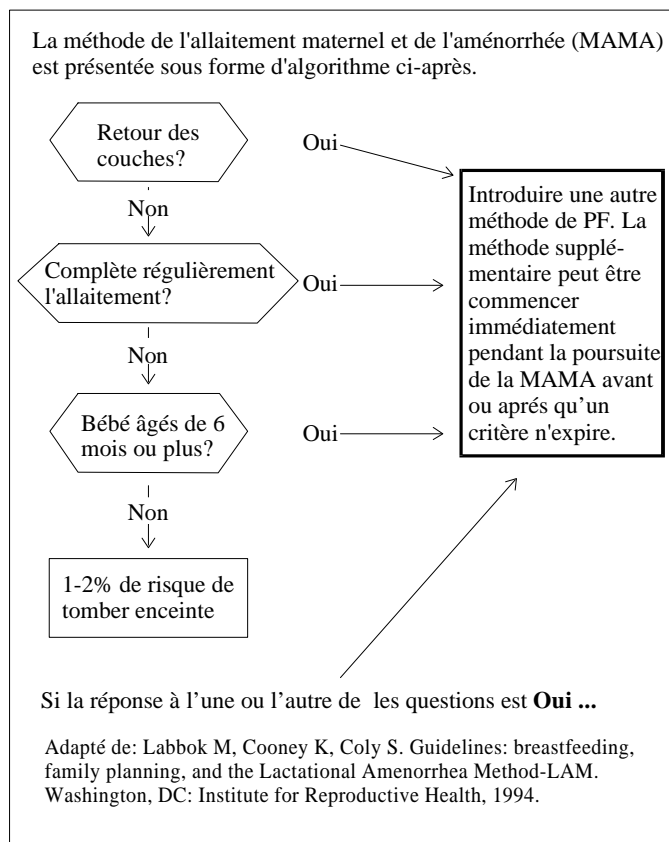


## Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) a été codifiée lors d'une réunion en 1989 à Washington, DC, sur base de la recherche, des activités du programme et des résultats de la réunion de consensus de Bellagio en 1988. Elle a été récemment réévaluée à la réunion tenue à Bellagio en 1995 et elle est considérée actuellement comme une méthode appropriée pouvant être utilisée dans le cadre des programmes.



MAMA comporte trois critères:

1. **L'aménorrhée**, défini comme l'absence de règles.  
Le retour des couches est défini comme les deux premiers jours consécutifs de saignement ou de spotting ayant lieu **après** deux mois du post-partum.
2. **L'allaitement maternel complet ou presque complet** comprend l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement presque exclusif et l'allaitement presque complet, jour et nuit à la demande du bébé.  
L'efficacité et la durée de MAMA sont renforcées par des modes d'allaitement plus intense, surtout pendant les premières semaines et les premiers mois.
3. **Moins de six mois du post-partum.**

L'efficacité de MAMA a été démontrée dans le cadre des essais cliniques et de son utilisation dans les programmes. Tant que les trois critères sont remplis, la méthode est efficace à environ 98%-99% (utilisation parfaite). Si l'un de ces critères n'est pas rempli, l'utilisation d'une autre méthode dont l'emploi n'interfère pas avec l'allaitement maternel devrait être recommandée pour continuer à assurer une protection élevée contre une grossesse.

La méthode permet un certain écart par rapport aux trois critères sans qu'il y ait hausse soudaine de risque de grossesse non planifiée. Le retour des couches continue le critère le moins souple. Si une femme n'est plus aménorrhéique, elle ne peut plus utiliser MAMA.

Si la femme ne s'éloigne que légèrement du critère d'allaitement complet ou presque complet, il faut de nouveau lui donner des conseils sur l'allaitement approprié et elle peut utiliser MAMA par la suite si elle reprend un mode d'allaitement presque complet. De petites quantités d'autres aliments ou de liquides supplémentaires qui ne remplacent pas les tétées n'ont pas d'effet important sur la fécondité de la femme. Mais les faibles fréquences de tétées et une

supplémentation régulière du régime alimentaire du bébé peuvent être associées à un risque élevé de retour de couches et à une probabilité plus élevée de l'ovulation qui précéderait ce retour des couches.

Si une femme aménorrhéique est séparée de son bébé et qu'elle extrait le lait, elle peut continuer à utiliser MAMA. L'extraction manuelle du lait ou par pompe peut suffisamment stimuler les seins pour empêcher une ovulation. Toutefois, son risque de grossesse est augmentée de 5% à 6%.

MAMA peut être enseignée au cours des périodes prénatale, périnatale ou post-natale. Il est très important de donner un counseling sur l'utilisation de la méthode. Si l'on veut que MAMA confère une protection efficace contre la grossesse, la méthode doit être utilisée régulièrement et correctement avec une autre méthode à démarrer immédiatement dès qu'un critère MAMA n'est plus remplie, surtout l'aménorrhée. L'on recommande de donner à l'utilisatrice de MAMA une autre méthode qu'elle peut démarrer elle-même avant son retour de couches (voir Question 1).

Il n'existe pas de contre-indications médicales à l'utilisation de MAMA. Mais il existe quelques conditions qui font qu'il vaudrait mieux éviter d'allaiter (par exemple, si la mère utilise quelques médicaments spécifiques ou présenté des conditions infectieuses ou si le bébé a des problèmes métaboliques). Ces conditions sont plus discutées en détail dans les *Critères de recevabilité médicale de l'OMS pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*.

Le calendrier de suivi de MAMA devrait être analogue au calendrier de suivi utilisé pour toutes les méthodes temporaires, sachant qu'avant qu'un des trois critères ne soit plus applicable, la cliente devrait revenir pour le counseling et pour commencer une autre méthode de planification familiale (PF).

**Citations:**

1. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989;39:477-96.
2. Kennedy KI, Labbok MH, Van Look. PFA: Consensus statement on the Lactational Amenorrhea Method for family planning. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1996;54:55-7.
3. Labbok M, Cooney K, Coly S. Guidelines: breastfeeding, family planning, and the Lactational Amenorrhea Method-LAM. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 1994.
4. Perez A, Labbok ML, Queenan JT. Clinical study of the Lactational Amenorrhea Method for family planning. *Lancet* 1992;339:968-70.
5. Kazi A, Kennedy KI, Visness CM, Khan T. Effectiveness of the Lactational Amenorrhea Method in Pakistan. *Fertility and Sterility* 1995;64:717-23.
6. Labbok M, Perez A, Valdes V, Sevilla F, Wade K, Laukaran V, et al. The Lactational Amenorrhea Method: a new postpartum introductory family planning method. *Advances in Contraception* 1994;10:93-109.
7. Pugin E, Valdes V, Labbok M, Perez A, Aravena R. Does prenatal education contribute to the duration of full breastfeeding in a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of Human Lactation* 1996;12:15-20.
8. Gray R, Campbell O, Eslami S, Zacur H, Labbok M, Apelo R. The return of ovarian function during lactation: results of studies from the United States and the Philippines. In Gray R (ed.) *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*. Oxford: Clarendon Press, 1993.
9. Zinaman M, Hughes V, Queenan J, et al. Acute prolactin, oxytocin response and milk yield to infant suckling and artificial methods of expression in lactating women. *Pediatrics* 1992;89:437-40.
10. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.

## Q.1. Quand les utilisatrices de MAMA devraient-elles commencer à utiliser une autre méthode?

### Recommandations

- a) Les méthodes d'appoint ne sont pas nécessaires tant que les critères de MAMA sont remplis mais une autre méthode peut être utilisée pendant la période de protection de la MAMA si la femme le souhaite. Les méthodes d'appoint devraient se limiter aux méthodes qui conviennent aux femmes qui allaitent.

Selon l'OMS, les méthodes progestatives (par exemple, PP, Depo Provera®, NORPLANT®) ne devraient pas être commencées avant six semaines du post-partum et les méthodes contenant des œstrogènes (COC, CIC) ne devraient pas être démarrées par les femmes qui allaitent avant six mois du post-partum.

- b) Une utilisatrice de la MAMA devrait avoir sous la main une autre méthode contraceptive qu'elle peut démarrer elle-même. Une femme devrait avoir la possibilité de faire un choix informé en vue de commencer toute autre méthode appropriée pendant qu'elle est encore protégée par la MAMA. Ensuite, elle peut commencer cette méthode lorsque les critères MAMA ne sont plus remplis ou qu'elle ne veut plus dépendre de la MAMA.

### Raison fondamentale

- a) Tant que les critères sont remplis, la MAMA resté une méthode contraceptive très efficace.

- 1) Perez A, Labbok M, Queenan J. Clinical study of the Lactational Amenorrhoea Method for family planning. *Lancet* 1992;339:968-70.

Les méthodes non hormonales ne comportent aucun effet sur la lactation ou le bébé. Les méthodes progestatives n'ont pas d'effet connu mais entrent dans la Catégorie 3 de l'OMS pour des inquiétudes théoriques. Suite à leur effet sur la lactation (OMS Catégorie 3/4), en général les méthodes à base d'œstrogène ne devraient pas être utilisées par les femmes qui allaitent avant six mois du post-partum.

- 1) World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.

- b) La méthode dont dispose l'utilisatrice de la MAMA (et qu'elle peut utiliser lorsqu'elle ne dépend plus de MAMA) peut être une méthode de suivi choisie par la femme ou elle peut l'utiliser en tant que méthode complémentaire temporaire jusqu'à ce qu'elle ait l'occasion de rendre visite à un prestataire de la planification familiale pour obtenir la méthode de son choix. Un prestataire peut être raisonnablement sûr qu'une utilisatrice n'est pas enceinte si les critères MAMA sont satisfaits. Le prestataire peut ensuite fournir la méthode choisie (conformément au protocole de cette méthode) avant la fin de MAMA.

- 1) Perez A, Labbok M, Queenan J. Clinical study of the Lactational Amenorrhoea Method for family planning. *Lancet* 1992;339:968-70.

Le fait d'avoir sous la main une méthode contraceptive que l'utilisatrice peut démarrer elle-même lorsqu'elle met fin à la MAMA (ou lorsque la femme ne veut plus dépendre de MAMA) diminue le risque d'avoir une période de battement sans protection.

**Recommandations**

**Raison fondamentale**

c) Si une femme utilisant MAMA court le risque de contracter une MST, y compris le VIH/SIDA, elle devra probablement en plus de la MAMA utiliser les condoms ou autre méthode de barrière pour sa protection contre les MST.

c) La MAMA n'offre aucune protection contre les MST ou le VIH. Il faut encourager les clientes qui courent le risque de contracter ces maladies à utiliser des méthodes de barrière et leur donner un counseling sur les comportements qui peuvent diminuer ce risque.

**Q.2. L'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie d'un bébé peut-il être pratiqué et sans danger pour la santé de la mère et du bébé?**

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Oui, à quelques rares exceptions près, l'allaitement maternel exclusif ne présente aucun danger pour la santé de la mère. Si la mère a un mauvais état nutritionnel, il est généralement préférable et moins cher de compléter le régime de la mère plutôt que celui du bébé</p> <p>Il est important de veiller au bon état sanitaire et nutritionnel de la mère. Un bon espacement des naissances et une alimentation suffisante aide à protéger la santé de la mère.</p>	<p>a) La plupart des femmes, même celles qui sont modérément mal nourries, peuvent produire du lait en quantité et qualité suffisantes pour allaiter exclusivement jusqu'à six mois.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Prentice AM, Goldberg GR, Prentice A. Body mass index and lactation performance. <i>European Journal of Clinical Nutrition</i> 1994;48 Suppl:S78-96.</li><li>2) Krasovec K. The implications of poor maternal nutritional status during pregnancy for future lactational performance. <i>Journal of Tropical Pediatrics</i> 1991;37(Suppl):3-10.</li><li>3) Huffman SL. Maternal malnutrition and breastfeeding: is there really a choice for policy makers? <i>Journal of Tropical Pediatrics</i> 1991;37(Suppl):19-22.</li></ol>

## Recommandations

- b) Oui, l'allaitement exclusif pendant six mois est sans danger pour la santé du bébé. En donnant de l'eau ou d'autres aliments au bébé, on risque davantage d'introduire des maladies dont certaines peuvent être mortelles. De plus, les avantages nutritifs sont moindres.

### Note:

Dans certaines situations où l'on sait que la mère est séropositive, l'OMS ne recommande pas d'allaiter. Les femmes qui allaitent et qui courent le risque de contracter le VIH devraient savoir que, si elles sont séropositives ou si elles contractent le VIH alors qu'elles allaitent, elles peuvent transmettre le virus à leur bébé par le lait maternel. Lorsqu'il n'existe pas d'autres alternatives permettant de remplacer sous danger le lait maternel, on conseille aux femmes séropositives de continuer à allaiter mais les femmes qui sont séropositives et qui peuvent donner le biberon sans danger devraient le faire.

## Raison fondamentale

- b) Les suppléments donnés au bébé avant six mois remplacent généralement le lait maternel sans ajouter des calories ou des avantages nutritionnels importants. En outre, le lait maternel protège contre les maladies infantiles et les décès imputables à la diarrhée et aux maladies infectieuses.

- 1) Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras. *Lancet* 1994;343:288-93.
- 2) Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB, et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea: a case-control study. *American Journal of Epidemiology* 1989;129(5):1032-41.
- 3) Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, du V Florey C. Protective effect of breast feeding against infection. *British Medical Journal* 1990;300:11-6.
- 4) Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SM, Gigante LP, Smith PG, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2(8554):319-22.

Le mode de croissance des bébés allaités diffère des normes de référence actuelles qui sont fondées sur le mode de croissance des bébés nourris au biberon. Cela ne doit pas être interprété comme un retard de croissance du moment que le bébé continue à prendre du poids. Mais il faut suivre tous les bébés, quelle que soit la manière dont ils sont nourris dans le cadre des consultations des nourrissons pour être sûr qu'ils grandissent normalement.

- 1) Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. *Pediatrics* 1995;96:495-503.

### Q.3. L'utilisation de MAMA peut-elle aller au-delà de six mois?

#### Recommandations

a) La durée de MAMA peut être prolongée de quelques mois chez les femmes aménorrhéiques dans certains pays par le biais de soutien pour les pratiques d'allaitement optimal.

b) Les versions prolongées de la MAMA (MAMA-9, MAMA-12) sont basées sur l'aménorrhée et le maintien d'une haute fréquence d'allaitement avec allaitement complet ou presque complet et avec allaitement avant chaque repas supplémentaire.

L'aménorrhée due à la lactation au-delà de six mois du post-partum confère une bonne protection contre la grossesse bien qu'elle soit moins élevée que celle des six premiers mois.

Comme pour la MAMA standard, l'utilisation d'une autre méthode devrait être recommandée au moment du retour des couches. Si la femme est aménorrhéique avant qu'elle ne cesse l'allaitement complet ou presque complet, elle peut revenir pour un counseling (soit pour continuer à utiliser la MAMA, soit pour commencer une autre méthode contraceptive si elle le souhaite) (Voir Question 1).

#### Raison fondamentale

a) L'éducation et l'information prénatales sur la MAMA peuvent permettre d'allonger la durée de l'allaitement maternel, l'aménorrhée due à la lactation et la protection de la MAMA.

- 1) Pugin E, Valdez V, Labbok M, Perez A, Aravena R. Does prenatal education contribute to the duration of full breastfeeding in a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of Human Lactation* 1996;12:15-20.
- 2) Cooney KA, Nyirabukeye T, Labbok M, Hoser P, Ballard E. Assessment of the nine-month Lactational Amenorrhea Method (MAMA-9) in Rwanda. *Studies in Family Planning* 1996;24:162-71.

b) La probabilité de tomber enceinte pendant l'aménorrhée lactationnelle est faible pendant les six premiers mois du post-partum. Le risque de grossesse pendant l'aménorrhée lactationnelle est plus élevé après six mois du post-partum mais, chez les femmes avec des modes d'allaitement intensif, le taux d'échec lié à l'aménorrhée lactationnelle jusqu'à un an du post-partum est comparable au taux d'échec en cas d'utilisation parfaite d'autres méthodes réversibles. Toutefois, plus de recherches s'avèrent nécessaires sur l'efficacité de la méthode MAMA prolongée.

- 1) Kennedy KI, Visness C. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet* 1992;339:227-30.
- 2) Kazi A, Kennedy KI, Visness C, Khan T. Effectiveness of the lactational amenorrhea method in Pakistan. *Fertility and Sterility* 1995;64:717-23.
- 3) Ramos R, Kennedy KI, Visness C. Effectiveness of the Lactational Amenorrhea Method in preventing pregnancy in Manila, the Philippines. *British Medical Journal* 1996;313:909-12.
- 4) Cooney KA, Nyirabukeye T, Labbok M, Hoser P, Ballard E. Assessment of the nine-month Lactational Amenorrhea Method (MAMA-9) in Rwanda. *Studies in Family Planning* 1996;24:162-71.

## Classification des procédures choisies pour la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Procédure	Classe	Raison fondamentale
Examen du pelvis (au spéculum et bimanuel)	C	<p>! Un examen du pelvis n'est pas nécessaire pour garantir la sécurité de l'utilisation de la MAMA en tant que méthode contraceptive.</p> <p>! Un examen du pelvis pourrait aider à évaluer la présence d'une grossesse. Dans ce cas, c'est la Classe A.</p>
Tension artérielle	C	MAMA n'affecte pas la tension artérielle.
Examen des seins	C	<p>! Dans certains cas, l'examen des seins et un counseling et/ou un traitement approprié peuvent aider les femmes à allaiter de manière satisfaisante. Dans ce cas, c'est la Classe B.</p> <p>! MAMA ne provoque pas de cancer du sein. De fait, l'allaitement maternel peut diminuer le risque du cancer du sein<sup>1,2</sup>.</p>
Dépistage biologique des MST (en l'absence de symptômes)	C	Un dépistage des MST devrait être fait, si possible, chez les clientes courant le risque de contracter une MST (par anamnèse personnelle ou facteurs de risques sociodémographiques). Mais la présence d'une MST autre que le VIH n'affectera pas l'utilisation sans danger de MAMA.
Dépistage du VIH	B	<p>! Les femmes allaitantes courant le risque de contracter une MST, dont le VIH, devraient savoir que, si elles sont séropositives ou si elles contractent le VIH alors qu'elles allaitent, elles peuvent transmettre le virus à leur bébé par le biais du lait maternel<sup>3</sup>.</p> <p>! Lorsqu'il n'existe pas d'autre solution permettant de remplacer sans danger le lait maternel, on conseillera aux femmes séropositives de continuer à allaiter mais les femmes qui sont séropositives et qui peuvent donner le biberon sans danger devraient le faire<sup>4,5</sup>.</p>
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C	Le dépistage du cancer du col n'est pas nécessaire pour la sécurité de l'utilisation de la MAMA <sup>6</sup> .
Procédures correctes de prévention des infections	C	Les procédures de prévention ne s'appliquent pas dans le cas de la MAMA.

<b>Procédure</b>	<b>Classe</b>	<b>Raison fondamentale</b>
Points de counseling spécifiques pour la MAMA: ! critères de la MAMA ! efficacité ! comportements d'allaitement optimal ! quand et où obtenir une méthode de suivi ! signes et symptômes exigeant qu'on consulte un prestataire de services ! protection contre les MST (quand/tel qu'approprié)	A	! MAMA est une méthode d'éducation, aussi un counseling et une éducation appropriés de la cliente sont-ils de toute première importance. Les utilisatrices de la MAMA doivent apprendre les trois critères de la MAMA, l'importance d'utiliser une autre méthode lorsque les critères ne sont plus remplis et savoir où elles peuvent recevoir la méthode de leur choix. Il faut également de donner un counseling sur les comportements d'allaitement de caractère optimal pour maintenir l'infertilité due à la lactation <sup>7</sup> . ! Une bonne éducation de la cliente est essentielle pour maximiser la qualité des services de PF.

**Citations pour le tableau de procédures:**

1. United Kingdom National Case-Control Study Group. Breast feeding and risk of breast cancer in young women. *British Medical Journal* 1993;307:17-20.
2. Thomas DB, Noonan EA and the WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Breast cancer and prolonged lactation. *International Journal of Epidemiology* 1993;22:619-26.
3. Van de Perre P, Simonon A, Msellati P, Hitimana D, Vaira D, Bazubagira A, et al. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. *New England Journal of Medicine* 1991;325:593-8.
4. Nicoll A, Newell M-L, Van Praag E, Van de Perre P, Peckham C. Infant feeding policy and practice in the presence of HIV-1 infection. *AIDS* 1995;9:107-19.
5. Van de Perre P. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1: the breast-feeding dilemma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;173:483-7.
6. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.
7. Labbok M, Cooney K, Coly S. Guidelines: breastfeeding, family planning, and the Lactational Amenorrhea Method-LAM. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 1994.

**CLASSES:**

- Classe A** = essentiel et obligatoire ou important en toutes circonstances pour une utilisation efficace et sans danger de la méthode de contraception.
- Classe B** = raisonnable sur le plan médical/épidémiologique dans certaines circonstances pour améliorer la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception mais ne peut pas être approprié pour tous les clients dans tous les cas.
- Classe C** = peut être approprié pour une bonne prévention sanitaire mais non justifié matériellement pour la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception.
- Classe D** = non justifié matériellement, que ce soit pour de bons soins préventifs de routine ou la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception.