

Le contraceptif de la nature

Autor(en): **Shah, Iqbal / Khanna, Jitendra**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **86 (1988)**

Heft 12

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951049>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

slametan

- festin organisé pour rendre grâce aux dieux et accueillir l'enfant

taro

- famille: Aracées
- genre et espèce: *Colocasia esculentum*, Linn.
- plante tropicale dont le tubercule est comestible; on fait parfois aussi cuire les jeunes feuilles avec du lait de coco

yabyab

- cérémonie célébrée par un médium pour éloigner le mal et assurer à la femme une heureuse délivrance

* Quisumbing, E.: *Medicinal plants of the Philippines*. Manila, Bureau of Printing, 1951.

Références

- 1 Bailen J.B., (1976) The reluctant motivators: traditional midwives and modern family planning in Marinduque. In: Bulato, R. A., ed. *Philippine population research*, Makati, Population Center Foundation, pp. 377-404.
- 2 Dizon J.A.N. et Miralao A.V., (1973) *The hilots in Oriental Mindoro*. Quezon City, Ateneo de Manila University.
- 3 Bailen J.B., (1975) *A study of Marinduque hilots and their participation in a family planning program*. Thèse, Université des Philippines, Quezon City.
- 4 Bruno J., *The social world of the Tausugs*. Quezon City, Capitol Publishing House.
- 5 Jocano F.L., (1968) *Sulod society: a study in the kinship system and social organization of a mountain people of Central Panay*. Quezon City, University of the Philippines Press.
- 6 Jocano F.L., (1973) *Folk medicine in a Philippine municipality: an analysis of the system of folk healing in Bay, Laguna, and its implications for the introduction of modern medicine*. Manila, The National Museum.
- 7 Firth R., (1965) *We, the Tikopia*. Boston, Beacon Press.
- 8 Tan A. et Tan A. S., (1970) A study of hilots in the town of Bay, Laguna. *Journal of the Philippine Medical Association*, 46(7): 391-418.
- 9 Firth R., (1967) *Tikopia ritual and belief*. Boston, Beacon Press.
- 10 Cole F.C., (1922) *The Tinguians: social, religious and economic life of a Philippine tribe*. Chicago, Field Museum of National History (Publication 209, Anthropological Series, Vol. XIV, N° 2).
- 11 Crispino J.B. et Salvacion B., (1970) *A survey of beliefs and practices during pregnancy and childbirth in Bay, Laguna*. Quezon City, University of the Philippines College of Nursing (*Academy of Nursing of the Philippines Papers*).
- 12 Bruno J., (1982) Mindanao mothers still prefer hilots. *Bulletin Today*, 118(20): 11.
- 13 Maed M., (1932) *Growing up in New Guinea*. New York, American Library.
- 14 Fortune R.F., (1963) *Sorcerers of Dobu*. New York, Dutton.
- 15 Hart D.V., (1965) From pregnancy through birth in a Bisayan Filipino village. In: Hart, D.V. et al. *Southeast Asian birth customs: three studies in human reproduction*, New Haven, CN, Human Relations Area Files Press, pp. 1-113.
- 16 Kuizon M.D. et al. Biochemical assessment of the nutritional status of some pregnant Filipinos. *Philippine journal of nutrition*, 31(1): 10.
- 17 Gowing P.G., (1979) *Filipino Muslims - heritage and horizon*. Manila, New Day Publishers.
- 18 Dozier E.P., (1966) *The Kalinga of Northern Luzon, Philippines*. New York, Holt, Rinehart et Winston.
- 19 Maceda M., (1968) *Manobo society*. Cebu City, University of San Carlos.
- 20 Geertz C., (1960) *The religion of Java*. New York, Free Press.

- 21 Dizon J.A.N. et Miralao A.V., (1969) Bisayan Filipino and Malayan humoral pathology. In: *Folk medicine and ethno-history*. New York, Cornell University.
- 22 Recio D.M., (1973) *Ivatan medical practices*. Ph.D. dissertation, University of California, Los Angeles.
- 23 Flores E., (1967) *Child rearing among a Moslem group in Sulu Archipelago*. Ph.D. Thesis, Catholic University of America, Washington, DC.
- 24 Demetrio, Father S.J., (1970) *Dictionary of Philippine folk beliefs and customs*. Pasay City, Modern Press.
- 25 Valenzuela A., (1970) Abortion in Filipino women, Phase I - abortion in a Philippine municipality, Santa Rosa, Laguna. *Journal of the Philippine Medical Association*, 46(7): 655-676.
- 26 Nydegger W. et Nydegger C., (1966) *Tarong*:

an Ilocos barrio in the Philippines. New York, John Wiley.

- 27 Radcliffe-Brown A.R., (1964) *The Adaman islanders*. New York, Free Press.
- 28 Vanoverberg M., (1938) *The Isneg life-cycle. Proceedings of the Catholic Anthropological Conference*, Vol. 2, Washington, DC.
- 29 Heider K.G., (1970) *The Dugum Dani*. New York, Wenner Gren Foundation.
- 30 Ueda K., (1983) *Recent trends of mortality in Asian countries*. Tokyo, Southeast Asian Medical Information Center, pp. 74 et seq.

Ce texte est tiré de «Possibilités offertes par l'accoucheuse traditionnelle», publié sous la direction de A. Mangay-Maglacas & J. Simons. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1987 (OMS, Publication Offset No 95), pp. 74-83.

Le contraceptif de la nature

Bien qu'il soit apparemment moins répandu de nos jours, l'allaitement au sein évite plus de grossesses que toute autre méthode contraceptive, et ceci particulièrement dans les pays en voie de développement.

Par Iqbal Shah et Jitendra Khanna

Etant donné que la population mondiale a atteint le chiffre de cinq milliards en juillet 1987, il est difficile de concevoir que nos ancêtres nomades avaient sans doute le taux de reproduction le moins élevé de tous les mammifères. On pense qu'un des facteurs qui a le plus contribué à ce taux remarquablement bas de fécondité était l'allaitement prolongé. Parallèlement à d'autres facteurs, son effet contraceptif a permis un intervalle moyen de quatre ans entre deux naissances consécutives.

Au cours des millénaires, les changements de mode de vie, de celui du chasseur/cueilleur au mode de vie rural, et aujourd'hui urbain, ont amené notamment une diminution du nombre de femmes qui allaitent leurs enfants et une réduction de la durée de l'allaitement. L'érosion graduelle de l'effet contraceptif a ainsi raccourci l'intervalle entre les naissances. Paradoxalement, bien qu'il soit apparemment moins répandu de nos jours, l'allaitement au sein évite plus de grossesses que toute autre méthode contraceptive, surtout dans les pays en voie de développement.

Il n'est donc pas étonnant que l'on appelle parfois l'allaitement au sein le «contraceptif de la nature». Très différente des méthodes dites «naturelles» de régulation de la fécondité, l'action contraceptive de l'allaitement ne nécessite pas de facteurs «artificiels» tels que la prise de température du corps pour déterminer le moment de l'ovulation ou le calcul du cycle menstruel comme c'est le cas de la méthode d'abstinence périodique basée sur le calendrier.

D'autre part, l'allaitement intensif met un frein naturel à la libération des ovules par les ovaires, que l'on interprète souvent comme un retard du cycle menstruel après la naissance d'un enfant. Les inconvénients évidents de cette méthode de contraception sont les suivants: pour que l'allaitement au sein ait un effet contraceptif, une bonne grossesse et une bonne tétée sont nécessaires et il n'est pas possible de prévoir le moment où cesse la protection.

En termes de régulation de la fécondité, l'allaitement au sein est donc considéré comme une méthode d'espacement des naissances plutôt qu'une méthode de contraception en soi. Des témoignages intéressants nous sont parvenus à ce sujet grâce à des études sur les chasseurs/cueilleurs Kung du Botswana, où le taux de fécondité est de 4,7 par femme. On a découvert que l'âge normal du sevrage se situait après trois ans. De plus, les tétées journalières étaient courtes pour la plupart (quelques secondes ou quelques minutes) mais fréquentes. On croit que cette méthode d'allaitement contribue grandement à l'intervalle moyen de 44 mois entre les naissances.

Il existe d'autres populations dans les pays en voie de développement qui, grâce à l'allaitement prolongé, obtiennent un long intervalle entre les naissances, ainsi, dans le Bangladesh rural, l'intervalle moyen est de 33 mois et on peut l'attribuer principalement à la durée moyenne de lactation de 19 mois. La période moyenne d'absence de

cycle menstruel (17 mois) est le résultat de cette lactation prolongée. On trouve des intervalles similaires dans des communautés rurales de Java, du Sénégal, du Nigéria et dans de nombreuses autres sociétés traditionnelles qui, jusqu'à maintenant, n'utilisent pas de contraceptifs modernes mais où les femmes pratiquent l'allaitement prolongé.

Plus le cycle menstruel recommence tôt après l'accouchement, moins l'intervalle entre les naissances sera long, en supposant que la femme soit sexuellement active, qu'elle ne fasse pas de fausses couches et qu'elle n'utilise pas de contraceptifs. On a constaté que chez les femmes qui n'allaitaient pas leurs enfants, le cycle menstruel revenait habituellement entre deux et trois mois après l'accouchement. Mais chez celles qui allaitent de façon régulièrement pendant un ou deux ans, le cycle reprenait entre 6 et 10 mois ou entre 15 et 18 mois, respectivement. Ces chiffres sont des moyennes et ne s'appliquent pas nécessairement à toutes les femmes.

Il semble que la façon idéale de prolonger l'intervalle entre les naissances serait de combiner l'allaitement prolongé avec la prise de contraceptifs au moment adéquat, en supposant qu'on connaisse ce moment. Cette méthode aurait le grand avantage de prolonger l'intervalle de façon naturelle (soit, sans le fardeau des contraceptifs dont certains sont connus pour réduire la lactation), sans parler des avantages multiples dont bénéficierait le nourrisson par une nutrition meilleure et plus sûre, une protection contre les maladies et ainsi de suite. On n'assiste hélas pas souvent à cette combinaison de l'allaitement au sein et de l'utilisation d'un contraceptif. Les populations qui utilisent une contraception moderne se fient rarement à l'allaitement prolongé pour augmenter l'intervalle entre les naissances et, inversement, celles qui pratiquent l'allaitement prolongé utilisent rarement les contraceptifs.

En l'absence de contraceptifs et d'allaitement, l'intervalle entre les naissances est d'environ 16 mois. Grâce à l'allaitement intensif et prolongé, on pourrait augmenter l'intervalle de 18 mois, ce qui donnerait une moyenne de 34 mois. Il faut se rappeler que cet intervalle comprend la période de 9 mois de la grossesse suivante. La fécondité de celles qui n'allaitent pas (et n'utilisent pas de contraceptifs) pourrait donc être réduite de moitié par le seul allaitement au sein. On a observé que la plupart des femmes qui, par un processus de «modernisation», choisissent de ne pas allaiter ou de réduire la durée de l'allaitement ne commencent pas immédiatement à utiliser des contraceptifs; leur fécondité peut donc être le double de ce qu'elle aurait été si ces femmes avaient continué à pratiquer l'allaitement traditionnel prolongé.

La tendance à l'augmentation de la fécondité, manifestée surtout aux premiers

stades de la modernisation, est constatée dans des pays comme le Kenya, le Nigéria, le Soudan et le Zaïre, ainsi que dans d'autres pays d'Asie et d'Amérique latine, où l'abandon de l'allaitement traditionnel prolongé n'a pas été accompagné de l'usage accru des méthodes modernes de contraception. En Afrique et dans la majeure partie de l'Asie, l'allaitement au sein reste un facteur important pour le maintien de l'infécondité alors que la contraception est le facteur déterminant en Amérique latine, où moins de femmes allaitent et où la durée de la lactation est réduite. En ce qui a trait à la modernisation, il faut souligner que c'est autant par obligation (séparation de la mère et de l'enfant à cause du travail et ainsi de suite) que par ignorance ou par désir d'être «modernes» que les femmes abandonnent les coutumes traditionnelles.

Même si l'on sait que l'allaitement d'un bébé favorise le retard de la prochaine grossesse, les coutumes et les croyances varient selon les régions et les groupes ethniques. La durée de l'allaitement, déterminée socialement, est habituellement prolongée dans les sociétés traditionnelles, et il est rare d'entendre une femme, appartenant à une telle communauté, déclarer qu'elle n'a pas pu allaiter son enfant. Le temps «approprié» du sevrage est généralement déterminé par le retour du cycle menstruel, le développement physique de l'enfant, son âge ou le début d'une nouvelle grossesse.

Alors que dans certaines cultures, les femmes allaitent leurs enfants jusqu'à ce qu'elles soient de nouveau enceintes, il existe ailleurs des tabous catégoriques contre l'idée de concevoir un enfant pendant que l'autre est encore allaité au sein. C'est le cas des sociétés traditionnelles de l'Afrique sub-saharienne ainsi que de certaines autres communautés où l'on veut s'assurer que l'enfant nourri au sein n'est pas sevré prématurément par le début d'une grossesse. Ces sociétés ont gardé, ou gardent encore, des tabous sur les rapports sexuels après l'accouchement et pendant que l'enfant est encore allaité. L'une des croyances communes aux régions rurales de Java et de l'Afrique tropicale est que «le sperme nuit à la qualité et à la quantité du lait maternel et que par conséquent, la santé de l'enfant nourri au sein est mise en danger». Une étude effectuée dans les zones rurales de Java a révélé que 60 pour cent des femmes pensent que «l'abstinence devrait se poursuivre au moins jusqu'au sevrage.» De nombreuses autres coutumes culturelles et religieuses déterminent le sevrage, l'âge auquel il devrait commencer et le genre de nourriture qui devrait y suppléer.

Diverses croyances au sujet de l'allaitement au sein étaient répandues mais, avec les temps modernes, elles se sont peu à peu émoussées. Les témoignages disponibles

semblent indiquer que la durée de l'allaitement diminue, à des rythmes variés, dans tous les pays en voie de développement. Dans des pays tels que la Corée, la Malaisie et Singapour, où la modernisation s'est effectuée dans un laps de temps assez court et où les données sont disponibles pour cette période, le déclin de l'allaitement au sein a été assez substantiel. Dans certains pays donnés, la durée de l'allaitement est plus courte (et l'allaitement lui-même peu répandu) chez les femmes jeunes, ayant plus d'instruction, d'un niveau socio-économique plus élevé et vivant dans les villes que chez les femmes plus âgées, vivant en milieu rural, ayant un niveau socio-économique moins élevé et moins instruites.

Comme nous l'avons vu, l'allaitement au sein retarde le retour de la fécondité en supprimant l'ovulation (libération des ovules par les ovaires) même si l'explication de ce phénomène reste mystérieuse. Le facteur essentiel semble être la stimulation de l'extrémité des nerfs situés dans le mamelon et la région qui l'entoure, provoquée par la succion de l'enfant et causant la sécrétion d'au moins trois hormones de l'hypophyse, située dans le cerveau. Deux hormones, la prolactine et l'ocytocine, sont sécrétées en quantité de plus en plus grande alors que la troisième, l'hormone de lutéinisation, est sécrétée en quantité plus faible que la normale. La prolactine et l'ocytocine ont un effet sur les seins, mais peut-être aussi sur les ovaires. La première stimule la production de lait et la deuxième agit sur sa libération. On sait que l'hormone de lutéinisation est nécessaire pour le développement normal des ovules et leur libération par les ovaires. Ainsi, en cas de succtions fréquentes, la mère est sûre de produire assez de lait et par la même occasion, retarde le retour de sa fécondité.

Le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine de l'OMS étudie depuis longtemps les méthodes naturelles de régulation de la fécondité tout en tenant compte des besoins des populations qui acceptent difficilement d'autres méthodes, pour des raisons religieuses ou autres, et des gens qui n'ont pas encore accès aux contraceptifs modernes. Comme nous l'avons déjà souligné, il existe des différences entre les peuples en ce qui concerne les coutumes de l'allaitement au sein et le moment du retour de la fécondité. Pour arriver à donner des conseils judicieux dans ce domaine aux programmes de planification familiale, il est donc important que l'OMS continue à étudier le phénomène de l'allaitement au sein dans les divers groupes ethniques et sociaux tout en poursuivant ses recherches sur le mécanisme de la «méthode d'espacement des naissances de la nature.»

(Ce texte est tiré de «Santé du monde», novembre 1987, une publication de l'OMS)