

## Pilules progestatives pendant l'allaitement\*

- \* Vu que la vaste majorité des utilisatrices de la PP sont des femmes qui allaitent, ce chapitre sera concentré sur la PP pendant l'allaitement. Mais la PP est une méthode contraceptive acceptable pour les femmes qui n'allaitent pas (voir Question 4).

### Q.1. Quand une femme allaitante peut-elle commencer la PP?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Chez une femme allaitante, la PP peut être comencée après six semaines du post-partum.</p> <p>La PP n'est généralement pas recommandée pendant les six premières semaines du post-partum pour les femmes qui allaitent. Le moment du démarrage de la PP pendant le post-partum devrait tenir compte des intentions d'une femme sur le plan de l'allaitement.</p>	<p>a) Chez les femmes allaitantes, le fait de remettre le démarrage de la PP jusqu'à six semaines après l'accouchement évite d'exposer le nouveau-né aux stéroïdes exogènes au moment où le développement neuroendocrinien est le plus important. Chez les femmes allaitantes, le risque d'ovulation pendant les six premières semaines du post-partum est très faible. Le moment du démarrage de la PP pendant le post-partum devrait dépendre de la préférence de la femme, de son expérience en matière d'allaitement et de ses intentions concernant la durée de l'allaitement.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Howie PW, McNeilly AS, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: postpartum ovulation and menstruation in bottle and breast feeding mothers. <i>Clinical Endocrinology</i> 1982;17:323-32.</li><li>2) Diaz S, Rodriguez G, Peralta O, Miranda P, Casado ME, Salvatierra AM, et al. Lactational amenorrhea and the recovery of ovulation and fertility in fully nursing Chilean women. <i>Contraception</i> 1988;38(1):53-67.</li><li>3) Visness C, Rivera R. Progestin-only pill use and pill switching during breastfeeding. <i>Contraception</i> 1995;51:279-81.</li></ol>

## Recommandations

## Raison fondamentale

b) Une femme qui choisit d'utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) devrait commencer la PP ou toute autre méthode choisie par la suite en cas de survenue d'une des conditions suivantes:

- ! retour de couches, ou
- ! ne pratique plus un allaitement complet ou presque complet, ou
- ! six mois du post-partum.

De préférence, les plaquettes de PP sont données à la femme avant la date du début de prise souhaitée pour être sûre qu'elle pourra commencer la méthode au moment où elle en a besoin. Cependant, si elle le souhaite, la PP peut également être commencée pendant qu'elle utilise encore la MAMA (ce qui lui fournit une double protection).

c) Après les six premières semaines du post-partum, la PP peut être commencée à n'importe quel moment si vous êtes raisonnablement sûre qu'une femme n'est pas enceinte (voir Annexe A et PP à la Question 7d).

b) Pendant l'utilisation de la MAMA, la femme en post-partum bénéficie d'une protection contre la grossesse d'au moins 98% pendant six mois si elle reste aménorrhéique ou si elle pratique un allaitement complet ou presque complet (taux d'efficacité de l'utilisation parfaite). Parfois, les programmes encouragent la femme à attendre le démarrage de la PP jusqu'à ce qu'elle ne dépende plus de la MAMA car c'est programmiquement plus abordable et que l'utilisation de la PP pendant l'allaitement pourrait prolonger la subfécondité lactationnelle.

- 1) Kennedy K, Rivera R, McNeilly A. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989;39(5):477-96.
- 2) Chaudhury RR, Chompootaweep S, Dusitsin N, Friesen H, Tankeyoon M. The release of prolactin by medroxyprogesterone acetate in human subjects. *British Journal of Pharmacology* 1977;59:433-4.

c) Selon la littérature actuelle, dont les études sur d'autres méthodes progestatives, il est peu probable qu'il existe un effet significatif sur la croissance des nourrissons allaités dont les mères démarrent la PP après la sixième semaine du post-partum.

- 1) WHO Task Force on Oral Contraceptives. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception* 1984;30(6):505-21.
- 2) Shaaban M, Salem H, Abdullah K. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, Norplant, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception* 1985;32(6):623-35.
- 3) Pardthaisong T, Yencht C, Gray R. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation. *Contraception* 1992;45:313-24.
- 4) McCann MF, Moggia AV, Higgins JE, Potts M, Beeker C. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breastfeeding. *Contraception* 1989;40(6):635-48.

Recommandations	Raison fondamentale
d) Même si la PP est démarrée sans le savoir pendant une grossesse, il n'y a pas de risque connu pour le fœtus.	d) Les études épidémiologiques ne montrent aucun effet significatif sur le développement ou les malformations du fœtus suite à la prise de méthodes hormonales au début de la grossesse.  1) Bracken MB. Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. <i>Obstetrics and Gynecology</i> 1990;76:552-7. 2) Wiseman RA, Dodds-Smith IC. Cardiovascular birth defects and antenatal exposure to female sex hormones: a re-evaluation of some base data. <i>Teratology</i> 1984;30(3):359-70. 3) Simpson JL, Phillips OP. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. <i>Advances in Contraception</i> 1990;6:141-67.
e) Les méthodes non hormonales sont préférables aux méthodes hormonales pendant l'allaitement parce qu'il n'y a pas d'effet sur le lait maternel et que le bébé n'est pas exposé aux stéroïdes exogènes. Mais l'OMS classe la PP dans la Catégorie 1 après six semaines du post-partum et les femmes devraient pouvoir faire un choix parmi les méthodes contraceptives.	e) La quantité de progestatifs exogènes dans le lait maternel est extrêmement faible mais il est prudent d'essayer de minimiser l'exposition du bébé aux médicaments.  1) Institute of Reproductive Health. Guidelines for breastfeeding in family planning and child survival programs. Washington, DC: IRH, 1992. 2) World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.

## Q.2. **Existe-t-il des considérations spéciales lorsqu'une femme allaitante passe de la PP à une méthode hormonale?**

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Non. Une femme allaitante peut passer de la PP à une autre méthode hormonale à n'importe quel moment, tant que la méthode est appropriée.</p> <p>Il n'est pas nécessaire d'utiliser une méthode supplémentaire lorsque la nouvelle méthode est démarrée au moment où la femme allaitante prend régulièrement la PP. Les méthodes contenant des œstrogènes ne devraient généralement pas être utilisées par les femmes qui allaitent avant six mois du post-partum et devraient de préférence être évitées pendant un allaitement à long terme.</p>	<p>Tant que la femme allaite et qu'elle prend régulièrement la PP, elle est entièrement protégée tout au long de la transition à la nouvelle méthode hormonale.</p> <p>1) McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. <i>Contraception</i> 1994;50(6).</p> <p>Les données d'essais cliniques montrent que la protection contre la grossesse conférée par l'utilisation de la PP pendant l'allaitement est élevée, indiquant un effet synergique de la prévention de la grossesse pour l'allaitement pendant l'utilisation de la PP. En plus, les femmes allaitantes en aménorrhée ont une protection supplémentaire suite à leur fécondité plus faible.</p> <p>1) Dunson T, McLaurin V, Grubb G, Rosman A. A multicenter clinical trial of a progestin-only oral contraceptive in lactating women. <i>Contraception</i> 1993;47:23-35.</p> <p>2) Kennedy KI, Visness C. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. <i>Lancet</i> 1992;339:227-30.</p>

### Q.3. **Si une femme utilise la PP pendant l'allaitement, quand devrait-on lui conseiller de passer à une autre méthode?**

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Les femmes peuvent utiliser de la PP après les six premières du post-partum et poursuivre leur utilisation sans danger pendant toute la durée de l'allaitement.</p> <p>b) Les femmes peuvent continuer à utiliser la PP lorsqu'elles arrêtent d'allaiter, du moment qu'elles ont été informées des avantages et des inconvénients de la méthode et qu'elles sont prêtes à utiliser correctement et régulièrement la PP.</p> <p>Il n'est pas obligatoire pour une femme de passer de la PP à une autre méthode de planification familiale (PF) une fois qu'elle arrête d'allaiter ou après six mois du post-partum.</p> <p>c) Les femmes allaitantes utilisant la PP ne devraient pas, du moins pendant les six premiers mois du post-partum, changer et passer aux contraceptifs oraux combinés (COC) ou à d'autres méthodes contenant des œstrogènes.</p>	<p>a) En général, la PP est très efficace et ne présente pas de danger pendant l'allaitement maternel.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. <i>Contraception</i> 1994;50(6).</li><li>2) Dunson TR, McLaurin VL, Grubb G, Rosman A. A multicenter clinical trial of a progestin-only oral contraceptive in lactating women. <i>Contraception</i> 1993;47:23-35.</li></ol> <p>b) La PP est une méthode contraceptive efficace, même lorsqu'on allaite, du moment qu'elle est utilisée correctement et régulièrement. Cependant, toutes les femmes devraient être informées des avantages et des inconvénients de la PP en l'absence de l'allaitement, surtout du fait que la PP doit être utilisée régulièrement et correctement pour fournir une protection efficace contre la grossesse (la pilule doit être prise chaque jour à la même heure) et du fait que la PP, entraîne souvent, des saignements menstruels irréguliers.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Visness C, Rivera R. Progestin-only pill use and pill switching during breastfeeding. <i>Contraception</i> 1995;51:279-81.</li><li>2) McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. <i>Contraception</i> 1994;50(6).</li><li>3) World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.</li></ol> <p>c) Même les COC à faible dose (30 mcg) diminuent la production de lait et altèrent sa composition.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) WHO Task Force on Oral Contraceptives. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. <i>Contraception</i> 1984;30:505-21.</li><li>2) McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. <i>Contraception</i> 1994;50(6).</li></ol>

## **Recommandations**

## **Raison fondamentale**

d) Les femmes allaitantes peuvent passer, à n'importe quel moment, à des méthodes non hormonales.

d) S'il n'est pas inséré dans les 48 heures après l'accouchement, le DIU post-partum ne sera généralement pas inséré tant qu'il n'y a pas involution utérine complète. Les DIU progestatifs ne sont pas insérés pendant les six premières semaines du post-partum même si l'involution est complète afin d'éviter les risques théoriques de l'exposition du bébé aux stéroïdes. Les diaphragmes ne sont pas ajustés tant que l'involution n'est pas complète.

- 1) O'Hanley K, Huber D. Postpartum IUDs: keys for success. *Contraception* 1992;45:351-61.
- 2) Wiley A. The Diaphragm. In: Corson S, Derman R, Tyrer L, editors. *Fertility Control*. Boston: Little, Brown & Company, 1985:223-32.
- 3) World Health Organization. *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use*. Geneva: WHO, 1996.

## Q.4. La PP peut-elle être utilisée par une femme qui n'allait pas?

### Recommandations

Oui, si la pilule est prise régulièrement et correctement. Un grand nombre de femmes acquièrent de l'expérience en matière de prise de la PP pendant l'allaitement et apprennent à faire confiance à cette méthode. Elle doivent être autorisées à continuer la PP après l'allaitement si celle-ci constitue la méthode de leur choix.

### Raison fondamentale

La PP est une méthode contraceptive efficace, même quand la femme n'allait pas, du moment que la pilule est prise constamment et correctement.

La PP est une méthode utile pour un grand nombre de femmes qui souhaitent utiliser les contraceptifs oraux (CO) mais pour lesquelles les COC ne conviennent pas.

Il faut informer les femmes des avantages et des inconvénients de la PP, surtout du fait que la PP doit être utilisée régulièrement et correctement pour fournir une protection efficace contre la grossesse (par exemple, la pilule devrait être prise chaque jour à la même heure) et du fait que la PP entraîne souvent des saignements menstruels irréguliers. A moins que la femme n'allait, il faut utiliser une méthode contraceptive supplémentaire si la PP est prise plus de trois heures après l'heure habituelle (voir Question 7e).

- 1) McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception* 1994;50(6).

## Q.5. **Combien de plaquettes de PP faudrait-il donner à une nouvelle utilisatrice lors de la première visite? Lors des visites ultérieures?**

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) <b>Nouvelle utilisatrice?</b></p> <p>Les femmes en post-partum qui ont l'intention d'utiliser la MAMA peuvent recevoir leurs plaquettes de pilules immédiatement après l'accouchement avec les instructions de les prendre (voir Question 1) lorsqu'un des critères de la MAMA n'est plus rempli. Les femmes qui ont l'intention d'utiliser la MAMA pendant six mois peuvent recevoir au moins des plaquettes pour six mois (qu'elles commencent à utiliser lorsque le critère MAMA ne s'applique plus) de sorte qu'elles aient une protection contraceptive pour au moins un an.</p> <p>On peut donner jusqu'à 13 plaquettes (l'approvisionnement d'un an) bien que trois ou quatre soient peut-être plus pratiques pour des raisons liées au programme. L'essentiel est de garantir un accès continu et facile.</p>	<p>a) Il est important de veiller au côté pratique. Pour éviter que la femme n'ait à se déplacer pour obtenir des plaquettes, elle devrait avoir un accès facile à un réapprovisionnement de PP. Dans l'idéal, elle devrait être en mesure d'obtenir un grand nombre de plaquettes de PP lors de sa visite.</p> <p>Si certains prestataires pensent que les clientes qui reçoivent des plaquettes en grand quantité peuvent les "partager" avec leurs amies, cette pratique ne semble probablement pas présenter plus de danger que la distribution de la méthode sous prescription.</p>

## Recommandations

## Raison fondamentale

### b) Visites ultérieures?

Il n'existe aucune justification médicale importante exigeant une visite de retour routinière pour l'utilisation de la PP mais on peut encourager les clientes à revenir chaque fois qu'elles ont des préoccupations, des problèmes ou des questions.

Pour les femmes qui commencent à utiliser la PP, on peut encourager une visite de suivi après trois mois pour un counseling à fin de déterminer si la cliente est satisfaite par la méthode et si elle l'utilise correctement, rappeler les instructions et aider la cliente à prendre en compte les effets secondaires.

b) Suite à sa dose de progestatif extrêmement faible, la PP constitue une méthode de contraception sans danger. La plus grand danger seront celui de la grossesse due à l'échec de méthode. Cependant, il peut être évité en garantissant un approvisionnement suffisant de PP et en veillant à l'utilisation correcte et régulière de la méthode.

- 1) McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception* 1994;50(6).
- 2) Harlap S, Kost K, Forrest JD. Preventing pregnancy, protecting health: a new look at birth control choices in the United States. Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute, 1991.

## Q.6. En cas d'allaitement, y a-t-il une heure de la journée qui est la plus indiquée pour prendre la PP?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) La PP peut être prise à n'importe quel moment de la journée pour une utilisation efficace pendant l'allaitement. La cliente peut sélectionner une heure de son choix qui lui rappelle le moment de prise de la pilule chaque jour. Souvent, il est bon de lier la prise à un événement quotidien.</p>	<p>a) Les femmes allaitantes ont une protection supplémentaire à cause de leur fécondité plus faible. Les données des essais cliniques montrent que la protection contre la grossesse conférée par l'utilisation de PP pendant l'allaitement est extrêmement élevée. La protection synergique contre la grossesse due à l'utilisation de la PP, en combinaison avec l'allaitement maternel, devrait suffisamment éliminer le risque de conception chez une cliente même si celle-ci prend la PP à des différents moments de la journée.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Dunson T, McLaurin V, Grubb G, Rosman A. A multicenter clinical trial of a progestin-only oral contraceptive in lactating women. <i>Contraception</i> 1993;47:23-35.</li><li>2) Wright SW, Fotherby K, Fairweather F. Effect of daily small doses of norgestrel on ovarian function. <i>Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth</i> 1970; 77:65-8.</li></ol>
<p>b) Cependant, si une femme continue à prendre la PP <b>après</b> avoir cessé l'allaitement, alors il est important qu'elle se rappelle de prendre la PP chaque jour à la même heure, de préférence, en fin de l'après-midi ou quatre à cinq heures avant le moment habituel de l'activité sexuelle pour que l'effet de la pilule sur la glaire cervicale soit à son maximum au moment de l'acte sexuel.</p>	<p>b) La modification de la glaire cervicale est l'effet contraceptif le plus immédiat de la PP. L'effet de la PP sur la glaire cervicale atteint à son maximum quatre à cinq heures après la prise de la pilule et disparaît 24 heures après.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. <i>Contraception</i> 1994;50(6).</li><li>2) Chretien FC, Sureau C, Neau C. Experimental study of cervical blockage induced by continuous low-dose oral progestogens. <i>Contraception</i> 1980;22:445-56.</li></ol>

## Q.7. Doit-on conseiller une méthode supplémentaire dans les suivantes?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) <b>Si une cliente allaitante est traitée aux <u>antibiotiques</u>, notamment des <u>antituberculeux</u>?</b></p> <p>Généralement, les méthodes supplémentaire ne sont pas nécessaires, à moins que la femme ne prenne de la <b>rifampicine</b>.</p> <p>A l'exception de la rifampicine, les antibiotiques sont peu susceptibles de réduire de manière significative l'efficacité de la PP chez les femmes allaitantes.</p> <p>Si la femme allaitante prend de la rifampicine, elle devrait savoir que la rifampicine:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>! peut passer dans le lait maternel avec des effets secondaires possibles pour le bébé,</li><li>! peut augmenter les saignements entre les règles, et</li><li>! faire baisser les niveaux de progestatif et diminuer peut-être, de manière significative, l'efficacité de la PP.</li></ul>	<p>a) Aucun fait ne montre que des antibiotiques polyvalents, tels que l'ampicilline, l'érythromycine et la tétracycline ne diminuent l'efficacité de la PP dans le cas d'études cliniques soigneusement effectuées.</p> <p>La rifampicine, qui est essentiellement utilisée pour traiter la tuberculose, induit des enzymes hépatiques et augmente le métabolisme hépatique des progestatifs, diminuant ainsi l'efficacité de la PP. L'induction mais enzymatique hépatique de la rifampicine dure environ quatre semaines pour un traitement utilisation à court terme et huit semaines pour un traitement à long terme.</p> <p>La griséofulvine, antibiotique antifongique, et autre inducteur d'enzymes hépatiques, ne diminue pas, d'après les faits, l'efficacité de la PP chez les humains mais elle pourrait augmenter les irrégularités menstruelles.</p> <p>La rifampicine passe dans le lait maternel (ratio lait:plasma de 0,2 à 0,6). La griséofulvine peut également être transmise dans le lait maternel. L'exposition du nouveau-né à la rifampicine ou à la griséofulvine n'est acceptable que si les bénéfices maternels dépassent les risques éventuels pour le bébé.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Back DJ, Orme ML. Drug interactions. In: Goldzieher JW, Fotherby K (editors.). Pharmacology of the Contraceptive Steroids. New York: Raven Press, 1994:407-25.</li><li>2) Fotherby K. Interactions with oral contraceptives. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1990;163:2153-9.</li><li>3) Drug Facts and Comparisons. St. Louis: Facts and Comparisons, June 1996, p. 358 and October 1990, p.387a</li><li>4) World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.</li><li>5) Baciewicz AM, Self TH, Bekemeer WB. Update on rifampin drug interactions. Archives of Internal Medicine 1987;147(3):565-8.</li></ol>

## Recommandations

## Raison fondamentale

b) **Si une cliente allaitante suit un traitement aux anticonvulsants?**

Oui, généralement. Les anticonvulsants courants, les hydantoïnes (par exemple, la phénytoïne), les barbituriques (par exemple, le phénobarbital, la primidone) et probablement la carbamazépine diminuent nettement l'efficacité des contraceptifs oraux. La PP n'est pas recommandée si l'on utilise ces anticonvulsants inducteurs enzymatiques.

De plus, étant donné que les anticonvulsants sont excrétés dans le lait maternel et qu'il existe une possibilité de grave réaction adverse chez les bébés nourris au sein, il faudrait conseiller aux femmes qui prennent des hydantoïnes, des barbituriques ou de la carbamazépine pour le contrôle des crises épileptiques **chroniques** de trouver d'autres solutions sûres de remplacement du lait maternel.

Les contraceptifs injectables, tels que le Depo Provera®, seront efficaces malgré la prise des anticonvulsants mais le nourrisson continuera à être exposé aux anticonvulsants.

Le traitement aux anticonvulsants n'es queques d'effet sur l'efficacité des méthodes non hormonales.

b) Les effets inducteurs d'enzymes hépatiques de la plupart des anticonvulsants diminuent probablement la protection contre la grossesse et augmentent les taux de saignement irrégulier chez les utilisatrices de la PP. Il faut toutefois noter que la PP peut diminuer la probabilité de crises d'épilepsie chez les utilisatrices des anticonvulsants.

Etant donné dangers de l'exposition foetale à la plupart des anticonvulsants, une protection complète contre la grossesse est essentielle. Bien que des doses accrues de PP pourraient être efficaces, elles risquent également d'augmenter encore davantage les irrégularités de saignement.

- 1) Mattson RH, Rebar RW. Contraceptive methods for women with neurologic disorders. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1993;168:2027-32

Si une femme prend des hydantoïnes, des barbituriques ou de la carbamazépine, son lait contiendra des quantités significatives de ces substances. Lorsqu'il existe d'autres solutions sûres pouvant remplacer l'allaitement maternel et lorsqu'il n'est pas possible de contrôler autrement les crises d'épilepsie de la mère, les femmes traitées aux anti-épileptiques sur de longues durées devraient envisager d'autres solutions sûres que l'allaitement maternel afin d'éviter une exposition chronique du bébé à ces médicaments.

- 1) Drug Facts and Comparisons. St. Louis: Facts and Comparisons, July 1996, pp. 282-4.
- 2) World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.
- 3) Anderson GD, Graves NM. Drug interactions with antiepileptic agents. CNS Drugs 1994;2(4):268-79.

<b>Recommandations</b>	<b>Raison fondamentale</b>
<p>c) <b><u>Si une cliente allaitante prend des antipaludéens?</u></b></p> <p>Aucune méthode supplémentaire n'est nécessaire.</p> <p>Aucun fait ne montre que les antipaludéens diminuent l'efficacité des CO.</p> <p>La chloroquine et les antipaludéens connexes sont excrétés dans le lait maternel.</p>	<p>c) La chloroquine, la primaquine et la tétracycline n'ont pas d'effet sur les taux hormonaux des CO et il n'a été démontré qu'elles diminuent l'efficacité de la PP.</p> <p>Un bébé nourri au sein peut consommer jusqu'à la moitié de la dose de 300 mg de chloroquine de la mère sur une période de 24 heures; le ratio de lait maternel et de sang peut être de 0,36. Les enfants sont particulièrement sensibles à la chloroquine et à la primaquine.</p> <p>Si l'on compare la valeur nutritive du lait pour l'enfant aux effets de la chloroquine, on ne peut généralement pas conseiller aux clientes d'arrêter l'allaitement pendant leur traitement aux antipaludéens, à moins qu'il trouve d'autres solutions sûres de remplacement du lait maternel.</p> <p>1) Drug Facts and Comparisons. St. Louis: Facts and Comparisons June 1996, pp. 358 and 387a.</p>
<p>d) <b><u>S'il s'agit de la première plaquette de PP d'une cliente qui allaite?</u></b></p> <p>Aucune méthode supplémentaire n'est nécessaire.</p> <p>Cependant, si une femme qui allaite retrouve de nouveau sa menstruation et si elle débute la prise de la pilule après les sept premiers jours de son cycle, certains programmes recommandent qu'elle utilise une méthode supplémentaire pendant sept jours après le commencement des PP.</p>	<p>d) La glaire cervicale s'épaissit suffisamment pour empêcher la pénétration des spermatozoïdes en l'espace de 24 heures. De plus, la protection synergique contre la grossesse, conférée par l'utilisation parallèle de la PP et l'allaitement maternel, devrait écarter suffisamment le risque de conception des la cliente. Aussi, n'est-il pas nécessaire d'utiliser une méthode supplémentaire pour les sept jours.</p> <p>1) Chretien FC, Sureau C, Neau C. Experimental study of cervical blockage induced by continuous low-dose oral progestogens. <i>Contraception</i> 1980;22:445-56.</p> <p>2) Kessuru-Koos E. Influence of various hormonal contraceptives on sperm migration in vivo. <i>Fertility and Sterility</i> 1971;22:584-603.</p> <p>3) Moghissi KS, Syner FN, McBride LC. Contraceptive mechanism of microdose norethindrone. <i>Obstetrics and Gynecology</i> 1973;41:585-94.</p>

## Recommandations

## Raison fondamentale

e) **Si une cliente allaitante oublie de prendre des pilules?**

Si la cliente allaitante est encore aménorrhéique, les pilules oubliées n'ont pas beaucoup de conséquences.

Pour une femme allaitante en qui a déjà eu un retour des couches oublie deux pilules ou plus, elle devrait:

- ! reprendre la pilule dès qu'elle s'en rappelle,
- ! prendre la prochaine pilule du jour à l'heure habituelle (pour une protection supplémentaire) et
- ! utiliser une méthode supplémentaire ou l'abstinence pendant 48 heures (certains programmes recommandent d'utiliser une méthode supplémentaire pendant sept jours).

f) **Si une cliente allaitante souffre de grave diarrhée et/ou vomissements?**

Si une femme allaitante est aménorrhéique, aucune méthode supplémentaire n'est nécessaire puisque l'effet synergique de l'allaitement et de l'utilisation de la PP devrait conférer une protection suffisante contre la grossesse.

Si une femme allaitante a repris ses menstruations, certains programmes recommandent d'utiliser une méthode supplémentaire pendant 48 heures ou pendant sept jours après arrêt des vomissements ou de diarrhée grave.

e) Après l'oubli d'une pilule, les femmes allaitantes qui prenaient auparavant la PP sont suffisamment subfécondes pour que la probabilité de tomber enceinte soit extrêmement faible.

L'effet le plus immédiat de la PP se situe au niveau de la glaire cervicale, chaque pilule pouvant offrir une protection d'environ 24 heures. Les données des essais cliniques montrent que la protection contre la grossesse conférée par l'utilisation de la PP pendant l'allaitement est élevée, démontrent un effet synergique de prévention de la grossesse de l'allaitement et l'utilisation de la PP. En outre, les femmes en aménorrhée lactationnelle ont une protection supplémentaire puisqu'elles sont moins fécondes.

- 1) Kessuru-Koos E. Influence of various hormonal contraceptives on sperm migration in vivo. *Fertility and Sterility* 1971;22:584-603.
- 2) Dunson T, McLaurin V, Grubb G, Rosman A. A multicenter clinical trial of a progestin-only oral contraceptive in lactating women. *Contraception* 1993;47:23-35.
- 3) Kennedy KI, Visness C. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet* 1992;339:227-30.

f) La protection synergique conférée par l'utilisation de la PP et l'allaitement maternel devrait écarter suffisamment le risque de conception chez une cliente puisque les femmes en aménorrhée lactationnelle ont une protection complémentaire due à leur faible fécondité.

- 1) Dunson T, McLaurin V, Grubb G, Rosman A. A multicenter clinical trial of a progestin-only oral contraceptive in lactating women. *Contraception* 1993;47:23-35.
- 2) Orme M, Back DJ, Breckenridge AM. Clinical pharmacokinetics of oral contraceptive steroids. *Clinical Pharmacokinetics* 1983; 8:95-136.
- 3) Kennedy KI, Visness C. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet* 1992;339:227-30.

## Classification des procédures choisies pour la pilule progestative (PP) pendant l'allaitement

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 d'utilisation de la PP en tant que méthode contraceptive<sup>1</sup>.</p> <p>! Dans certains cas, un examen du pelvis peut aider à rechercher la présence d'une grossesse si les antécédents menstruels suggèrent sa suspicion au-delà de six semaines. Dans ce cas, c'est la Classe A.</p> <p>! Les conditions qui limiteraient l'utilisation de la PP devraient être identifiées par l'anamnèse de la cliente avant de commencer la méthode.</p>
Tension artérielle	C	Les faits actuels ne démontrent pas d'un effet notable de la PP sur la tension artérielle <sup>2,3</sup> .
Examen des seins	C	La PP ne provoque pas cause du cancer du sein <sup>4,5</sup> . Des modules laissant suspecter un causer devraient être examinées. Bien que tout traitement hormonal puisse, en théorie, entraîner la croissance des nodules, la grossesse est responsable des concentrations hormonales beaucoup plus élevées, et par conséquent, des nodules du sein pouvant être malignes ne doivent pas être une raison pour retarder l'accès de la femme à l'utilisation de cette méthode contraceptive.
Dépistage biologique des MST (en l'absence de symptômes)	C	La présence d'une MST n'affectera pas la sécurité d'utilisation de la PP. Les clients exposés aux risques de contracter une MST (par anamnèse personnelle ou facteurs de risques sociodémographiques) devraient si possible bénéficier d'un dépistage des MST.
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C	Il existe aucun bien connu entre la PP et le risque de cancer du col <sup>6</sup> .
Tests biologiques obligatoires de routine (par exemple, cholestérol, glucose, tests de la fonction hépatique)	D	L'effet de la PP sur le cholestérol, le glucose sanguin et la fonction hépatique normale est faible et n'a pas de conséquence clinique démontrée <sup>6-8</sup> .
Procédures correctes de prévention des infections	C	Les bonnes procédures de prévention des infections ne s'appliquent à l'utilisation de la PP.

Procédure	Classe	Raison fondamentale
<p>Points de counseling spécifiques pour l'utilisation de la PP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! efficacité</li> <li>! effets secondaires courants, dont les modifications des menstruations (par exemple, un saignement fréquent ou irrégulier, aménorrhée prolongée)</li> <li>! utilisation correcte de la méthode (dont les instructions pour oubli de pilules)</li> <li>! signes et symptômes pour lesquels il faut revenir au centre</li> <li>! protection contre les MST (quand/de manière qu'approprié)</li> </ul>	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Une bonne éducation des clients est essentielle pour assurer la meilleure qualité des services de PF.</li> <li>! Un counseling adapté sur les effets secondaires courants du contraceptif au moment du choix de la méthode permet une plus grande satisfaction de la cliente et encourage la continuation de l'utilisation de la méthode.</li> <li>! Les saignements menstruels irréguliers ou absents constituent l'effet secondaire le plus fréquent de la PP et la plainte principale aboutissant à l'arrêt de la méthode<sup>9</sup>.</li> <li>! La PP est très efficace si elle est prise correctement et régulièrement. Cependant, la PP est moins efficace que les COC après le sevrage.</li> <li>! La femme doit être encouragée à revenir si elle a des problèmes ou à tout autre moment si elle a des questions ou préoccupations.</li> </ul>

**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.

**Citations pour le tableau de procédures:**

1. Huber DH, Huber SC. Screening oral contraceptive candidates and inconsequential pelvic examinations. *Studies in Family Planning* 1975;6(2):49-51.
2. Ball MJ, Ashwell E, Gillmer MDG. Progestagen-only oral contraceptives: comparison of the metabolic effects of levonorgestrel and norethisterone. *Contraception* 1991;44(3):223-33.
3. Wilson ESB, Cruickshank J, McMaster M, Weir RJ. A prospective controlled study of the effect on blood pressure of contraceptive preparations containing different types and dosages of progestogen. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1984;91:1254-60.
4. Stanford JL, Thomas DB. Exogenous progestins and breast cancer. *Epidemiologic Reviews* 1993;15(1):98-107.
5. UK National Case-Control Study Group. Oral contraceptive use and breast cancer risk in young women. *Lancet* 1989;1:973-82.
6. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.
7. Miale JB, Kent JW. The effects of oral contraceptives on the results of laboratory tests. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1974;120(2):264-72.
8. Korba VD, Paulson SR. Five years of fertility control with microdose norgestrel: an updated clinical review. *Journal of Reproductive Medicine* 1974;13(2):71-5
9. Belsey EM, WHO Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. The association between vaginal bleeding patterns and reasons for discontinuation of contraceptive use. *Contraception* 1988;38(2):207-25.

Pour de plus amples informations, prière de voir McCann, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception* 1994;50(6).