent accélérer le retour des règles et abréger la durée d'utilisation de la MAMA. Des recherches supplémentaires s'imposent pour savoir si le risque de grossesse augmente dans ces circonstances.

3. Il est peut-être possible de prolonger la MAMA au-delà du sixième mois du post-partum.

Les nourrissons âgés de plus de six mois ont besoin d'aliments supplémentaires. L'adjonction d'autres aliments réduit normalement l'allaitement. Toutefois, dans la plupart des études qui ont été examinées, parmi les femmes qui continuaient à allaiter même passé ce délai de six mois et en dépit de la diversification alimentaire, le taux de grossesse pendant l'aménorrhée de lactation reste faible, même s'il est plus élevé qu'à six mois, ce qui laisse envisager la possibilité de prolonger l'utilisation de la MAMA. Il faut faire des recherches supplémentaires pour établir les conditions auxquelles cette utilisation prolongée se révélerait possible.

Les participants sont convenus de la nécessité de procéder à des recherches dans les domaines programmatique et biomédical, en sus de celles qui ont été suggérées précédemment sur les critères de la MAMA.

La recherche programmatique doit notamment porter sur l'étude des phénomènes suivants :

- * les résultats de la MAMA dans un large éventail de conditions sur le terrain
- * les répercussions de la MAMA sur le recours à la planification familiale, en particulier parmi les femmes qui se seraient autrement abstenues d'utiliser la planification familiale
- * l'utilisation de la MAMA dans des catégories spéciales de la population, par exemple chez les mères qui sont séparées de leur enfant chaque jour pour une durée prolongée et chez les mères d'enfants prématurés

- * l'intégration de la MAMA à la planification familiale et à d'autres services pertinents de santé, notamment en matière de santé maternelle et infantile et de santé reproductive
- * le niveau et la nature du soutien nécessaire à l'utilisation efficace de la MAMA, par exemple les moyens de simplifier le counseling sans compromettre l'efficacité.

La recherche biomédicale doit notamment porter sur l'étude des phénomènes suivants :

- * les facteurs qui déterminent si la femme ovule avant ou après le retour des règles
- * l'intensité et le type des pratiques suivies pour nourrir l'enfant de façon à maintenir les faibles taux de grossesse que l'on observe avec l'adoption des lignes directrices actuelles relatives à la MAMA
- * l'importance relative de divers facteurs qui contribuent à l'infécondité de lactation.

Participants :

Ms. Kristin Cooney, Institute for Reproductive Health, Georgetown University, Washington, DC, USA

Dr. Olukayode Dada, Centre for Research in Reproductive Health, Sagamu, Nigeria

Dr. Soledad Díaz, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago, Chile

Mr. William Finger, Family Health International (FHI), Durham, NC, USA

Dr. Anna Glasier, Family Planning and Well Women Services, Edinburgh, UK

Dr. Barbara Gross, Royal Hospital for Women, Paddington, Australia

Dr. Helena von Hertzen, Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland

Dr. Virginia Hight-Laukaran, IRH Washington, DC, USA

Ms. Kathy Kennedy, FHI, Denver, CO, USA

Dr. Miriam Labbok, IRH, Washington, DC, USA

Dr. Alan McNeilly, Centre for Reproductive Biology, Edinburgh, UK

Dr. Chloe O'Gara, US Agency for International Development (USAID), Washington, DC, USA

Dr. Alfredo Perez, Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Dr. Rebecca Ramos, Women's Health and Safe Motherhood, Manila, Philippines

Dr. Roberto Rivera, FHI, Durham, NC, USA

Dr. Pramilla Senanayake, International Planned Parenthood Federation, London, UK

Dr. Mamdouh Shaaban, Assiut University, Assiut, Egypt

Professor Roger Short, Monash University, Victoria, Australia

Mr. Jeffrey Spieler, USAID, Washington, DC, USA

Dr. Jean-Christophe Thalabard, Unité de Pharmacologie Clinique, Lyon, France

Dr. James Trussell, Princeton University, Princeton, NJ, USA

Dr. Verónica Valdés, Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Paul Van Look, Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, WHO, Geneva, Switzerland

Beverly Winikoff, The Population Council, New York, NY

La déclaration présentée ci-avant représente le consensus des participants à la conférence et elle ne reflète pas nécessairement les vues de l'Organisation mondiale de la Santé, de Family Health International, de l'Institut de santé reproductive de l'Université de Georgetown ou de la Fondation Rockefeller

<http://www.linkagesproject.org/LAMCD/publicationsconF.htm>

ANNEXE 3 : Comment aider une femme à choisir sa contraception **INPES**

ANNEXE 4 : Feuillelet contraception du réseau “Sécurité Naissance Naître ensemble”



L'ENFANT DU PREMIER ÂGE LE LIVRE BLEU

édité par le Comité national de l'enfance

reconnu d'utilité publique

www.lelivrebleu.fr

Page 105 : *“Il faut savoir que la première ovulation après l'accouchement peut avoir lieu avant le retour de couches, donc une grossesse peut commencer très rapidement après la précédente si aucune contraception n'est débutée. Même l'allaitement maternel, qui retarde le retour de couches et diminue la fécondité n'est pas un moyen de contraception suffisant”.*

Dans la chapitre *“Planification familiale”* page 216 : aucune allusion à la MAMA.

SPÉCIAL CONTRACEPTION



Dr Marina Carrere d'Encausse

Dr Michel Cymes

Le magazine de la santé France 5

Marabout 2004

127 p.

Page 83 : *“Quelle est la meilleure contraception après l’accouchement ?... En cours d’allaitement, il est proposé une contraception locale telle que des préservatifs ou des spermicides ou encore, une contraception orale. Une micropilule contenant une faible dose de progestatif n’est pas contre-indiquée lorsque l’on allaite son bébé. En revanche, il faut attendre un certain moment avant d’être protégée efficacement”.*

Page 53 : *“la macropilule peut être prise une semaine après l’accouchement et chez les femmes qui allaitent”.*

Page 82 : *“peut-on être enceinte tout de suite après un accouchement si l’on ne prend pas de moyen contraceptif ? Pour celles qui allaitent, les règles apparaissent 4 à 6 semaines après la fin de l’allaitement. Une ovulation survient en général dès la fin du premier mois mais, dans certains cas, elle peut apparaître deux semaines après l’accouchement. Les femmes qui se croient protégées d’une grossesse parce qu’elles allaitent vivent sur une idée reçue. En effet, il est tout à fait possible d’être enceinte en allaitant, même si l’allaitement retarde la date de la première ovulation.”*

Aucune mention de la MAMA.

Aucune mention de l’allaitement dans l’index.

Aucun renvoi à l’OMS dans la bibliographie.

Dans “adresses utiles” : aucun lien vers site OMS ou FHI.



QUESTIONS DE FEMMES

Dr Anne de Kervasdoué

Odile Jacob 2004

“La contraception après l’accouchement

La fertilité de la femme - et donc l’ovulation - revient avant le retour de couches et non après. L’allaitement retarde ou diminue la fécondité, mais ne préserve pas d’une nouvelle grossesse.”

“La pilule oestro-progestative

❖ Si vous allaitez

Même minidosée, elle n’est pas recommandée pendant l’allaitement car les hormones qu’elle contient passent en partie dans le lait (1 à 2%) mais il n’a été observé aucun effet lié à la croissance et au développement de l’enfant. Par ailleurs, elle peut diminuer la quantité de lait et la durée de l’allaitement.

Elle a cependant l’avantage de supprimer les risques d’engorgement, et de diminuer l’abondance et la durée des “lochies” (..)

Elle peut être commencée le 20^{ème} jour. Il semble que la mieux tolérée soit la pilule mini-dosée biphasique (p.224).”

(...)

“La pilule progestative (p.225)

C’est celle qu’il faut choisir en cours d’allaitement car elle n’interfère ni sur la composition du lait, ni sur la durée de l’allaitement, ni sur le développement et la santé de l’enfant. Elle a l’inconvénient des provoquer des saignements intermittents ou une absence totale de règles, même après l’arrêt de l’allaitement.

Mon avis : attendez six semaines après la naissance du bébé avant de la prendre, car il est prouvé maintenant qu’il n’y a pas de risque d’ovulation pendant cette période”.

“Mon avis (p.226)

Le désir de relation sexuelle est très faible en général pendant le mois qui suit

l'accouchement - endolorissement des voies génitales, fatigue, attention portée sur l'enfant - aussi, il est toujours préférable d'attendre le retour de couches avant d'adopter pilule, stérilet ou diaphragme en utilisant spermicides et préservatifs"

L'auteure ne fait jamais mention de la MAMA.

CHOISIR SA CONTRACEPTION

Martin Winckler

Fleurus, 2007

150 p.



5 pages sur l'allaitement : pages 21, 30, 64, 106, 123

Page 21 : *”Quelles sont les situations naturelles dans lesquelles l’ovulation ne se produit pas ? (...) L’allaitement : la succion des mamelons par le bébé bloque l’ovulation pendant plusieurs semaines et peut, sous certaines conditions (voir p. 64), protéger la femme allaitante d’une nouvelle grossesse”.*

Page 64 : *L’allaitement : une contraception méconnue et mal utilisée.* Dans ce chapitre, l’auteur présente les 3 conditions, puis termine par : *“Beaucoup de femmes désirent donner le sein, mais ne peuvent pas assurer un allaitement au sein exclusif pendant plusieurs mois. Heureusement, l’allaitement est compatible avec plusieurs autres méthodes contraceptives qui ne présentent aucun danger ni pour la mère, ni pour l’enfant pendant l’allaitement : pilule progestative, DIU, implant. Ainsi, la prise d’une pilule progestative pendant l’allaitement, même si celui-ci est incomplet, procure une contraception quasiment efficace à 100%”.*

Page 123 : *“Je vais bientôt (ou je viens d’) accoucher (...) j’allaiter mon bébé. L’allaitement est contraceptif dans certaines conditions (voir p. 64), mais la prise d’une **pilule progestative microdosée** ou la pose d’un **implant** dès le 21^{ème} jour qui suit l’accouchement est une contraception excellente, compatible avec l’allaitement et sans danger pour le bébé. Un **DIU** (au cuivre ou hormonal) peut être posé 4 semaines après un accouchement (même après une césarienne). Les DIU n’interfèrent pas non plus avec l’allaitement. L’avantage du DIU et de l’implant est d’être déjà en place et efficace quel que soit le moment où le bébé sera sevré. Les pilules combinées, en revanche, sont déconseillées pendant l’allaitement.”*

AIMER SANS RISQUE

Hélène CARDIN

Danielle MESSAGER

France Inter-éditions

Jacob-Duvernet 2005

199 p.



Page 25 :

“ Peut on être enceinte quand on allaite ?

Le fait d’allaiter est souvent considéré comme une protection vis-à-vis des grossesses. Et pourtant, certaines femmes débutent une nouvelle grossesse alors qu’elles allaitent leur nouveau-né. Qu’en est-il exactement ? Selon les données des experts, l’allaitement constitue une méthode fiable et efficace jusqu’à 6 mois après l’accouchement sous certaines conditions :

- *l’allaitement doit être exclusif : le nourrisson ne reçoit que le lait de sa mère, nuit et jour.*
- *la mère n’a pas de retour de couches (survenue des règles) ”.*

Dans ces conditions, le taux de grossesse sur 6 mois est de l’ordre de 2 %. Il est à noter qu’il existe des pilules sans oestrogènes indiquées pendant l’allaitement.”

ÉLEVER BÉBÉ



Marcel Rufo

Christine Schilte

Hachette Pratique 2007

Page 60 : *“Des raisons pratiques peuvent conduire à une alimentation au biberon (...) mais des motivations médicales peuvent aussi l’exiger : par exemple, une grande fatigue ou un besoin de contraception rapide après un accouchement.”*

Page 102 : *“Si les pilules microdosées en progestérone sont sans conséquences sur la qualité du lait maternel, elles peuvent dans certains cas modifier la lactation et, par exemple, influencer sur la quantité.”*

Dans l’ensemble, le chapitre est peu favorable à la pilule avant le retour de couches.

Page 103 : ***L’allaitement, un moyen contraceptif ?*** *La trêve de l’ovulation est d’environ 5 à 6 semaines pour la femme qui allaite après l’accouchement. Mais l’allaitement n’est pas un bon moyen contraceptif. Il est impossible de déterminer la première ovulation après l’accouchement puisqu’elle précède le retour de couches. Il faut donc attendre les premières règles pour remettre à jour le calendrier menstruel. Des études mettent en lumière le rôle de la fréquence des tétées ; celles-ci favorisent la sécrétion de prolactine dans le sang. C’est elle qui bloque l’ovulation. Plus le nombre de tétées est important, plus le taux de prolactine est élevé, ce qui explique la reprise de l’ovulation au moment du changement d’alimentation de l’enfant.”*

Ce paragraphe est assez contradictoire car les auteurs disent dans un premier temps que l’allaitement n’est pas un bon moyen contraceptif puisqu’on ne peut pas déterminer la première ovulation puis, dans un deuxième temps, ils expliquent que l’ovulation est bloquée par la prolactine lorsque le nombre de tétées est élevée. N’aurait-il pas été plus pertinent de

décrire les conditions qui permettent à l'allaitement d'être contraceptif ?

Dans le chapitre "1^{er} mois" page 116 : *"Au sein, c'est bébé qui indique qu'il a faim, n'en déplaie à tous ceux qui voudraient le voir déjà manger à heures fixes. Seules règles à observer : un minimum de deux heures entre les tétées et un repas en 1/4 d'heure, tout au plus ! Aujourd'hui, la plupart des pédiatres conseillent un allaitement à la demande"*

Il est pour le moins paradoxal d'écrire dans un même paragraphe qu'un allaitement doit se faire "à la demande" tout en décrivant un allaitement "réglé" avec un intervalle minimum à respecter entre les tétées et une durée maximale de tétées.

Chapitre 2-3 mois page 137 *" il jase à la vue du biberon", " il fait ses premières expériences d'alimentation à la cuillère. Il quitte sa maman dans la journée pour aller à la crèche ou chez une assistante maternelle."*

Le biberon est présenté comme l'alimentation normale d'un nourrisson et la séparation d'avec la mère dès 2-3 mois vue comme incontournable. Il est à noter que l'introduction des solides dès 2-3 mois présentée ici n'est pas recommandée par l'OMS.

Chapitre 4-5 mois, page 177 : *"il fait connaissance avec le lait 2^{ème} âge (...) et avec les céréales infantiles sans gluten, les légumes verts et les fruits, à raison de 2 à 3 cuillerées au repas de midi."*

L'allaitement maternel n'est même plus envisagé à partir de 4-5 mois.

Page 180 : à propos du sommeil : *" Quand vous quittez la chambre, dites-vous bien que vous ne devez plus céder à ses appels. S'il pleure, parlez-lui sans vous déplacer. Ne vous impliquez pas trop. Sachez que votre manque de fermeté ne peut que rendre la séparation encore plus difficile pour lui. Cependant, certains bébés continuent à se réveiller en pleine nuit. Dans presque tous les cas, ce sont des enfants qui n'ont pas encore bien appris à se rendormir seuls entre deux phases de sommeil."*

Page 182 : *"Normalement, à 4 mois, votre bébé n'a plus besoin d'un repas au milieu de la nuit, mais il a pu garder cette habitude. Il se réveille alors, on pourrait dire en général entre deux phases de sommeil, et ne peut se rendormir qu'après avoir bu un biberon. Il n'a pas faim, mais "croit" que pour replonger dans le sommeil, il a besoin de ce palliatif. De plus, ce repas supplémentaire provoque sur le plan digestif une sensation d'inconfort qui ne vas pas*

contribuer à le calmer.”

“Que faire si, pour une ou plusieurs de ces raisons, votre enfant ne “fait pas ses nuits” ? La réponse est simple, bien que pas forcément agréable pour tous. Après avoir donné à votre enfant toutes les conditions d’un bon sommeil, vous vous abstenerez de toute intervention. Il va pleurer une nuit, peut-être deux ou trois, et apprendre à se rendormir seul. l’essentiel est de tenir. Si autre chose le dérange et qu’il “souffre”, vous percevrez d’autres cris.”

Page 183 : *“pensez aux voisins. Si vous vivez en appartement, pensez à prévenir vos voisins de cette période d’éducation du sommeil, en leur expliquant que vous “apprenez” à votre enfant à bien dormir. Ainsi, vous ne craignez pas qu’ils vous qualifient de “mauvaise mère.”*

Toujours dans le chapitre “4-5 mois” : *”Au début du sevrage, le sein reste nécessaire à l’enfant pour entretenir son intimité avec la mère. Vers 3 mois, le lait devient insuffisant pour votre bébé. Il lui faut d’autres aliments.”*

Faut-il comprendre ici que le début du sevrage se fait à 3 mois car il n’est plus adapté (en qualité ou en quantité) pour le bébé ?

BÉBÉ MODE D'EMPLOI



Claire Pinson
Dr Marc Sznajder
Marabout, 2004

Le premier chapitre “Nourrir bébé” débute avec l’allaitement maternel :

Page 8 : *“À heure fixe ou à la demande ? S’il est vrai qu’une régularité dans les repas est importante, il vaut toujours mieux apprendre à connaître le rythme de son bébé. Il est inutile de forcer bébé à manger (sauf pour les bébés de faible poids à la naissance) ou de le laisser hurler de faim.”*

Page 10 : *“Si votre bébé ne boit pas beaucoup, les tétées risquent d’être plus rapprochées ; dans ce cas, ne vous inquiétez pas de son petit appétit : un bébé au sein boit toujours la quantité de lait dont il a besoin.”*

Page 30 : *Faire manger bébé à la cuillère : en général, il est conseillé de le faire dès l’âge de 5 mois.”*

Page 64 : *“Votre bébé pleure : que faire ?”* Les premières suggestions des auteurs sont de prendre le bébé dans les bras, de le bercer, de vérifier que sa couche est propre ; il faut tourner la page pour lire :

“Votre bébé a peut-être faim ? L’heure du biberon approche mais le repas n’est pas encore prêt ? Proposez à votre enfant votre petit doigt à téter ou donnez-lui une tétine pour le faire patienter. Il se peut qu’il ait juste envie de téter : la sucette assouvrira son besoin de succion.”

Le biberon est présenté comme le mode d’alimentation “normal” d’un bébé et le besoin de succion comme pouvant être assouvi sur une sucette ou un doigt, mais sans que le sein soit évoqué.

Page 66 : *“Ou soif : un biberon d’eau peut faire le bonheur des bébés assoiffés. Entre deux tétées, avant de dormir ou en cas de grosse chaleur, pensez à donner régulièrement de l’eau à votre bébé. Le fait de téter peut aussi le calmer et l’aider à trouver le sommeil.”* page 66

On note qu’il n’y a aucune indication de l’âge de l’enfant pour ces conseils.

Page 103 : dans la partie *“le matériel indispensable”* le biberon arrive en tête, suivi du tire-lait: *“Si vous allaitez votre bébé, cela vous permettra de préparer des biberons avec votre propre lait ainsi le papa pourra vous remplacer de temps en temps pour le repas.”*



HAPPY BABY BOOK
Guide pratique des jeunes parents
“Ma première année”

Ecrit par “une équipe de spécialistes en gynécologie, obstétrique, pédiatrie, psychologie, diététique”(note : les noms de ces “spécialistes” ne sont pas mentionnés).

Distribution “Cadeau naissance SARL” 2007

Chapitre 1 : “Ma première semaine de vie”

Page 22 : “À quel moment donner le sein ? un nouveau-né réclame le sein 6 à 8 fois par jour, soit toutes les 3-4 heures de jour comme de nuit.(...) Comment savoir que bébé a faim? Si votre bébé pèse plus de 3 kg, c’est très simple, il suffit d’attendre qu’il pleure de faim. Il est alors très éveillé, bien vigoureux pour téter efficacement. Si votre bébé est moins gros ou s’il ne réclame pas la tétée par lui-même, réveillez-le au moins toutes les quatre heures.”

Outre le fait qu’il y a une publicité pour le lait artificiel à chaque page, on notera que le nombre de tétées proposée est inférieur à celui préconisé par l’OMS⁷⁰

Chapitre 2 : “Rentrer à la maison”

Page 35 : “Un bébé tous les 9 mois ? Les premières règles surviendront probablement 6 à 8 semaines après la naissance de votre bébé, ou plus tard si vous avez décidé d’allaiter. Mais prenez garde : avant le “retour de couches” (donc avant ces premières règles), la femme ovule ! Sans méthode contraceptive, la famille peut à nouveau s’agrandir. Alors, ne prenez pas ce risque si tel n’est pas votre souhait. Quoi qu’il en soit, ne vous fiez surtout pas aux bruits qui courent : l’allaitement ne vous protège absolument pas en matière de contraception. C’est donc à vous de vous protéger !”

Les auteurs ne semblent pas avoir connaissance des derniers travaux scientifiques qui

⁷⁰ “Il faut allaiter à la demande, jour et nuit, au moins 8 fois par 24 heures” OMS, Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : Guide pratique, 1999, 88 p., p.37

indiquent que si il y a ovulation au cours des 6 premiers mois post-partum chez une femme allaitant, la phase lutéale du premier cycle serait de mauvaise qualité et ne permettrait pas à une grossesse de se développer.⁷¹

Chapitre 3 : “L’alimentation”

Page 46 : “Quand allaiter ? Si votre bébé pleure, il a probablement faim. Une seule option s’offre à vous : le nourrir. Mais apprenez aussi à bien faire la part des choses : au fil des semaines, les pleurs de bébé ne signifient plus seulement qu’il a faim. Il y a aussi le fait que sa couche peut être mouillée, ou peut-être est-il fatigué, ou simplement en manque de câlins. Ne vous laissez pas piéger en offrant le sein à chaque fois qu’il pleure.

En règle générale, un nouveau-né réclame le sein toutes les 3-4 heures, et cela tend à aller en diminuant avec le temps (ce qui s’explique par le fait que le lait qu’il ingurgite se modifie et le fait qu’il boit plus à chaque repas).”

Les pleurs de l’enfant sont présentés comme un “piège” destiné à amener la mère à proposer le sein.

Page 53 : “Passer au biberon. Un des nouveaux plaisirs pour le reste de la famille, une fois qu’on passe au biberon, c’est que l’alimentation du bébé n’est plus exclusivement réservée à la maman. Y participera qui veut : le père, le frère, la soeur, la grand-mère, le parrain. Chacun sera ravi ! Et pour vous, même si les premières fois seront un peu déchirantes, ce sera une nouvelle liberté ! Un autre avantage non négligeable : vous connaîtrez toujours la quantité bue par votre bébé”(sic).

Le biberon est présenté comme un plaisir et le fait d’allaiter comme une activité “égoïste” qu’il est important d’abandonner pour retrouver sa liberté.

Page 62 : “ Vers quatre mois : les bébés nourris au sein reçoivent un lait adapté à leur âge et cette alimentation leur suffit à elle seule (...) Vers cinq mois, c’est le temps du repas de fruits et de légumes. La boisson idéale est l’eau. Pensez d’ailleurs à hydrater suffisamment votre enfant, tout particulièrement lorsqu’il fait chaud”.

Vers six-sept mois, les auteurs n’évoquent plus du tout l’allaitement maternel.

⁷¹ “Diaz et al. (1992) ont évalué au Chili le rôle de l’anovulation et de l’insuffisance lutéale dans l’infécondité lactationnelle. Ils en ont conclu que, même si l’ovulation se produit, le profil endocrinien anormal de la première phase lutéale du cycle offre une protection efficace aux femmes pendant l’aménorrhée lactationnelle dans les 6 premiers mois suivant l’accouchement. “OMS, Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : Guide pratique, 1999, 88 p., p.39

Page 75 : “*Des recettes pour les petits troubles de la digestion*” ; sont préconisés : la soupe de carotte (dès 3 mois) en cas de diarrhée ou purée de carotte, eau de riz (dès 1 mois), jus de fruit et de saison (dès 2 mois 1/2 en cas de constipation) en contradiction avec les recommandations de l’OMS.⁷²

Page 94 : “*Bébé sucette ou bébé met son pouce à la bouche : Sucer est instinctif chez un enfant. En outre, ce geste n’est pas sans lui rappeler le doux moment du repas, l’odeur de sa mère. Tout cela est bien réconfortant. Ainsi, face au monde extérieur et à leurs petites et grandes angoisses, certains bébés s’apaisent en suçant. Pourquoi vouloir les en empêcher ? Donnez-lui une tétine ! Et si vous ne voulez pas qu’il en utilise et qu’il ressent malgré tout le besoin de sucer, comptez sur lui, il trouvera bien son pouce ! À vous et à lui de choisir, chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients.*”

La succion est présentée comme une activité naturelle, mais qui doit se faire autrement qu’au sein !

⁷² “dans ces pays (les pays industrialisés), beaucoup de femmes, si elles allaitent leurs bébés, le font pour des périodes relativement courtes et ajoutent rapidement des compléments liquidiens ou alimentaires (une méthode d’alimentation des nourrissons qui, bien que très répandue, n’est pas recommandée avant l’âge de quatre mois)” OMS, Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum, 88 p., p. 40

LE GUIDE DES MAMANS DÉBUTANTES



Anne Bacus

Marabout pratique 2006

Page 78 : “**Le sevrage.** L'alimentation du bébé. Quelques conseils :

- *Dès la naissance, habituez votre bébé à boire au biberon. Donnez-lui de temps à autre de l'eau ainsi que du jus d'orange au biberon.*
- *Familiarisez-le aussi avec le goût du lait artificiel. Pourquoi pas lors du biberon de nuit, que le papa peut ainsi donner pendant que la maman en profite pour faire une grande nuit.”*

Ces “conseils” sont en complète contradiction avec les recommandations de l’OMS.⁷³

Page 60 : “**Le sommeil.** Quelques conseils pour aider votre enfant à se rendormir. Faites la part de votre culpabilité (lui donnez-vous assez de temps pendant la journée ?) et soyez convaincue qu’il est meilleur pour votre enfant de dormir seul, tranquille, toute la nuit, qu’avec votre présence intermittente. Ne l’habituez pas à s’endormir dans des conditions qui nécessitent votre présence. Ne vous laissez pas manipuler : c’est vous qui savez, c’est à vous d’être ferme et tendre (...). Tant que votre enfant trouvera un “bénéfice” à se réveiller la nuit (il vous voit, il a un câlin, vous jouez avec lui, etc.), sachez qu’il n’a aucune raison d’arrêter.”

En contradiction avec les recommandation de l’OMS : “ Il faut allaiter à la demande, jour et

⁷³ “Téter une tétine artificielle ne revient pas au même sur le plan physiologique que le fait de téter le sein et risque de conditionner le nourrisson à des mouvements buccaux différents de ceux nécessaires pour l’allaitement au sein; la succion du bébé est alors inefficace, ou il refuse carrément le sein (Ardran et al. 1958, Weber et al. 1986, Akre 1989, Newman 1990, Stephens et Kotowski 1994). Les femmes dont les bébés reçoivent des biberons de compléments sont cinq fois plus enclines à abandonner l’allaitement au sein au cours de la première semaine et deux fois plus enclines à l’abandonner au cours de la seconde semaine, que celles à qui l’on dit que leur colostrum et leur lait sont amplement suffisants pour nourrir l’enfant (Enkin et al. 1995).” OMS, Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : Guide pratique, 1999, 88 p., p.36.

Page 28 : “ *l'hormone qui active la production de lait stoppe aussi l'ovulation. Mais, en aucun cas, vous ne devez considérer cela comme une méthode contraceptive fiable.* ”

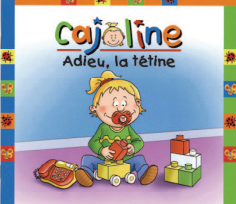
Ces propos sont pour le moins contradictoires : si il n’y a pas d’ovulation, pourquoi cette méthode ne serait-elle pas fiable ?

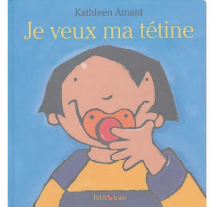
Page 16, dans le chapitre des achats : “*Des biberons premier âge avec leurs tétines, clairement gradués (un ou deux si vous allaitez, six si vous n’allaitez pas)*”.

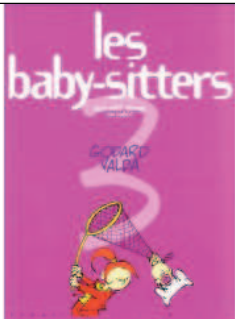
La proposition d’acheter des biberons même si on allaite peut sembler saugrenue, elle démontre combien le biberon fait partie de nos normes culturelles pour l’accueil d’un nouveau-né.

⁷⁴ OMS, Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : Guide pratique, 1999, 88 p., p.37.

ANNEXE 14 : La Tétine dans la littérature enfantine

	La tétine de Nina "Quand vas-tu enfin arrêter de sucer cette tétine ?", demande Maman un peu énervée à Nina. "Jamais", lui répond Nina. Elle veut l'emporter partout avec elle : au parc, à la piscine, au travail quand elle sera grande et même, à son mariage. Maman n'est pas trop d'accord. Et le loup, lui, qu'en pense-t-il ?	Christine Naumann-Villemin Marianne Barillon L'Ecole Des Loisirs 02/2004
	La tétine Mais qu'est-ce qui cloche dans ce Zorro masqué, avec un chapeau, un cheval, une épée et une tétine à la bouche ? En amenant l'enfant à réfléchir à cette question, ce drôle de livre peut aider tous les petits qui ont du mal à passer le cap difficile de l'abandon de la tétine et être aussi grand et courageux que Zorro !	Orianne Lallemand Emile Jadoul Casterman 10/2005
	Le lapin qui avait une tétine Il était une fois un lapin qui gardait toujours sa tétine. Quand on lui disait «bonjour», il ne répondait pas ! Quand on lui demandait: «Veux-tu venir jouer ?» Il ne répondait pas. Mais quand on lui retirait sa tétine... Devinez ce qu'il disait ?	Benoît Charlat Eds Les 400 Coups 06/2007
	Cajoline : Adieu, la tétine Avec ce petit livre, les parents obtiendront un outil précieux capable de les aider à résoudre le problème de la séparation de la tétine. L'histoire suggère une approche douce et originale pour convaincre l'enfant tout en le valorisant.	François Daxhelet 2006
	Qui veut ma tétine ? Renoncer à sa tétine devient une étape plus accessible à l'enfant, possibilité d'offrir ce petit trésor en cadeau... L'enfant choisit sa tétine parmi les vignettes autocollantes repositionnables, puis la colle sur l'image du personnage à qui il souhaite la donner. Des supports graphiques amusants et très colorés aideront l'enfant et ses parents au sevrage de la tétine.	Daphné Dejays et Lizzie de Courtivron 2005
	Timi lapin, Tome 2 : Ma tétine chérie Sa tétine, Timi Lapin l'a depuis qu'il est tout petit. Il ne l'aime pas, il l'adore et il l'emporte partout, même chez le dentiste. Ce dernier lui explique comment font tous les petits lapins pour s'en débarrasser. C'est un très bon plan. va-t-il fonctionner ?.	par Maribeth Boelts, Kathy Parkinson, et Chantal de Fleurieu 2006
	Au revoir Tétine ! Entre-temps, elle est devenue une grande fille et n'en a plus besoin. Mais de temps en temps, lorsqu'elle est un peu triste ou fatiguée, elle aime bien la remettre dans sa bouche. Un beau jour cependant, Titoune tombe de sa poche.... Comment Nora retrouvera-t-elle Titoune ? Et qu'en fera-t-elle alors ?	Brigitte Weninger, Yusuke Yonezu, et Géraldine Elschner 2007

	La Tétine de Dudu Mais où peut bien être la tétine de Dudu ?. Il met sa chambre sans dessus-dessous avant de s'apercevoir qu'elle est au cou de son doudou... qui ne l'a pas lâché d'une semelle !	A. Swoboda 2004
	Je veux ma tétine Lise veut une tétine mais papa ne veut pas, et maman non plus. Lise va se débrouiller elle-même.	Kathleen Amant et Diane Meirlaen 2004
	Je veux ma tétine ! Après " Je veux grandir ! ", " Je veux manger ! ", " Je veux une petite sœur ! ", la petite princesse retrouve ses plus jeunes lecteurs sous la forme de solides pages cartonnées pour partir à la recherche de sa tétine qui disparaît mystérieusement à tout bout de champ !	Tony Ross 2004
	Y en a marre des totottes Mine de rien, quand on n'a plus besoin de tototte, on parle mieux et on peut faire des choses de grand.	Catherine Dolto 2007
	La tototte Benny a un petit frère. Il en voulait un et, maintenant, il en a un. Le petit frère a une tototte. Benny aimerait bien en avoir une aussi. " Tu es trop grand pour avoir une tototte", dit maman. Plus Benny regarde son petit frère, plus il a envie de la tototte. "J'emmène mon petit frère dehors", dit-il à maman. Benny pose son petit frère derrière la porte, prend la tototte et part en courant...	Barbro Lindgren, Olof landström 2005
	Adieu Tototte "Je suis déjà grand ! Je n'ai plus besoin de ma tototte. Non vraiment, je n'en ai plus besoin. A qui vais-je la donner ? "Un petit blaireau essaie de se débarrasser de sa tototte préférée. Quelqu'un d'autre pourrait peut-être faire des choses intéressantes avec elle ? Il a plein d'idées originales. Mais qu'il est difficile de donner sa tototte... Une histoire touchante qui plaira beaucoup aux tout-petits.	Peter Allen 2004
	La tétine, c'est fini ! Vive les goûters d'anniversaire, quand la tétine reste au vestiaire ! Un livre animé de huit tétines en relief et d'une histoire qui incitera les enfants à s'en séparer.	de Melanie O'Brien (Auteur), Sabine Minssieux (Auteur), Amanda Enright (Illustrations) 01/09/2008

	Adieu, tétine! Depuis longtemps déjà, Corentin le petit lapin et sa tétine étaient inséparables. Il s'endormait avec elle, se réveillait avec elle, se promenait avec elle. Bref, il ne la quittait jamais ! Mais aujourd'hui, il a beau fouiller partout, pas de tétine. - Il va falloir vivre sans tétine, mon chéri, dit maman. - Mais comment je vais faire ? pense Corentin, jamais je n'y arriverai. Un petit récit amusant qui illustre bien l'une des étapes importantes de la croissance des tout-petits.	Aline de Pétigny, Clara Suetens Chantecler 2001
	Les Baby-Sitters, tome 3 : Cent mille tétines au soleil	Godard/Valda Dupuis 1999
	Tototte Pas facile d'apprendre à vivre sans sa tétine !	de D. Lévy (Auteur), F. Turrier (Illustrations) 01/03/2003
	Tétine Ier Jusqu'à ce jour l'origine des tétines était mal connue... Et puis, qu'arriverait-il si l'un ou l'une d'entre nous décidait de garder à la bouche, toute sa vie durant, cet accessoire en apparence inoffensif ? Tétine Ier, en étant sa tototte jusqu'à sa mort, changera-t-il la face du monde ?	de Pef (Auteur), Dominique Boutel (Auteur), Anne Panzani sept 1999

Dans ces différents ouvrages, la tétine (ou sucette) est présentée comme un accessoire indispensable de l'univers du bébé, dont la perte devient un événement dramatique (La tétine de Dudu, Je veux ma tétine), mais dont il faudra se séparer pour “grandir”, avec plus ou moins de difficultés (La tétine de Nina, La tétine, Y en a marre des totottes, Au-revoir tétine ...).

Paris, 2 mars 2006

**Des chercheurs viennent d'apporter la preuve qu'un baby-boom est survenu
lorsque nos ancêtres se sont sédentarisés.**

Les préhistoriens ont toujours pensé sans jamais l'avoir démontré que, lors du passage du Mésolithique au Néolithique, les populations se sont accrues rapidement. La raison ? La révolution technique et culturelle la plus profonde qu'aient connue les hommes : chasseurs-cueilleurs nomades depuis la nuit des temps, ils se sont sédentarisés et ont découvert, entre autres, l'agriculture et l'élevage ¹.

La preuve de cet accroissement vient d'être apportée par deux anthropologues-démographes, Jean-Pierre Bocquet-Appel, directeur de recherche au laboratoire CNRS « Dynamique de l'évolution humaine : individus, populations, espèces », et Stephan Naji, étudiant en thèse à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) ². Mieux, ils ont révélé un véritable baby-boom survenu lorsque les hommes sont devenus sédentaires. Pour cela, ils ont procédé à une étude statistique des ossements de dizaines de cimetières méso et néolithiques en Afrique du Nord, en Europe et en Amérique du Nord ³. Et parmi les squelettes, ils ont remarqué que la proportion d'enfants et d'adolescents est beaucoup moins nombreuse dans les cimetières mésolithiques. Elle est d'environ 20 % avant la sédentarisation et atteint les 30 % quelque 600 ou 800 ans après l'avènement du Néolithique. « À l'inverse de ce qu'on pourrait croire, ceci ne veut pas dire que les conditions se sont dégradées et que la mortalité des jeunes a augmenté. Cette proportion montre seulement que la base de la pyramide des âges de la population vivante s'est fortement élargie », décrypte Jean-Pierre Bocquet-Appel.

Le chercheur révèle aussi que le même scénario s'est déroulé dans les différents foyers d'apparition du Néolithique. Les hommes se sont d'abord installés à des endroits riches en ressources – gibier, poissons, végétaux, coquillages –, et la sédentarisation a stimulé les naissances. Mais l'économie fondée sur la chasse et la cueillette a vite trouvé ses limites. « Pendant plusieurs générations, ils ont subi une véritable crise démographique. Ils avaient trop d'enfants, bien plus qu'ils ne pouvaient en nourrir. La population a tellement souffert qu'elle est tombée parfois sous le seuil de remplacement des générations, raconte le chercheur. C'est

alors que sont apparus l'agriculture et l'élevage et la possibilité de nourrir beaucoup plus de monde. » Mais pourquoi la sédentarisation a-t-elle provoqué ce baby-boom ? D'après Jean-Pierre Bocquet-Appel, lorsque les chasseurs-collecteurs nomades se déplacent, les femmes portent les enfants, qui sont souvent en contact avec le sein maternel et peuvent téter à tout moment. Or l'allaitement retarde la reprise du cycle menstruel après la naissance d'un enfant. La fécondité des femmes nomades est donc plus faible. En revanche, chez les peuples sédentaires, les femmes posent leurs enfants et les allaitent moins longtemps. Leur fertilité est bien plus importante et peut atteindre huit à douze enfants en moyenne. Ceci expliquerait le baby-boom néolithique.

L'étude montre que le rapport de cause à effet entre la sédentarisation et l'invention de l'agriculture et de l'élevage est plus subtil que cela : « C'est la crise démographique due au trop grand nombre d'enfants qui a certainement conduit à l'adoption de ce nouveau moyen de production. Ce dernier a ensuite intensifié la sédentarisation, laquelle a augmenté encore la fécondité. Une sorte de processus qui s'est auto-alimenté. »

Baby-boom Néolithique© C.Masset Cet article est extrait du Journal du CNRS n°194 - mars 2006

Notes :

1. Le Néolithique est apparu à des époques différentes selon les endroits : il y a environ 9 000 ans au Moyen-Orient, il y a 3 000 ans en Amérique du Nord.
2. Voir National Geographic News, 9 janvier 2006. Consulter le site web
3. Ces périodes sont appelées en Amérique du Nord Early and Middle Woodland.

Contacts :

Chercheur

Jean-Pierre Bocquet-Appel

Laboratoire Dynamique de l'évolution humaine : individus, populations, espèces (CNRS, Paris)

Tel. 01 43 13 56 26

bocquet-appel@ivry.cnrs.fr

Presse

Muriel Ilous

Tel. 01 44 96 43 09

muriel.ilous@cnrs-dir.fr <http://www2.cnrs.fr/presse/communiqu/825.htm>

Contraception du post-partum

Protocole de la Fédération de Gynécologie-Obstétrique

Hôpital Paule de Viguier - Toulouse - 2005

Objectif : Assurer une contraception efficace avec un minimum d'effet secondaire pour la mère et le nouveau-né

En cas d'allaitement

Femme disciplinée, souhaitant une contraception orale, sans CI aux microprogestatifs :

- MICROVAL® [lévonorgestrel] (- cher, remboursé) ou
 - CERAZETTE® [désogestrel] (NR, meilleure tolérance ?)
- à commencer à J7-J10 (1 cp par jour, sans interruption, à heure fixe)

Femme indisciplinée / A risque d'oublis ou de prise irrégulière (mode de vie, antécédent de grossesse accidentelle) :

- discuter IMPLANON®
- information patiente ++, (effets secondaires : aménorrhée, spotting)
- idem mais mise en place possible avant la sortie

Les préservatifs masculins (ou spermicides) peuvent être conseillés si CI aux microprogestatifs, pas de désir de CO, ou en attendant sa mise en œuvre.

(...)

Annexe - rappels physiologiques

Avec allaitement :

Anovulation chez les femmes aménorrhéiques, donnant exclusivement le sein à intervalle court, (6 à 7 tétées par jour) jour et nuit jusqu'à 3 / 4 mois.

Cette anovulation est liée à :

- ↓ pulsatilité de sécrétion du GnRH
- baisse prolongée de LH
- hypoeostrogénie (- pic préovulatoire de LH)
- hyperprolactinémie

Elle est à l'origine de la « méthode MAMA » (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée).

Mais :

- en pratique, rare dans nos sociétés et
 - malgré l'allaitement exclusif
- à 1,5 mois, 5% des femmes ont ovulé et 15% sont réglées
 - à 3 mois, 25% des femmes ont ovulé et 45% sont réglées
 - à 6 mois, 65% des femmes ont ovulé et 85% sont réglées

Sans allaitement :

- Une ovulation peut survenir dès le 25ème-30ème jour (pas d'ovulation avant le 21ème jour)
- En l'absence d'allaitement
 - à 1,5 mois, 15% des femmes ont ovulé et 40% sont réglées
 - à 3 mois, 40% des femmes ont ovulé et 65% sont réglées
 - à 6 mois, 75% des femmes ont ovulé et 90% sont réglées
- Les inhibiteurs de la lactation raccourcissent la période d'infertilité physiologique.

MOTS-CLÉS : Contraceptions - Contraceptifs - Pilules - Minipilules - DIU - Stérilets - Préservatifs - Spermicides - Post-partum

<http://www.infogyn.com/detail/fiches/02090104.asp>

CONTRACEPTION POST-PARTUM

ALLAITEMENT EXCLUSIF : CONTROVERSE...

En post-partum, l'efficacité contraceptive de l'allaitement exclusif n'est pas reconnue par tous les auteurs.

Alors que certains la jugent comme "hautement inefficace" (Concours Médical : 128-25/26), pour d'autres l'allaitement aurait une efficacité comparable à celle d'une contraception orale. Et de conclure : "Il n'y a donc pas lieu de prescrire un microprogestatif d'emblée qui risque d'entraîner beaucoup d'inconfort lié à la survenue de métrorragies. Mieux vaut attendre le retour de couches qui se produit généralement au bout d'un mois, en favorisant les contraceptions locales."

Un DIU peut être posé un mois après l'accouchement", a souligné le Dr Guy Masson (CHU de Nîmes), l'un des experts ayant participé à l'élaboration des recommandations. (Source ANAES - AFSSAPS 2004)

PAS D'ALLAITEMENT

Toute méthode contraceptive désirée par la femme est licite.

Un DIU peut être posé un mois après l'accouchement", a souligné le Dr Guy Masson (CHU de Nîmes), l'un des experts ayant participé à l'élaboration des recommandations. (Source ANAES - AFSSAPS 2004)

CONTRACEPTION DU POST PARTUM

Concours Médical : 128-25/26 - jim.fr

Septembre 2006

Selon que la femme allaite ou non, les recommandations sont peu différentes.

Le fait d'allaiter ou de ne pas allaiter n'est pas déterminant sur le choix du contraceptif. En particulier, la pilule oestroprogestative reste peu utilisée en cas d'allaitement alors que seulement 0,02% des oestrogènes et 0,1% des progestatifs passent dans le lait, donc sans conséquence notable pour le nourrisson (Concours Médical : 128-25/26)

A noter, toutefois, que le risque thrombo-embolique maximum jusqu'à + J21 justifie d'en retarder la prise et que les pilules de 3ème génération semblent présenter un risque majoré comparé à la 2ème génération.

Selon le même article :

Les pilules microprogestatives au lévonorgestrel (Microval °) et à la noréthistérone (Milligynon °) ne doivent pas être utilisées.

En effet elles sont peu efficaces (3% des IVG surviennent sous Microval °)

A l'inverse, la pilule progestative pure au désogestrel (Cerezette°) a une place de choix en raison de son efficacité et de son innocuité métabolique.

A noter, toutefois, la différence de prix et de remboursement : (Microval ® 1,69 € par mois remboursée et Cerezette ® 7 à 9 € par mois, non remboursée)

En pratique :

Jusqu'au retour de couches, on notera la préférence des couples pour une méthode locale.

La reprise de l'ovulation peut se produire dès J 25 mais seulement dans moins de 1% des cas.

Chez les femmes qui allaitent :

* Le premier mois où les rapports sont rares et l'ovulation bien inhibée, on préconisera, si besoin, plutôt les méthodes locales naturelles. En cas d'anxiété contraceptive, la micropilule est possible, remboursée (Microval ® 1,69 € par mois) ou non remboursée (Cérazette ® 7 à 9 € par mois) mais préférable +++ (cf. encadré ci-dessus). Elle sera commencée entre J+3 et J+21

* Le deuxième mois :

o les méthodes locales sont préconisées jusqu'à la visite post-natale ;

o on peut commencer ou poursuivre une micropilule progestative ;

o l'utilisation d'une contraception oestroprogestative est possible sur demande dès + 6 semaines.

Un oestroprogestatif minidosé (30 µg ou moins) contenant un progestatif de 1ère ou 2ème génération est préférable.

La prise est conseillée le soir, après la dernière tétée.

o un DIU peut idéalement être placé vers 6 semaines à la visite post-natale.

* La contraception d'urgence par le Norlevo ° est utilisable y compris en cas d'allaitement.

Elle paraît toutefois peu nécessaire dans les 4 premières semaines du post-partum

Chez les femmes qui n'allaitent pas :

* aux méthodes locales,

* aux oestroprogestatifs dès J 21 si la patiente en exprime le désir et si elle ne fume pas,

* à la micropilule, sans réserve, dès J 7 à J 10 (mais il est quand même bien rare que les rapports soient repris si rapidement),

* au DIU qui peut être posé dès le retour de couches.

* Si la femme a reçu 14 jours de bromocriptine, l'ovulation est possible beaucoup plus tôt. La contraception sera commencée vers J6-J7 (?)

CONTRACEPTION D'URGENCE

La contraception d'urgence par le Norlevo ° est utilisable y compris en cas d'allaitement.

Elle paraît toutefois peu nécessaire dans les 4 premières semaines du post-partum

CAS PARTICULIER

HTA gravidique

Attendre 3 mois, vérifier le retour à la normale de la TA et la normalité du bilan néphrologique pour un éventuel oestroprogestatif.

En attendant, Cerazette peut être utilisée, à commencer rapidement : + J3

Diabète gestationnel

Attendre 3 mois, vérifier le retour à la normale du bilan glycémique pour un éventuel oestroprogestatif.

En attendant, Cerazette peut être utilisée, à commencer rapidement : + J3

http://www.esculape.com/gynecologie/contraception_postpartum.html

ANNEXE 18 : Choisir sa contraception **INPES**

GLOSSAIRE

ANAES : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé n'existe plus à part entière, elle a été regroupée, avec d'autres commissions , au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) le 13 août 2004. Le rôle de l'ANAES était :

- * d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie
- * de formuler des recommandations et rendre des avis indépendants, impartiaux et faisant autorité permettant d'éclairer les pouvoirs publics quant aux décisions de remboursement des produits et services médicaux et de contribuer à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et des soins prodigués au patient.

CNRS : Le Centre National de la Recherche Scientifique, est le plus grand organisme public français de recherche scientifique. Classé comme établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST), il est placé sous la tutelle administrative du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

COCON group : COhort CONtraception : équipe multidisciplinaire de chercheurs de l'INSERM, l'INED et du CNRS qui ont élaboré un projet de recherches sur les pratiques contraceptives et le recours à l'avortement dans les années 2000.

DREES : La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, a été créée par le décret du 30 novembre 1998 (JO du 1er décembre 1998). Elle a pour champ de compétence la santé, l'action sociale et la protection sociale.

FHI : Fondée en 1971, Family Health International est une organisation de santé publique internationale. Elle a pour mission d'améliorer l'existence des populations du monde entier par le biais de la recherche, de l'éducation et de la prestation de services en rapport avec la santé familiale.

HAS : La Haute Autorité de Santé a été créée par la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients. Elle reprend, depuis 2005, les

missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), celles de la Commission de la transparence (instance scientifique qui évalue les médicaments ayant obtenu leur autorisation de mise sur le marché), de la Commission d'évaluation des produits et prestations (instance scientifique qui examine les produits et prestations en vue de leur remboursement par l'Assurance maladie) et du Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM - instance chargée de fournir de manière indépendante l'information des médecins).

Il s'agit d'un organisme d'expertise scientifique, consultatif, public et indépendant. Il est chargé d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, il met en œuvre la certification des établissements de santé. La HAS formule des recommandations et rend des avis indépendants, impartiaux et faisant autorité. Ils permettent d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles et des soins prodigués au patient.

INED : L'Institut National d'Etudes Démographiques a pour principal mandat l'étude de la conjoncture démographique nationale et internationale et de ses évolutions. La vocation de l'Institut est pluridisciplinaire. Ses domaines de compétences couvrent donc à la fois l'étude des phénomènes démographiques proprement dits - nuptialité, fécondité, mortalité, migrations - , et la démographie appliquée à la vie sociale, l'économie, la santé publique, la géographie humaine, l'histoire... Outre sa mission de recherche scientifique, l'INED a pour responsabilité d'assurer la collecte et la diffusion de l'information, tant française qu'internationale, relevant de son champ d'activité. Il doit également contribuer à la formation « à la recherche et par la recherche ».

INPES : L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

INSERM : Créé en 1964, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale est un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Recherche. Ses chercheurs ont pour vocation l'étude de toutes les maladies des plus fréquentes aux plus rares, à travers leurs travaux de recherches biologiques, médicales et en santé des populations.

OMS : L'Organisation Mondiale de la Santé, (en anglais: World Health Organization (WHO)) est l'institution spécialisée de l'ONU pour la santé. Elle dépend directement du Conseil économique et social des Nations unies et son siège se situe à Genève, en Suisse.

Selon sa constitution, l'OMS a pour objectif d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible, la santé étant définie dans ce même document comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

WHO : World Health Organization, voir OMS