

Le Planning familial:



Center for Population and Family Health
Faculty of Medicine
Columbia University

Le Centre pour la Population et la Santé familiale est une division de la Faculté de Santé publique, et il fait partie de l'Institut international pour l'Etude de la Reproduction humaine, qui lui-même appartient à la Faculté de Médecine de l'Université de Columbia. Le Centre tient à remercier l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (AID/DSPE-CA-0043) de son assistance, grâce à laquelle la recherche préparatoire, la publication et la distribution de cette brochure ont été possibles.

Faculty of Medicine of Columbia University

CENTER for POPULATION and FAMILY HEALTH

Affiliated with:
International Institute For
the Study of Human Reproduction
School of Public Health

60 Haven Avenue
New York, N.Y. 10032
Telephone: 694-
Cable: Pophealth, New York

Monsieur, Madame,

Comme vous le savez, la mortalité chez la mère et le nourrisson est encore une tragédie des pays en voie de développement. Veuillez trouver ci-joint un rapport que notre Centre pour la Population et la Santé familiale vient de publier, intitulé "Le Planning familial: son effet sur la Santé de la femme et de l'enfant." Ce rapport démontre que le planning familial permet d'améliorer l'état de santé de la mère et du nourrisson parce que la couple peut espacer les naissances et éviter les grossesses non désirées. Si vous désirez diffuser ce rapport auprès de collègues, nous pouvons vous envoyer quelques exemplaires supplémentaires.

Ce rapport existe également en anglais et une édition en espagnol est en cours de préparation. Si vous voulez inclure votre nom ou le nom de certains collègues dans la liste d'expédition de l'une de ces éditions, il suffit de nous en aviser.

En espérant que vous trouverez ce rapport à la fois intéressant et utile, je vous prie de croire, Monsieur, Madame, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Allan Rosenfeld
Director, Centre pour la Population
et la Santé familiale
Professeur en obstétrique et gynécologie

AR:emi

Le Planning familial: son effet sur la santé de la femme et de l'enfant

Recherche et rédaction : Deborah Maine
Révision, édition française:
Joanne E. Revson, Ph.D.

Centre pour la Population et la Santé familiale
Faculté de Médecine
Université de Columbia, New York.

Copyright : 1981, Center for Population and Family Health,
Columbia University. Le texte et les tableaux de cet ouvrage
peuvent être reproduits sans autorisation préalable, à condi-
tion que la source en soit mentionnée et qu'il s'agisse d'une
publication gratuite.



Table des matières

Introduction	5
Chapitre 1 La santé de l'enfant et le planning familial	
Chapitre 2 La santé de la femme et le planning familial	25
Chapitre 3 Le planning familial dans les pays en voie de développement	39
Conclusions Dr. Allan Rosenfield, Directeur Dr. Joe Wray, Directeur adjoint Centre pour la Population et la Santé familiale	49
Notes	51
Références bibliographiques	52
Remerciements	56



L'avenir d'un pays - et de toute l'humanité - dépend de ses enfants. Pour devenir un adulte capable et en bonne santé, l'enfant a besoin d'une bonne nourriture, d'une eau propre, d'une formation scolaire et de soins médicaux. Mais avant tout il a besoin d'un bon départ dans la vie. Un enfant doit naître sain pour avoir une chance de survivre les premiers jours après sa naissance, ainsi que les premières années pendant lesquelles il est particulièrement vulnérable. Il a besoin d'une mère qui soit en bonne santé, et d'une famille qui puisse prendre soin de lui. Ses chances de survie et d'épanouissement sont réduites s'il naît malade et si sa mère est surchargée et malade. Nous citerons ici le directeur de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : "Chaque étape du développement est fondée sur la précédente et elle influence l'étape suivante." ^{1, p.3}

La population du Tiers-Monde est composée aux deux-tiers d'enfants de moins de quinze ans et de femmes en âge de procréation. (1) Par conséquent, la santé de la femme et de l'enfant représente une partie importante de la santé nationale. Ces dernières années, les pays en voie de développement ont fait des progrès dans le domaine de la santé de la mère et du nourrisson. Des millions d'enfants ont été vaccinés contre des maladies mortelles. Des millions de femmes ont été mieux soignées pendant leur grossesse et leur accouchement. Grâce à ces progrès, le taux de mortalité de la mère et du nourrisson a baissé. Mais il y a encore beaucoup à faire. En moyenne, l'espérance de vie des populations des pays en voie de développement est inférieure de quinze ans à l'espérance de vie des populations des pays industrialisés.²

Ce sont surtout les enfants qui meurent dans le Tiers-Monde. Quinze millions environ d'enfants âgés de moins de cinq ans meurent chaque année - la grande majorité d'entre eux dans les pays en voie de développement.³ Chaque année, environ 500.000 femmes du Tiers-Monde meurent pendant leur grossesse ou pendant leur accouchement, laissant ainsi au moins un million d'enfants orphelins.⁴ Ces chiffres sont déjà très élevés, mais il faut aussi penser que pour chaque enfant et chaque

mère qui meurent, plusieurs enfants et plusieurs femmes survivent à peine : ils sont en mauvaise santé, ils sont souvent affaiblis pour la vie ou même handicapés.

Comment faire reculer la maladie et la mort? Bien sûr il est essentiel de fournir une meilleure alimentation, un logement, de l'assainissement et une formation scolaire. Il faut étendre les services médicaux aux milieux ruraux et aux bas quartiers des villes. Il est aussi plus efficace et moins coûteux de prévenir la maladie que de la guérir. Pourtant, que ce soit dans la majorité des pays industrialisés ou dans les pays en voie de développement, la prévention ne fait que commencer à jouer le rôle qu'elle mérite.

Dans les soins préventifs destinés à la mère et à l'enfant, il faut inclure les soins prénatals, les compléments de vitamines, les soins médicaux pour les enfants en bonne santé et les vaccinations. Il faut aussi inclure le planning familial. Selon le comité d'experts de l'OMS sur la santé de la mère et de l'enfant, le planning familial "peut avoir un effet avantageux sur la santé, le bien-être et le développement de toute la famille, et il affecte tout particulièrement la mère et l'enfant." ^{6, p.36}

Grâce au planning familial, l'état de santé de la femme s'améliore car elle a ses enfants quand elle est le mieux préparée à en avoir. Une femme enceinte très jeune risque davantage de complications pendant la grossesse et l'accouchement qu'une femme âgée de plus de 20 ans. Ces complications peuvent sérieusement ébranler sa santé. Elle peut en mourir. Il en est de même pour une femme qui est enceinte vers la fin de ses années de fécondité. De plus, le fait d'avoir beaucoup d'enfants augmente chez la mère les risques de maladie ou de décès. L'écart entre les grossesses a aussi son importance : lorsque les naissances sont trop rapprochées, le corps de la femme n'a pas le temps de se remettre des fatigues de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, sans compter que la mère doit alors prendre soin de plusieurs enfants en bas âge, ce qui est déjà difficile dans les meilleures des conditions.

Les enfants souffrent aussi quand leurs nais-

sances sont trop rapprochées les unes des autres, quand leur famille est trop nombreuse, quand leur mère est trop jeune ou trop âgée. La probabilité est alors plus grande pour que l'enfant meure pendant la grossesse ou pendant les premières années après sa naissance, ou pour que sa santé soit délabrée et sa croissance sérieusement ralentie.

Les femmes du monde entier savent qu'il est dangereux d'avoir des grossesses inopportunes et des familles trop nombreuses. Lors d'une enquête de l'OMS, on a interrogé 21.000 femmes en Iran, en Inde, au Liban, aux Philippines et en Turquie. Plus de neuf femmes sur dix ont déclaré qu'il vaut mieux pour la santé de la mère et de l'enfant qu'il y ait un écart de trois ans entre les naissances, plutôt qu'un écart d'un an. Environ neuf femmes sur dix ont répondu que l'état de santé de la mère et de l'enfant est meilleur si la famille n'est pas trop nombreuse. Plus de neuf femmes sur dix savent que la contraception permet d'améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant.

Jusqu'à ces dernières années la femme ne disposait pas de moyen facile et efficace pour passer de la théorie à la pratique. Lorsqu'elle a accès aux méthodes modernes de contraception, elle choisit en général d'éviter les grossesses qui présentent des risques pour sa santé et celle de l'enfant. La plupart des femmes ne veulent pas d'une grossesse annuelle, elles ne veulent pas commencer à avoir des enfants vers 15 ou 16 ans, elles ne veulent pas de grossesse après l'âge de 35 ans.

Prenons comme exemple le cas du Chili après que les femmes aient eu accès au planning familial. Depuis 1965, des organismes gouvernementaux et privés fournissent des contraceptifs. Comme le montre le tableau 1a, la proportion des femmes en âge de procréation auxquelles on a distribué des contraceptifs, est passée de 3 à plus de 20%. Entre 1964 et 1979, la natalité est passée de 36 à 22 naissances par 1000 habitants et par an. (Tableau 1b). Ce déclin dans la natalité reflète surtout une diminution des naissances chez les femmes qui en sont à leur troisième enfant ou plus, et chez les femmes âgées de moins de 15 ans ou de plus de 30 ans. Ces changements dans les caractéristiques

de la fécondité joue en rôle important dans la diminution spectaculaire qui a eu lieu ces quinze dernières années au Chili dans le taux de mortalité de l'enfant et de la mère.^{9,10} Le tableau 1c montre qu'entre 1964 et 1979, le taux de mortalité infantile est passé de plus de 100 à moins de 40 décès par 1000 naissances vivantes. Pendant la même période, le taux de mortalité de la mère a diminué d'une manière encore plus brutale, passant de plus de 280 à moins de 80 décès par 100.000 naissances vivantes. (Tableau 1d).

On peut observer des changements comparables à ceux-ci dans d'autres pays en voie de développement, mais les données statistiques qui sont disponibles ne sont pas aussi complètes. Bien que notre propos soit l'état de la santé, nous devons nous servir de données sur la mortalité, parce que ce sont les seules qui existent pour un grand nombre de populations, les seules qui soient diachroniques et qui soient comparables de pays en pays.

Cet ouvrage analyse la manière dont le planning familial permet d'éviter ou de réduire les nombreux dangers qui menacent la santé et la vie de la mère et de l'enfant. Nous montrerons qu'un grand nombre de femmes des pays en voie de développement ont recours à des moyens contraceptifs pour espacer les naissances. Nous montrerons également qu'il reste encore beaucoup à faire. Des millions de femmes n'ont toujours pas facilement accès à des services de planning familial, ce qui a de graves conséquences dans le domaine de la santé.

Tableau 1a.
 Pourcentage des femmes auxquelles on a distribué des contraceptifs, Chili, 1964-1978

Pourcentage des femmes âgées de 15 à 44 ans

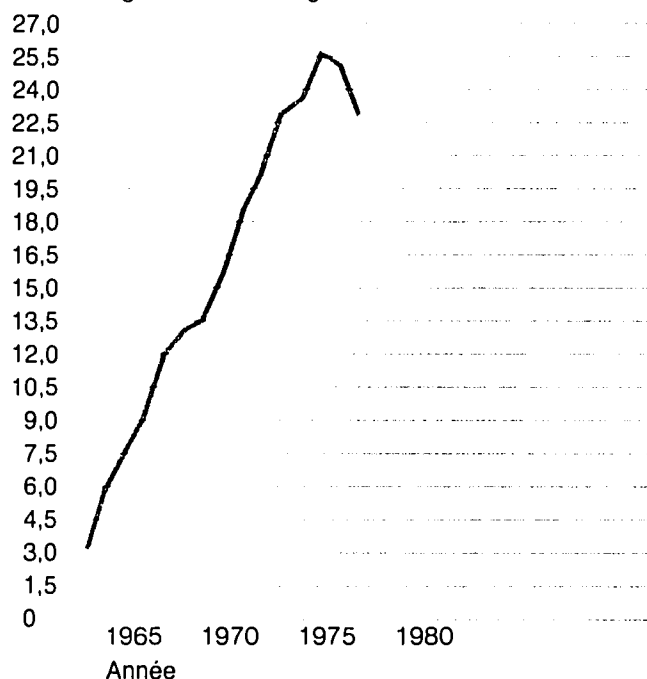


Tableau 1b.
 Natalité, Chili, 1964-1979

Naissances par 1000 habitants

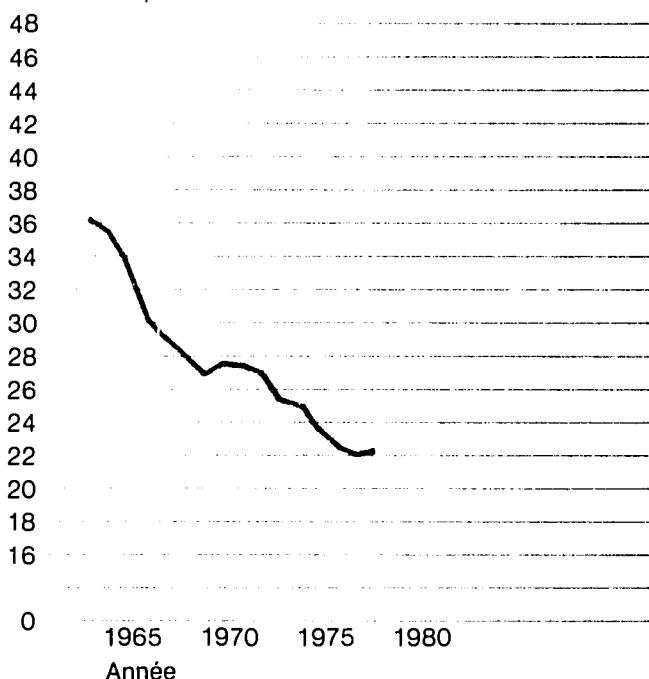


Tableau 1c.
 Mortalité infantile, Chili, 1964-1979

Décès par 1000 naissances vivantes

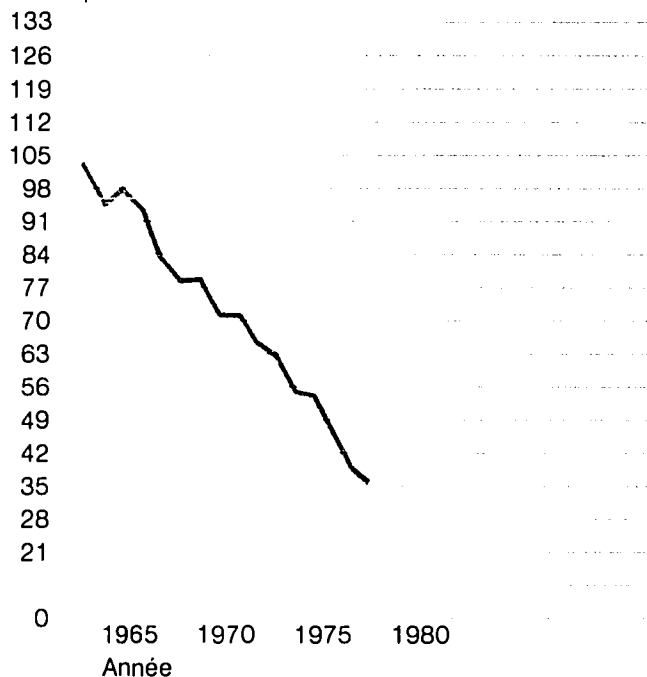
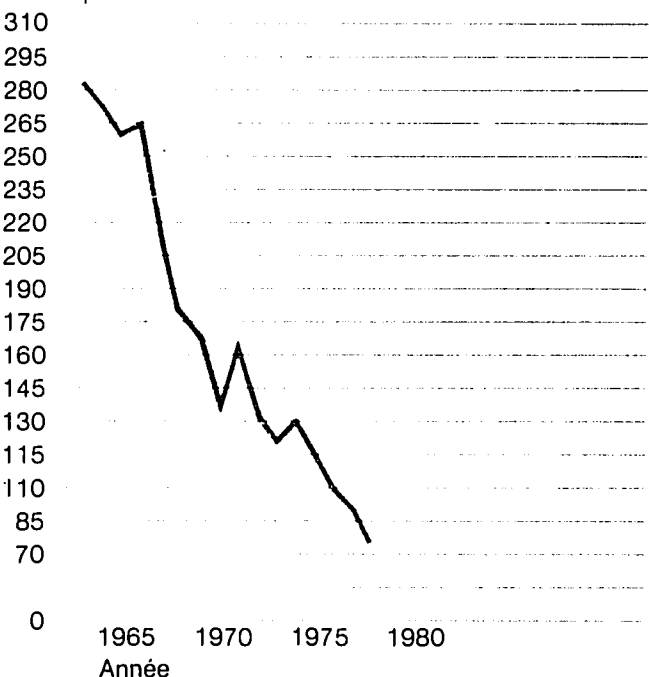


Tableau 1d.
 Mortalité de la mère, Chili, 1964-1979

Décès par 100.000 naissances vivantes



Source : référence bibliographique 8



Chapitre I

La santé de l'enfant et le planning familial

Un enfant aura moins de chances de naître en bonne santé, de survivre aux premières années après sa naissance et de bien grandir si:

les naissances dans cette famille sont très rapprochées,

si la famille compte déjà trois enfants ou plus,

si sa mère est âgée de moins de 20 ans ou plus de 35 ans lors de sa naissance.

Le planning familial contribue à améliorer l'état de santé des enfants en permettant à la mère d'espacer ses grossesses, d'avoir une famille moins nombreuse et d'éviter les grossesses à un âge où elles sont plus dangereuses. Dans les pays où un très grand nombre de femmes pratiquent le planning familial, on voit un changement dans la fécondité qui a contribué d'une manière notable au déclin récent de la mortalité infantile.

Lorsque les grossesses sont trop rapprochées, il y a une probabilité accrue pour que la grossesse se termine en fausse couche ou que l'enfant né vivant meure peu de temps après sa naissance. Nous citerons ici un expert de la santé infantile dans les pays en voie de développement: "en soignant une mère et son nourrisson, les agents de santé comprendront vite que d'un point de vue médical, il est aussi important de retarder la prochaine conception et d'étendre l'intervalle entre les naissances, que de s'assurer de ce que le dernier enfant soit convenablement vacciné." ^{11, p.300}

Des enquêtes menées à Hawaï et au Bangladesh montrent que le taux le plus élevé de mortalité fœtale est lié aux grossesses qui ont commencé moins d'un an après la fin de la grossesse précédente.^{12,13} Selon les données statistiques de l'Organisation pan-américaine de la Santé, le taux de mortalité infantile augmente lorsque les naissances sont rapprochées. Le tableau 2 illustre cette corrélation à partir de données réunies en Inde et en Turquie. Qu'il s'agisse de populations hindoues ou musulmanes, rurales ou urbaines, la mortalité probable est plus élevée chez les nourrissons nés moins d'un an après la fin d'une grossesse précédente que chez les nourrissons nés après un intervalle plus long.⁷

Ce rapprochement des naissances affecte la santé de l'enfant même après qu'il ait dépassé l'âge de un à quatre ans.⁷ Le taux de mortalité varie selon qu'il s'agit d'un milieu rural ou urbain, et selon les différences religieuses et ethniques, mais il n'en reste pas moins qu'il est toujours plus élevé chez les enfants nés moins d'un an après la fin d'une grossesse précédente.

Ce taux plus élevé de la mortalité fœtale et infantile est peut-être lié au fait que la mère n'a pas eu le temps de se remettre physiquement de sa dernière grossesse. C'est ce qu'on appelle parfois "le syndrome de déplétion maternelle."¹⁵ Ceci est particulièrement important pour les femmes qui allaitent longtemps et pour les femmes qui souffrent de malnutrition tout en travaillant très dur, comme c'est souvent le cas dans le Tiers-Monde.¹⁶ Mais les naissances rapprochées ont également un effet

néfaste parce que les familles ne peuvent pas prendre soin en même temps de plusieurs enfants en bas âge.

Lorsque deux naissances sont très rapprochées, le cadet n'est pas le seul à en souffrir. La santé de l'aîné en est également affectée, ce que l'on sait depuis longtemps dans certains pays. Par exemple, au Ghana, le mot "kwashiorkor" désigne un type de malnutrition dont souffre un enfant prématurément sevré parce que sa mère est de nouveau enceinte.¹⁷ On sait maintenant que l'allaitement maternel est un des facteurs les plus importants pour la santé du nourrisson. Chaque fois que l'enfant est sevré prématurément, sa santé est mise en danger.¹⁸ Les enfants sevrés trop tôt sont beaucoup plus susceptibles aux maladies infectieuses et aux maladies liées à la malnutrition.

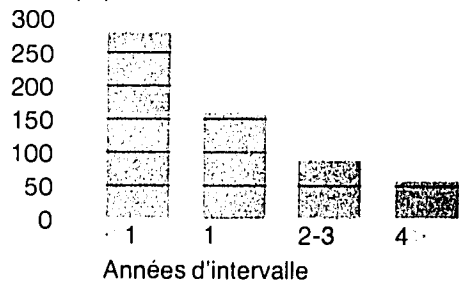
Une enquête menée en Colombie, dans la ville de Candelaria, a montré l'effet des naissances trop rapprochées sur la santé des enfants plus âgés. Presque trois-quarts des enfants avaient des frères ou des sœurs nés moins de deux ans après eux. Ces enfants souffraient plus souvent de malnutrition que les enfants appartenant à des familles où les naissances étaient espacées d'au moins trois ans.

Tableau 2.

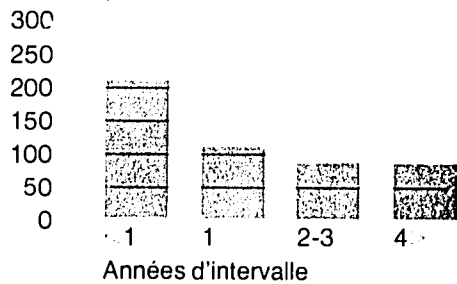
Mortalité des nourrissons en corrélation avec le nombre d'années entre les naissances, Inde et Turquie, 1971-1975

Nombre de décès par 1000 naissances vivantes

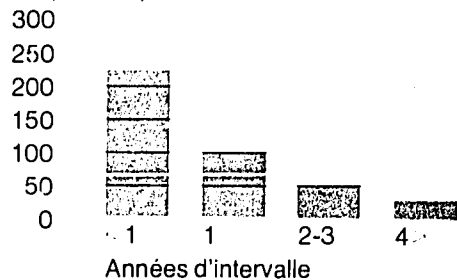
Inde - population hindoue



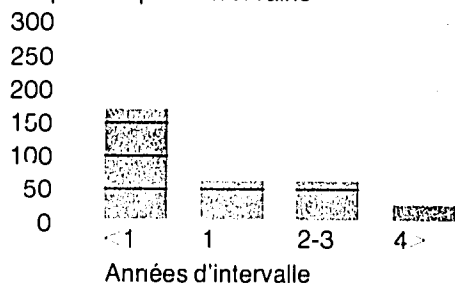
Inde - Population musulmane



Turquie - Population rurale



Turquie - Population urbaine



Source : référence 7

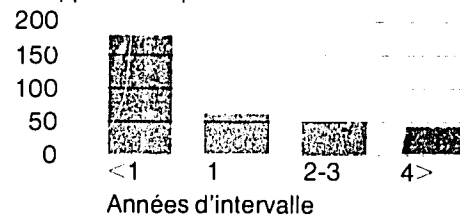
Voir notes

Tableau 3.

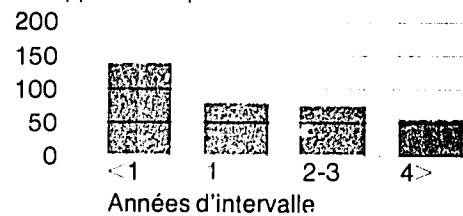
Mortalité infantile en corrélation avec le nombre d'années entre les naissances, Philippines et Liban, 1970-1975

Nombre de décès par 1000 naissances vivantes

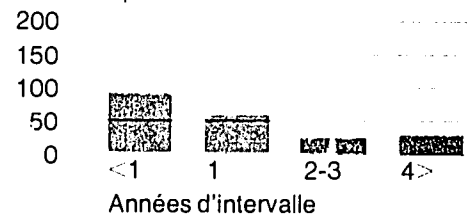
Philippines - Population rurale



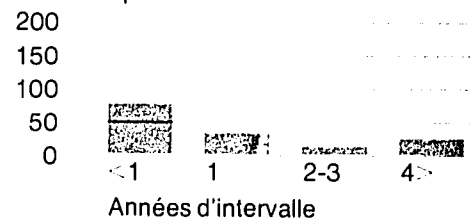
Philippines - Population urbaine



Liban - Population musulmane



Liban - Population chrétienne



Source : référence 7

Voir notes

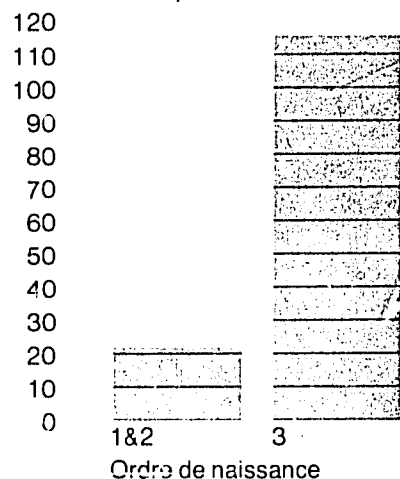
Nombre d'enfants

Selon le nombre d'enfants qu'elle a eus, une femme a plus ou moins de chances d'avoir une bonne grossesse et de mettre au monde un enfant qui vivra.

Le taux de la mortalité fœtale augmente avec l'ordre des naissances.^{12,20} Le tableau 4 illustre la mortalité des enfants pendant les deux derniers mois de la grossesse et la première semaine après la naissance, à Tientsin (Chine). Les femmes qui ont déjà deux enfants ou plus, risquent quatre fois plus de faire une fausse couche, ou d'avoir un enfant qui mourra peu de temps après sa naissance, que les femmes dont c'est le premier ou le second enfant. D'autres enquêtes menées dans des pays en voie de développement montrent également que le taux de mortalité fœtale augmente après la seconde et la troisième grossesse.²²

Tableau 4.
Mortalité fœtale pendant les deux derniers mois de la grossesse et mortalité des enfants pendant la première semaine après la naissance, en corrélation avec l'ordre des naissances, Tientsin (Chine), 1978

Nombre décès par 1000 accouchements



Source : référence 21

Même les enfants qui vivent au-delà des premiers jours après leur naissance ont une espérance de vie moins grande si leur mère a déjà eu beaucoup d'enfants. Le tableau 5 illustre le taux de mortalité des enfants de moins d'un an au Salvador, au Chili, en Angleterre et au Pays de Galles. Dans tous ces pays (ainsi que dans beaucoup d'autres qui ne figurent pas ici) la mortalité des enfants de moins d'un an augmente brutalement après la troisième ou la quatrième naissance. Ce trait commun est d'autant plus frappant que la mortalité infantile est proportionnellement beaucoup plus élevée au Salvador et au Chili qu'en Angleterre et au Pays de Galles. En effet, cette corrélation est restée stable en Angleterre et au Pays de Galles depuis plusieurs décennies, alors que la mortalité infantile a elle-même fortement diminué depuis trente ans. Les conditions d'existence et les soins médicaux se sont améliorés, ce qui a fait baisser le taux global de mortalité infantile, mais l'ordre des naissances n'a pas perdu son influence. A l'heure actuelle, le taux de mortalité des nourrissons en Angleterre et au Pays de Galles est deux fois plus élevé dans les familles pauvres qu'il ne l'est dans les familles qui sont au sommet de l'échelle sociale. Mais dans chaque classe sociale, on voit nettement l'effet de l'ordre des naissances.²³

Le tableau 5 illustre aussi le taux élevé de mortalité des nourrissons dans le Tiers-Monde. Bien que depuis 1970, les conditions d'existence se soient améliorées dans plusieurs régions du monde, les chiffres indiqués ici, relatifs au Salvador et au Chili, sont typiques d'une grande partie des pays en voie de développement.

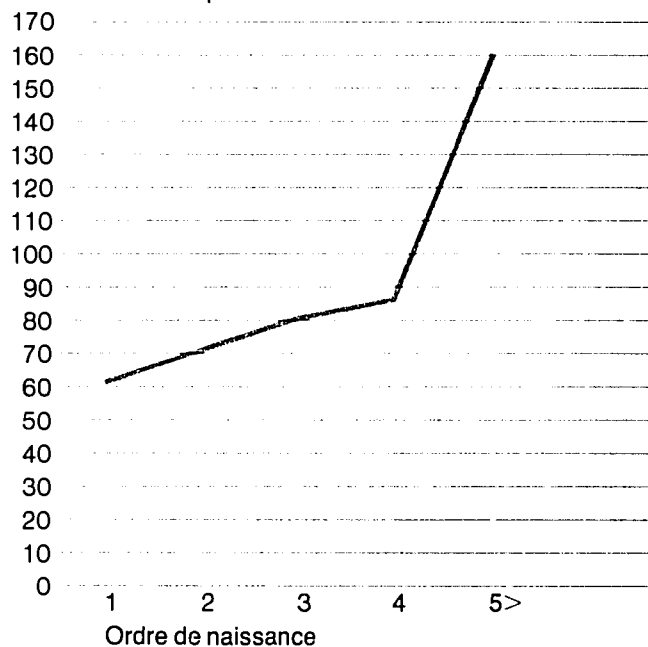
Nous ne savons pas exactement pourquoi il y a cette corrélation forte et constante entre l'ordre de naissance et la santé de l'enfant. Une des explications possibles tient au poids de l'enfant à la naissance. Les enfants qui naissent trop petits risquent davantage de mourir avant l'âge d'un an; s'ils parviennent à passer ce cap, ils ont malgré tout plus de problèmes de santé que les autres enfants. Or, à partir du quatrième accouchement, il y a une augmentation constante dans le taux des naissances trop petites.^{25,26}

Tableau 5.

Nombre de décès chez les nourrissons en corrélation avec l'ordre de naissance, au Salvador et au Chili (1968-1970) et en Angleterre et au Pays de Galles (1977)

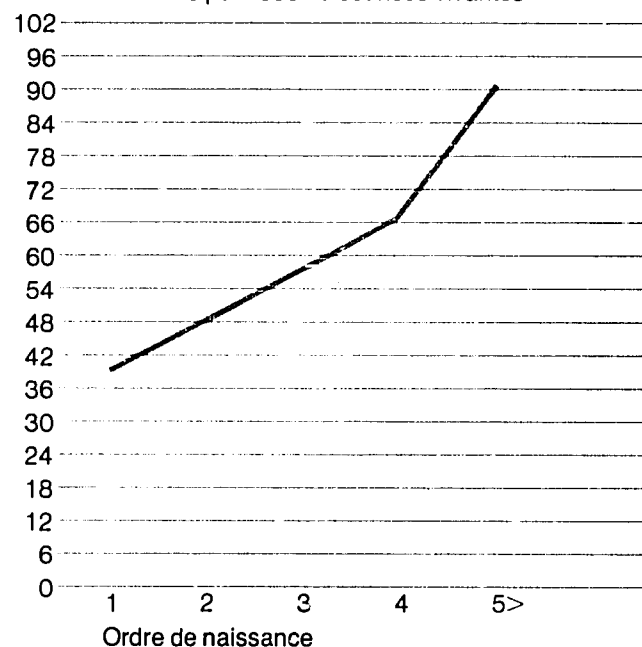
Salvador

Nombre de décès par 1000 naissances vivantes



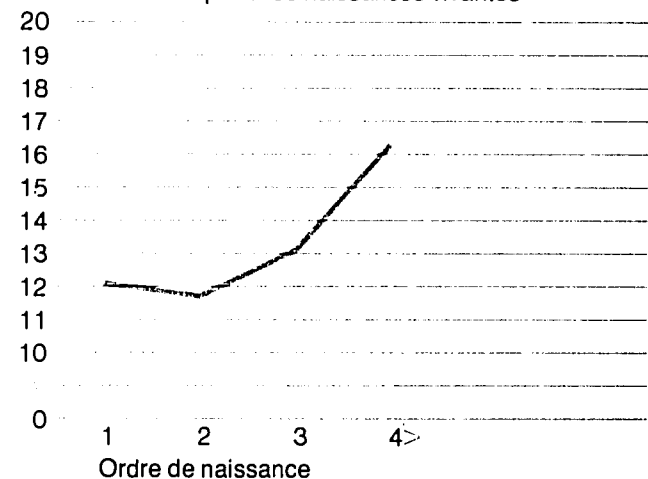
Chili

Nombre de décès par 1000 naissances vivantes



Angleterre et Pays de Galles

Nombre de décès par 1000 naissances vivantes



Source : références 14, 23

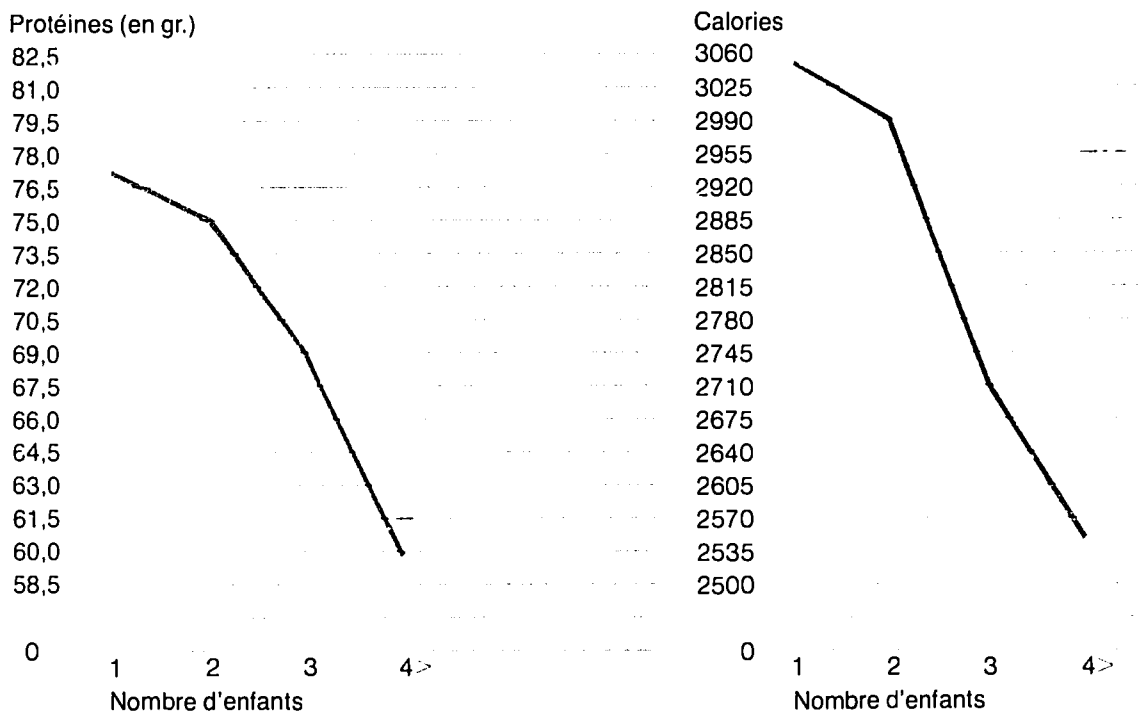
Voir notes

Dans les pays en voie de développement, beaucoup d'enfants souffrent de malnutrition, et l'ordre des naissances agit sur la santé par le biais de la nutrition. L'enquête menée à Candelaria (Colombie) montre que non seulement l'écart entre les naissances, mais aussi l'ordre des naissances affectent l'état nutritionnel des enfants. Plus il y a d'enfants dans la famille, plus cette famille consacrera une partie importante de son revenu à la nourriture, et moins il y aura de nourriture pour chaque membre de la famille.¹⁹ Il en résulte un taux plus élevé d'enfants sous-alimentés dans les familles nombreuses, ainsi que le montre une en-

quête détaillée menée en Inde dans des familles d'ouvriers du textile. Toutes ces familles ont plus ou moins le même revenu, mais plus il y a d'enfants dans la famille, moins il y a de nourriture pour chaque membre de la famille (voir tableau 6). Les enquêteurs ont remarqué qu'il y a une différence entre le régime alimentaire des familles de trois enfants ou moins, et celui des familles de quatre enfants ou plus, et que cette différence représente l'écart entre un régime alimentaire adéquat et un régime alimentaire qui ne l'est pas. Par conséquent, plus il y a d'enfants dans une famille, plus on diagnostiquera des cas de malnutrition.

Tableau 6.

Quantité de protéines et de calories consommées chaque jour par personne, en corrélation avec le nombre d'enfants dans chaque famille, Inde, 1968



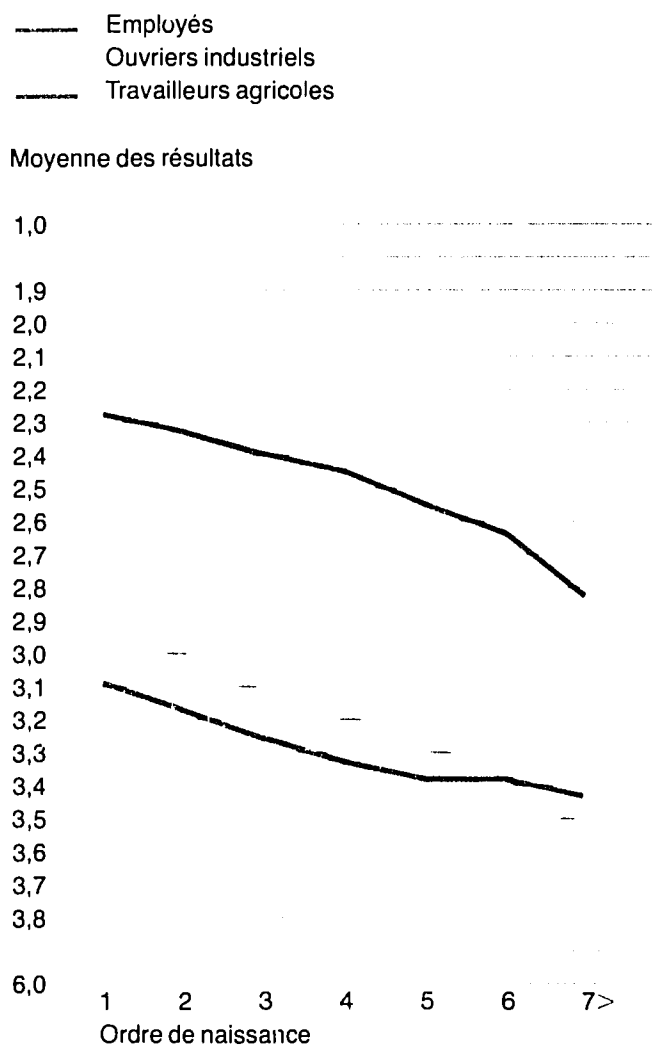
Source : référence 27

Voir notes

Selon ces enquêtes, l'action conjuguée d'une famille nombreuse, de naissances trop rapprochées et d'une mauvaise nutrition crée une classe d'enfants qui risquent fort la maladie et la mort. Un groupe scientifique de l'OMS a très clairement posé le problème: "Les diarrhées sont la cause principale de décès chez les enfants âgés de moins de deux ans dans les pays en voie de développement. Ces maladies sont nettement liées à de mauvaises méthodes de sevrage, et le sevrage prématuré est souvent lié au fait que l'intervalle entre les grossesses est trop court. Il en résulte une malnutrition de l'enfant, qui est surtout aiguë entre l'âge d'un an et de deux ans. Cette malnutrition est aussi liée à un taux élevé d'autres maladies infectieuses... L'aspect sanitaire de l'échelonnement des naissances est en train de prendre une importance croissante dans les pays en voie de développement, d'autant plus que les interdits traditionnels qui empêchaient autrefois la reprise rapide de la cohabitation dans le couple, ont perdu leur caractère contraignant dans beaucoup de communautés." 28, p. 13

Il est logique que les facteurs qui affectent la santé de l'enfant, affectent également son développement. Les enfants qui appartiennent à des familles nombreuses et les enfants dont les naissances sont trop rapprochées grandissent moins bien que les autres, que ce soit d'un point de vue physique ou intellectuel. Des enquêtes menées auprès d'une très large population enfantine en Ecosse, en Angleterre, en France et aux Etats-Unis ont clairement montré que plus la famille est nombreuse, moins les résultats des tests d'aptitude intellectuelle sont bons.² Aux Pays-Bas, on a effectué l'une des plus grandes études sur l'ordre des naissances et l'intelligence. Cette étude compare 400.000 conscrits de 19 ans selon la taille de leur famille, l'ordre des naissances et leur niveau socio-économique. Le tableau 7 illustre bien la baisse dans les résultats aux tests d'aptitude intellectuelle en corrélation avec l'ordre des naissances. Cette baisse est commune à tous les groupes socio-économiques, bien que chaque groupe ait lui-même des résultats différents.

Tableau 7.
Résultats aux tests d'aptitude intellectuelle chez des hommes de 19 ans, en corrélation avec l'ordre de naissance et le groupe socio-économique, Pays-Bas, 1953-1956



Source : référence 30
Voir notes

L'âge de la mère

La santé du nourrisson dépend aussi de l'âge qu'a sa mère à sa naissance. En général, l'âge le plus propice pour une femme est entre 20 et 30 ans.

La mortalité foetale est moins grande lorsque la mère est âgée de 20 à 34 ans que lorsque la mère est plus jeune ou plus vieille.^{31,32} Le tableau 8 illustre le taux de mortalité pendant les deux derniers mois de la grossesse et pendant la première semaine après la naissance, en corrélation avec l'âge de la mère, à partir de données réunies en Chine, en Angleterre et au Pays de Galles. Pour la Chine, nous n'avons pas de données spécifiques concernant les femmes âgées de moins de 20 ans. Mais les données réunies en Angleterre et au Pays de Galles montrent clairement que les risques de mortalité sont plus élevés à cet âge que quelques années plus tard.

Le tableau 9 illustre le taux de mortalité pour les enfants de un à deux ans. Ces données sont tirées d'une enquête effectuée sur plus de 35.000 cas de mortalité infantile en Occident. L'enquête conclut que l'âge de la mère et le nombre d'enfants qu'elle a déjà eus ont une importance déterminante pour la survie et la santé future de l'enfant.¹⁴ De toutes les régions qui ont été prises en considération, la province de Chaco, en Argentine, a le taux de mortalité infantile le plus élevé. L'Etat de Californie, aux Etats-Unis, a le taux de mortalité infantile le plus bas. Le taux de mortalité infantile de Monterrey, au Mexique, se situe entre les deux. Malgré ces différences dans les taux globaux de mortalité infantile, toutes ces régions témoignent d'une corrélation semblable entre le taux de mortalité infantile et l'âge de la mère. Le taux de mortalité est le plus bas

Tableau 8.

Taux de mortalité foetale pendant les deux derniers mois de la grossesse et taux de mortalité pendant la première semaine après la naissance, en corrélation avec l'âge de la mère, à Tientsin (Chine), 1978, et en Angleterre et au Pays de Galles, 1977

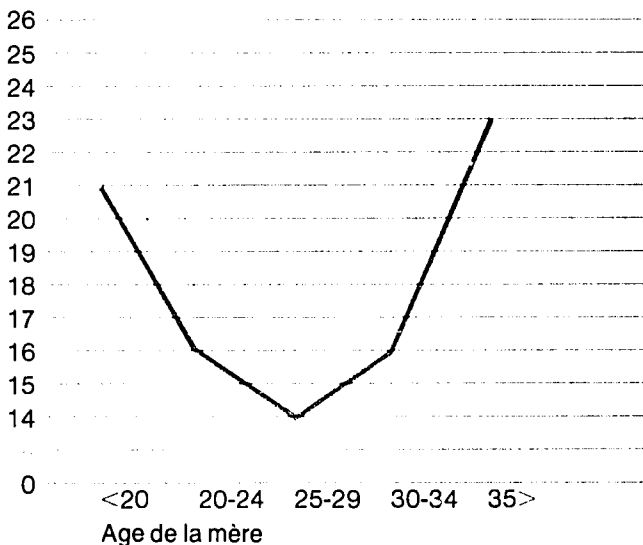
Chine

Nombre de décès par 1000 accouchements



Angleterre et Pays de Galles

Nombre de décès par 1000 accouchements

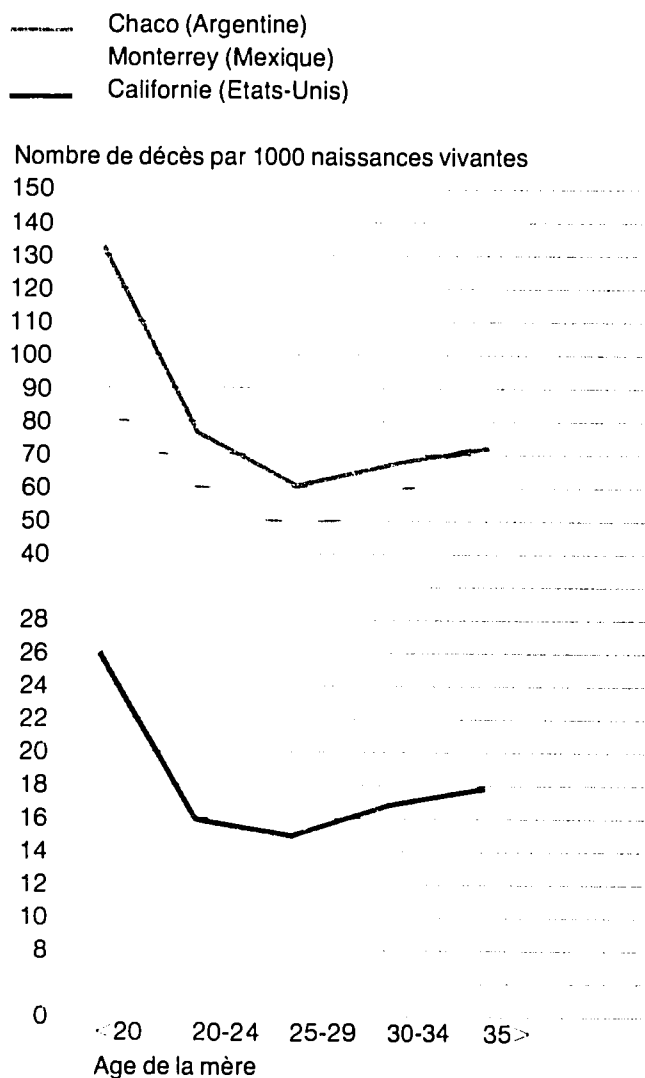


Source : références 21, 21

lorsque la mère a entre 25 et 30 ans.

Le taux de mortalité infantile est très élevé lorsque la mère est âgée de moins de 20 ans, sans

Tableau 9.
Mortalité chez les nourrissons en corrélation avec l'âge de la mère, en Argentine, au Mexique et aux Etats-Unis, 1968-1970

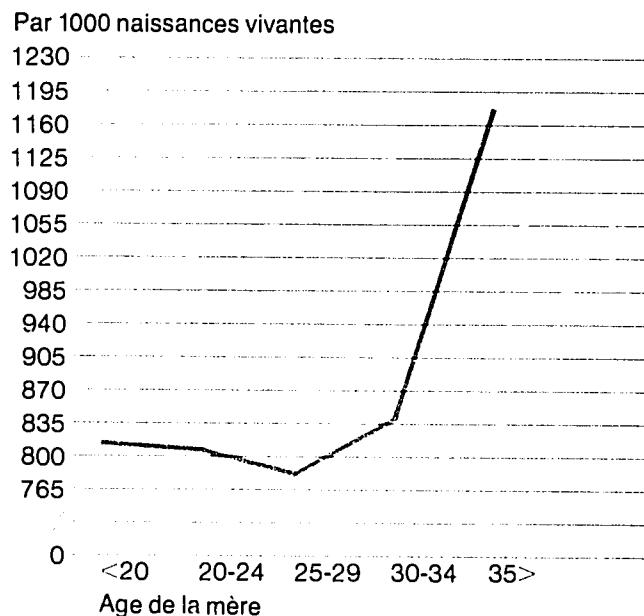


Source : référence 14

doute en partie parce qu'elle n'est pas capable de bien prendre soin de son enfant. Aux Etats-Unis par exemple, une mère adolescente vit souvent dans des conditions de pauvreté. De plus, les très jeunes mères manquent de l'expérience et de la maturité nécessaires dans leur rôle de mère, surtout si elles ont plusieurs enfants. Une enquête menée aux Etats-Unis a étudié plus de 5.000 nourrissons pendant la première année après leur naissance. Elle conclut que chez les enfants nés de femmes âgées de moins de 18 ans, on trouve le taux le plus élevé de maladies graves et d'hospitalisations.³⁴

L'enfant né d'une femme d'un certain âge risque davantage de naître avec des défauts de conformation qu'un enfant né d'une femme plus jeune. Le tableau 10 illustre l'accroissement net des malformations chez les enfants nés de femmes âgées

Tableau 10.
Taux de malformations à la naissance en corrélation avec l'âge de la mère, Etats-Unis, 1973-1974



Source : référence 35

La santé du nourrisson: que peut faire le planning familial?

entre 35 et 40 ans. Parmi les défauts dont le taux augmente avec l'âge de la mère, il faut compter les malformations cardiaques, les malformations du palais et les becs-de-lièvre, le mongolisme (une profonde arriération mentale et physique).³⁶ L'accroissement du taux de mongolisme est d'ordre géométrique pour les enfants nés de femmes âgées de plus de 30 ans.

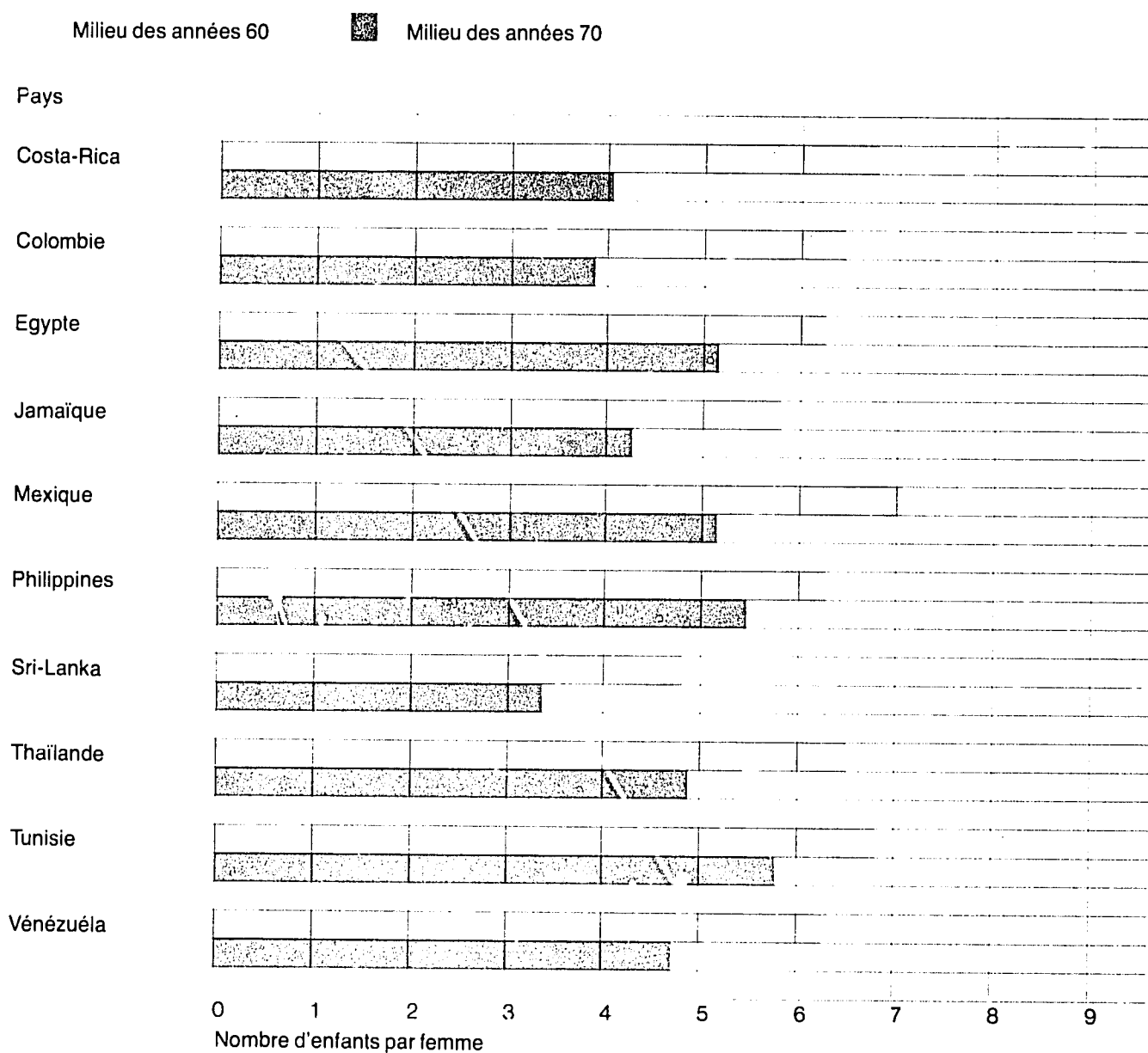


Le planning familial peut contribuer d'une manière considérable à la santé de l'enfant dans les pays en voie de développement parce que la santé du fœtus et celle du nourrisson sont menacées lorsque les naissances sont trop rapprochées, lorsque la famille est trop nombreuse, ou lorsque la mère est trop jeune ou trop âgée. Quand les femmes ont accès à une information sur le planning familial et aux méthodes contraceptives, une grande partie d'entre elles choisissent d'avoir des enfants ni trop nombreux, ni trop rapprochés, et de ne pas avoir d'enfants alors qu'elles sont trop jeunes ou trop âgées.

Le tableau 11 montre comment la taille des familles s'est réduite durant ces dernières années, sur la base des taux de fécondité globaux* du milieu des années 60 et des années 70. Dans neuf pays sur dix, la femme a en moyenne un enfant de moins. (Aux Philippines, cette diminution est un peu moindre.) Dans plusieurs pays (Costa-Rica, Colombie, Mexique) la femme a en moyenne deux ou trois enfants de moins.

*Le taux global de fécondité est le nombre d'enfants qu'une femme aurait en moyenne si dans sa vie elle avait des enfants au taux correspondant à chaque groupe d'âge, tel qu'il est défini au moment de l'enquête.

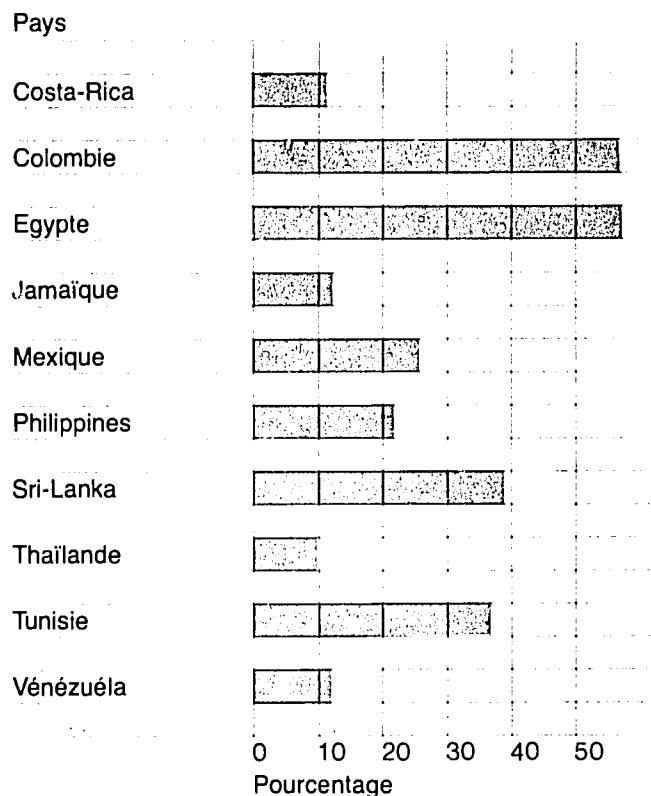
Tableau 11.
Taux de fécondité globaux, au milieu des années 60 et 70



Source : référence 37
Voir notes

Le tableau 12 illustre la diminution des naissances chez les femmes âgées de 15 à 19 ans, pour les mêmes pays et pendant la même période. En Colombie et en Egypte, le nombre de très jeunes femmes ayant des enfants a diminué de moitié. Dans quatre autres pays, cette diminution varie du cinquième au tiers. Dans le reste des pays, ce nombre a diminué d'un dixième environ, ce qui représente déjà un changement important pour une période aussi courte.

Tableau 12.
Diminution (en pourcentage) des naissances chez les femmes âgées de 15 à 19 ans, milieu des années 60 au milieu des années 70

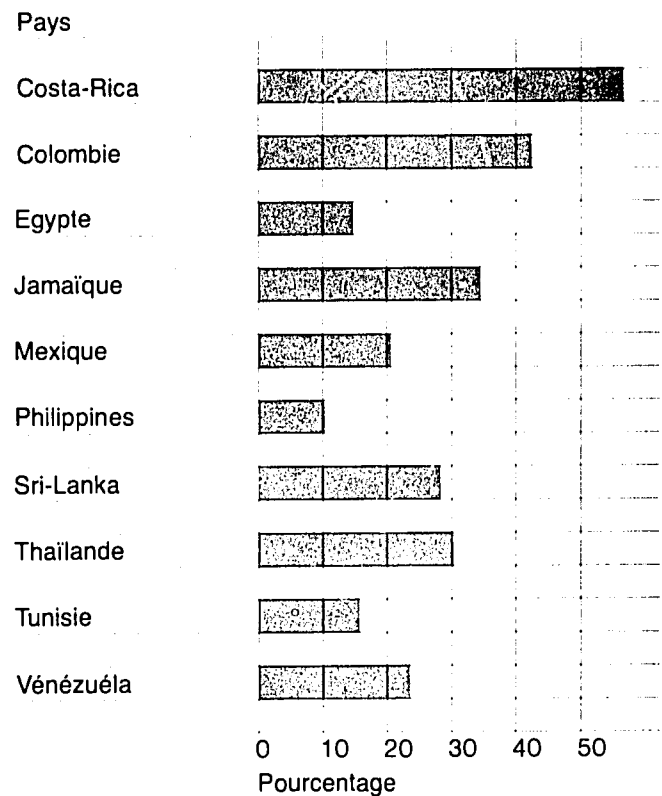


Source : référence 37
Voir notes

Le tableau 13 illustre le déclin des naissances chez les femmes âgées de 30 à 34 ans. Au Costa-Rica la fécondité des femmes appartenant à ce groupe d'âge a diminué de plus de moitié. Dans les autres pays, cette diminution est de l'ordre de 10 à 15% pour cette décade.

Ce n'est pas seulement pour limiter le nombre des naissances que la femme des pays en voie de développement a recours à la contraception, c'est aussi pour l'espacement des naissances

Tableau 13.
Diminution (en pourcentage) des naissances chez les femmes âgées de 30 à 34 ans, milieu des années 60 au milieu des années 70

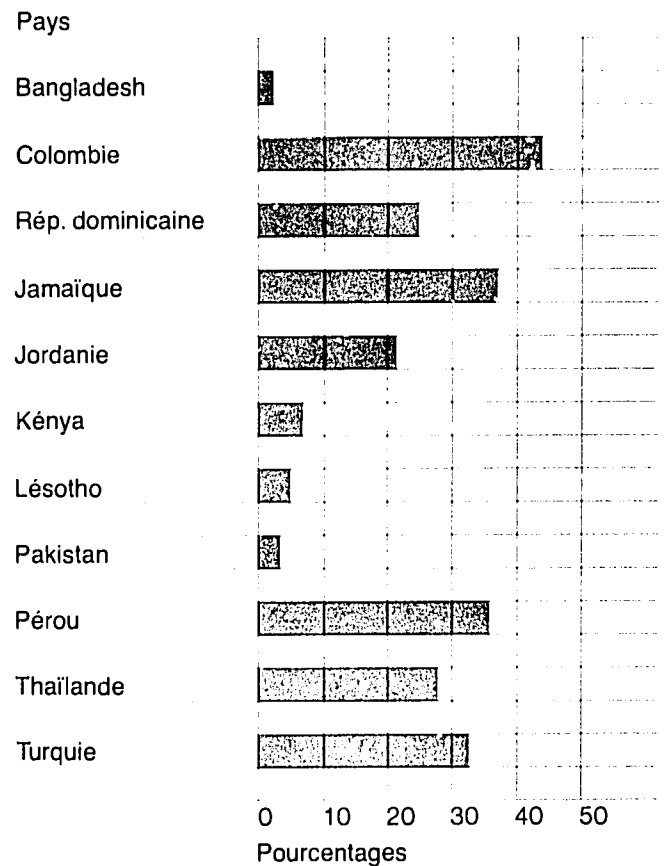


Source : référence 37
Voir notes



désirables (voir les données de l'Enquête mondiale sur la Fécondité). Le tableau 14 donne les pourcentages des femmes qui utilisent des moyens de contraception tout en voulant d'autres enfants. En Colombie, ce pourcentage représente 4 femmes sur 10. En Jamaïque, au Pérou et en Turquie, le rapport est de plus de 3 sur 10. En République dominicaine, en Thaïlande et en Jordanie, il est de plus de 2 sur 10. Ce n'est qu'au Bangladesh, au

Tableau 14.
Pourcentages des femmes qui utilisent des moyens de contraception tout en voulant d'autres enfants, 1975-1978



Source : référence 38-46,49,88
Voir notes

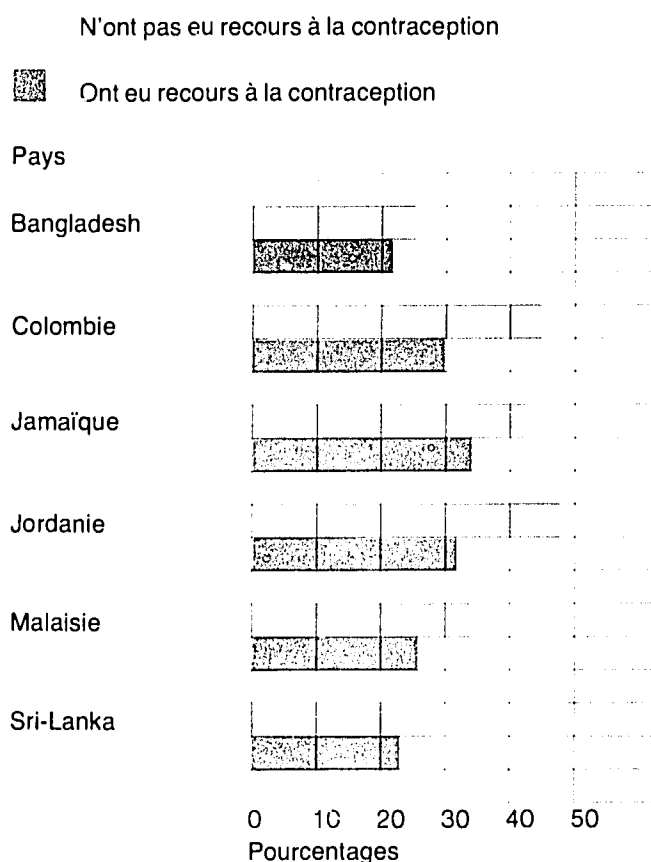


Kénya, au Lesotho et au Pakistan que la contraception est rarement utilisée comme un moyen d'espacer les naissances.

La contraception est un moyen plus efficace pour espacer les naissances. Le tableau 15 donne les pourcentages des femmes de différents pays dont les deux dernières grossesses ont moins de

Tableau 15.

Pourcentages des femmes dont les deux dernières grossesses ont moins de 24 mois d'écart, en corrélation avec l'usage de la contraception entre les deux grossesses, 1974-1978



Source : référence 38, 39, 41, 42, 47, 48

Voir notes

deux ans d'écart. C'est en Jordanie que l'on voit la plus grande différence entre les femmes qui utilisent des moyens de contraception et les femmes qui n'en utilisent pas : 31% des femmes qui pratiquent le planning familial ont des grossesses à moins de deux ans d'écart, alors que le pourcentage est de 47 pour les femmes qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives. Un pays où l'usage de la contraception ne semble pas provoquer une grande différence, c'est le Bangladesh: 21% et 25%. Mais la différence entre les deux groupes, aussi minime soit-elle, est toujours significative.

On a étudié dans plusieurs pays l'effet du déclin des grossesses à hauts risques sur la mortalité infantile. Par exemple au Costa-Rica, le taux de natalité a beaucoup diminué pendant ces dernières années (en grande partie parce que l'on peut facilement se procurer des contraceptifs). Entre 1960 et 1977, il y a une réduction très nette du taux de natalité chez les femmes qui ont déjà quatre enfants et chez les femmes d'un certain âge.⁵⁰ Pendant la même période, la mortalité infantile a baissé de presque 60%. On estime que sur ces 60%, 12% sont liés à des changements dans la fécondité. Aux Etats-Unis, il y a également une baisse de la mortalité infantile entre 1960 et 1970 et l'on pense que cette diminution est pour la moitié liée au fait que plus en plus de femmes ont des familles moins nombreuses et qu'elles ont leurs enfants à un âge plus propice.⁵¹



Chapitre 2

La santé de la femme et le planning familial

Les complications pendant la grossesse et pendant l'accouchement représentent encore la cause majeure de la mortalité chez les femmes des pays en voie de développement. Une femme risque davantage d'avoir de telles complications (donc de mourir) si :

elle a déjà trois enfants ou plus,

elle a moins de 20 ans ou plus de 30 ans.

Le planning familial contribue à l'amélioration de l'état de santé de la femme en lui permettant d'éviter ces grossesses à hauts risques. De plus, quand la femme peut facilement se procurer des contraceptifs, elle risque moins d'avoir recours à l'avortement illégal, qui est souvent dangereux. Par conséquent, la contraception permet d'éviter de nombreux décès parmi les femmes du Tiers-Monde.

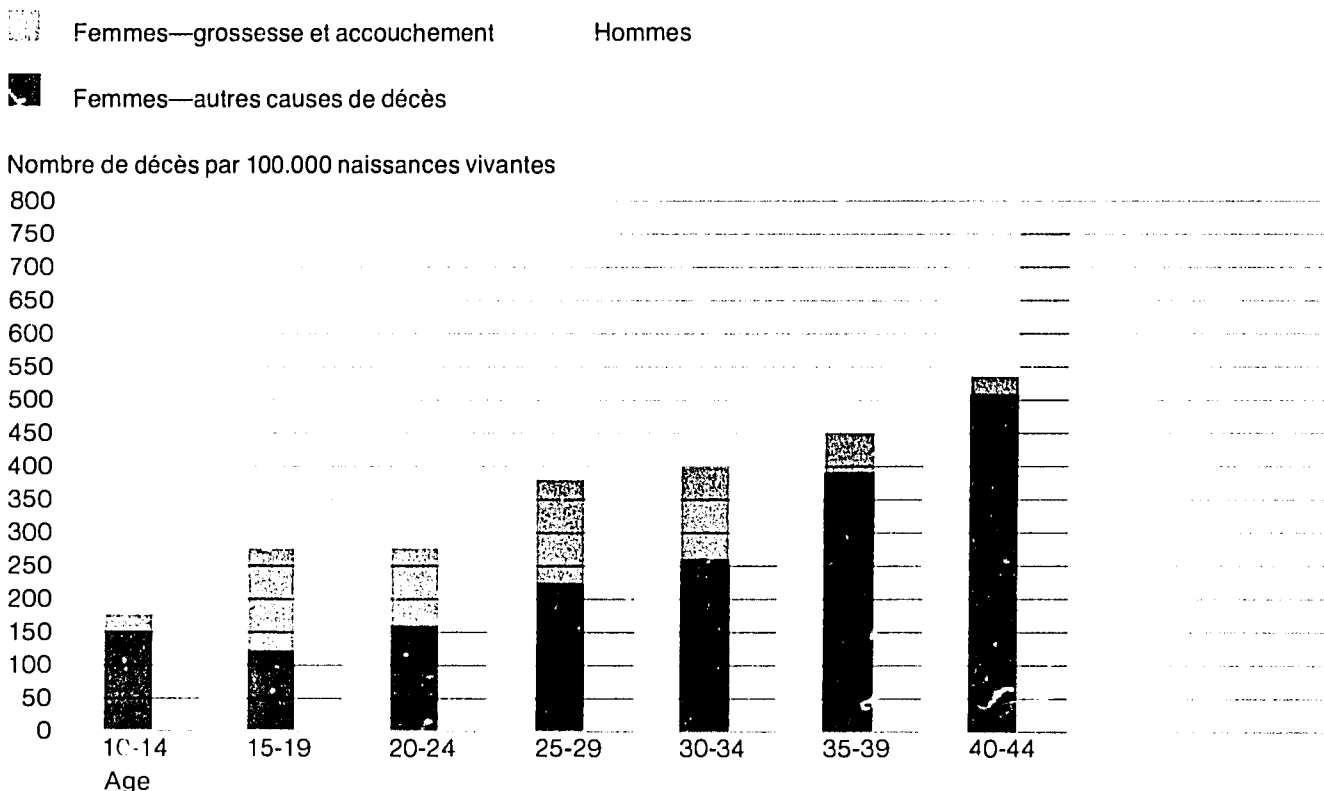
Traditionnellement dans les pays en voie de développement, les femmes pauvres passaient la plus grande partie de leurs années de fécondité à être enceintes ou à allaiter.²⁷ Le corps de la femme n'avait jamais le temps de reconstituer ses réserves en éléments nutritifs. Ceci est encore vrai pour un très grand nombre de femmes du Tiers-Monde, et les conséquences pour la santé de la femme en sont graves: au milieu des années 70, sur 100.000 naissances vivantes, 40 à 180 femmes mouraient pendant la grossesse ou l'accouchement.^{52,53} Dans certaines régions, ce taux est en-

core plus élevé. En revanche, dans la majorité des pays d'Europe, la mortalité maternelle est inférieure à 20 par 100.000 naissances vivantes, pendant la même période.

Le tableau 16 donne la mortalité des hommes et des femmes, à différents âges, au Matlab (Bangladesh), ainsi que le pourcentage de femmes mortes pendant une grossesse ou un accouchement. La grossesse et l'accouchement sont les causes principales de décès chez les femmes âgées de 15 à 19 ans. Le taux élevé de mortalité maternelle fait en sorte que le taux de mortalité total des femmes est

Tableau 16.

Nombre de décès chez les femmes dus à la grossesse ou à l'accouchement, ou à d'autres causes, et chez les hommes, en corrélation avec l'âge, Matlab (Bangladesh), 1968-1970



Source : référence 54

plus élevé que celui des hommes âgés de 15 à 39 ans. Une autre façon d'analyser ces données est de calculer le pourcentage des décès liés à la maternité par rapport au nombre total de décès chez les femmes. Parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans, presque 6 décès sur 10 sont liés à la gros-

sesse ou à l'accouchement. Parmi les femmes de 20 à 29 ans, le rapport est de plus de 4 sur 10. Parmi les femmes de 30 à 34 ans, il est de plus de 3 sur 10. Si l'on considère les femmes de toutes les classes d'âge, plus d'un décès sur quatre est lié à une grossesse ou à un accouchement.

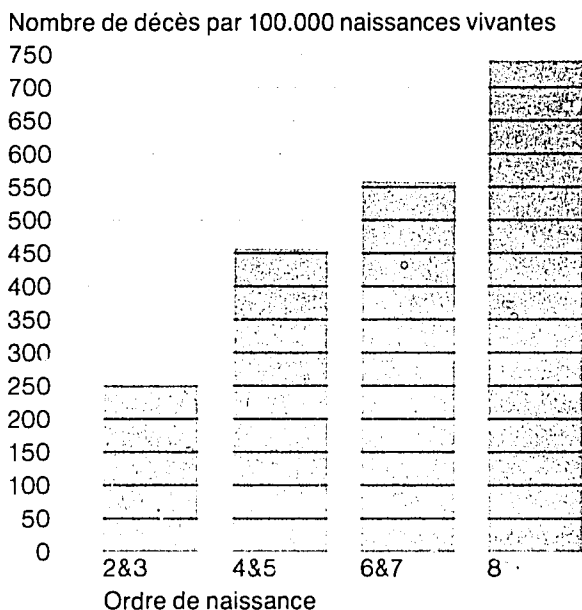


L'ordre des naissances

L'effet d'une grossesse et d'un accouchement sur la santé de la femme est en partie déterminé par le nombre de grossesses qu'elle a déjà eues. Le tableau 17 montre cet effet pour plus de 200 villages du Matlab (Bangladesh). Les femmes qui en sont à leur quatrième ou cinquième enfant (ce qui n'est pas considéré comme un nombre très élevé dans les pays du Tiers-Monde), risquent presque deux fois plus de mourir que celles qui en sont à leur deuxième ou troisième accouchement. Les femmes qui en sont à leur huitième enfant ou plus, risquent trois fois plus de mourir que les femmes qui n'en sont qu'à leur second ou troisième enfant. Le taux de décès est également très élevé chez les femmes dont c'est le premier enfant, en partie parce qu'elles sont souvent très jeunes.

Le taux de mortalité maternelle augmente avec

Tableau 17.
Mortalité maternelle, en corrélation avec l'ordre de naissance, Matlab (Bangladesh), 1968-1970



Source : référence 54

l'ordre des naissances parce que le nombre de complications pendant la grossesse et l'accouchement s'accroît brusquement après la troisième grossesse. On estime à 25 millions le nombre de femmes qui, chaque année, ont de telles complications dans les pays en voie de développement.⁵⁵

Le tableau 18 montre le taux de mortalité liée à trois types de complications majeures de la grossesse, en Angleterre et au Pays de Galles, entre 1973 et 1975. Les décès causés par une hémorragie (effusion de sang) ou par une embolie pulmonaire (caillot de sang dans les poumons) sont particulièrement fréquents à partir de la quatrième grossesse. Les risques de toxémie (qui se manifeste par une tension artérielle tellement élevée que des convulsions peuvent s'ensuivre) sont également grands pour la première grossesse et à partir de la quatrième, mais ils sont moindres pour la seconde et la troisième. Le tableau 18 montre aussi le taux de mortalité pour toutes les causes de décès. A partir de la quatrième grossesse les risques de décès sont beaucoup plus élevés que pour la première grossesse, et ce, même dans un pays où la médecine est disponible et gratuite.

Les autres complications dont la fréquence augmente avec l'ordre des naissances sont les suivantes: problèmes liés au placenta et au cordon ombilical, effondrement de la matrice, déchirement de la paroi de la matrice, présentation anormale du fœtus à la naissance, anémie.^{7,22,27,28,31,57}

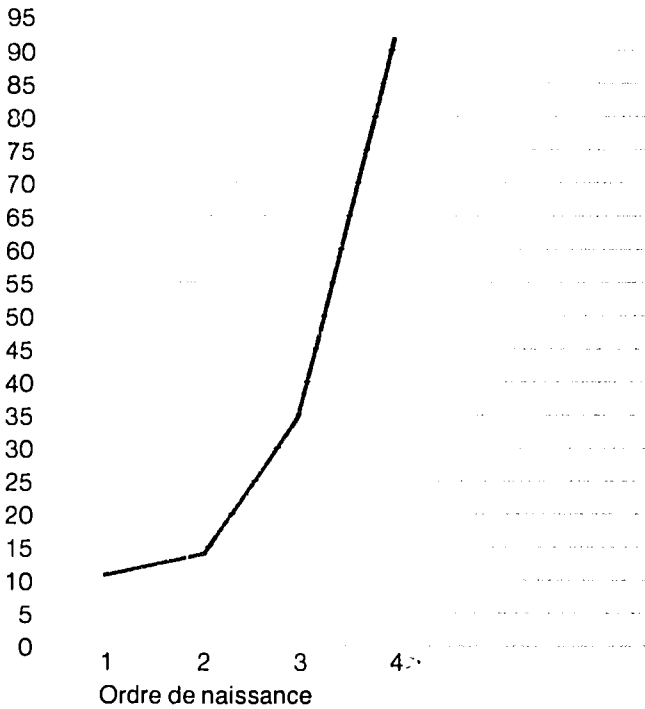
Dans les cas extrêmes, ces complications tuent une femme, souvent elles l'affaiblissent et la mutilent. Par exemple, une femme anémiée est beaucoup plus susceptible de tomber malade ou d'attraper une infection. Toutes ces complications sont graves, même quand elles sont soignées à l'hôpital. Elles sont encore plus graves quand une femme accouche à la maison, avec l'aide de quelques parentes ou d'une matrone, quand les soins médicaux sont inaccessibles soit à cause de la distance, soit parce qu'ils sont trop coûteux, bref quand une femme accouche dans des conditions qui sont courantes pour les pays en voie de développement.

Tableau 18.

Nombre de décès maternels, en corrélation avec la cause de décès et l'ordre de naissance, Angleterre et Pays de Galles, 1973-1975

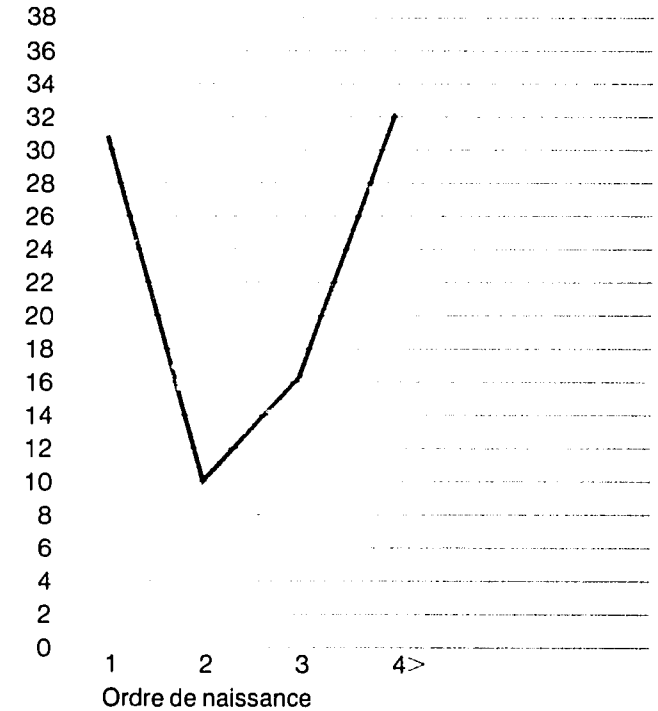
Hémorragie

Nombre de décès par million de naissances



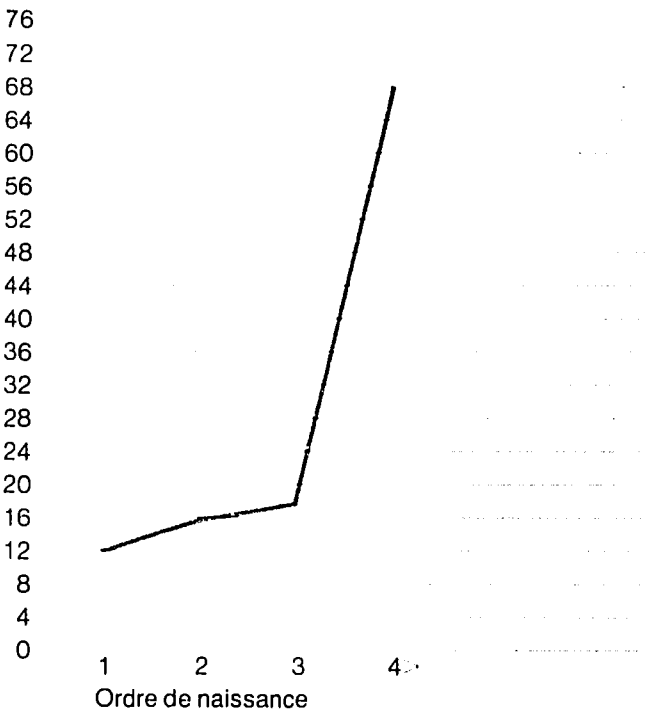
Toxémie

Nombre de décès par million de naissances



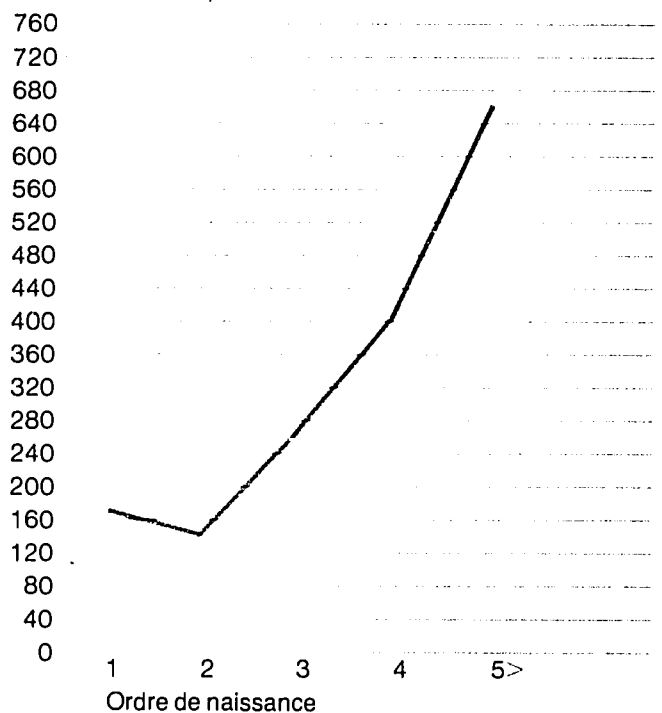
Embolie pulmonaire

Nombre de décès par million de naissances



Total des décès

Nombre de décès par million de naissances



Source : référence 56

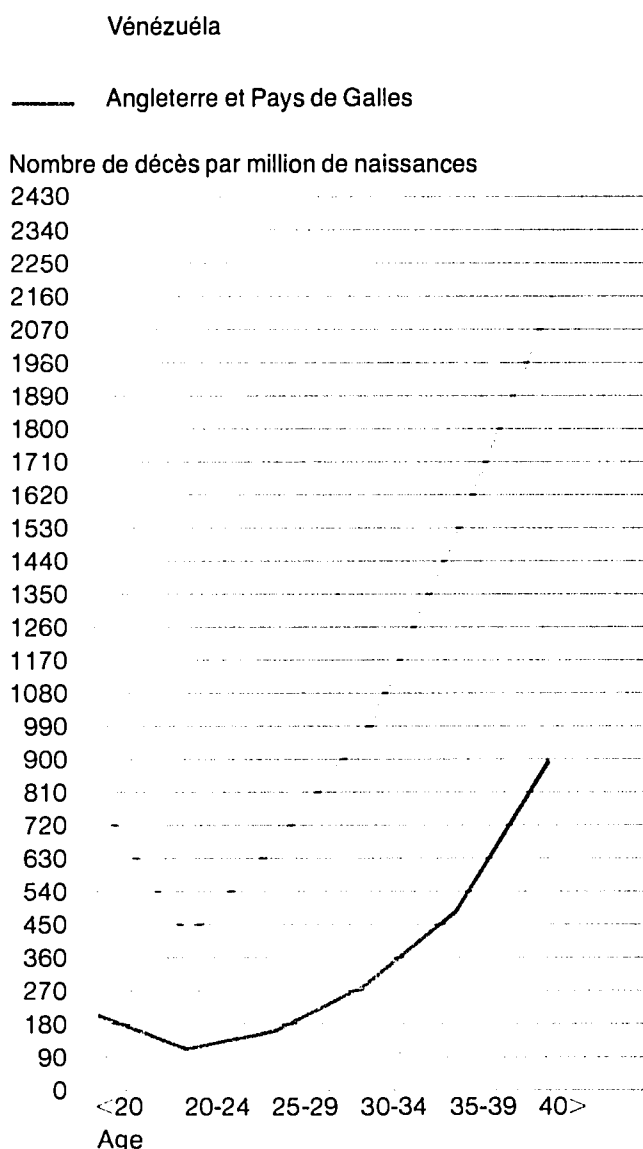
L'âge de la mère

Des enquêtes menées dans le monde entier montrent que l'âge de la femme a son effet sur la grossesse et l'accouchement (donc sur les risques de décès).³¹ Cette corrélation existe partout, quel que soit le taux absolu de mortalité maternelle.

Le tableau 19 illustre les taux de mortalité maternelle au Vénézuéla (1966-1968) et en Angleterre et au Pays de Galles (1973-1975). Le taux de mortalité est beaucoup plus bas en Angleterre et au Pays de Galles qu'au Vénézuéla, mais il est net dans les deux pays que le risque de mortalité est moindre chez les femmes âgées de 20 à 30 ans. Dans les deux pays, les femmes âgées de 40 ans ou plus risquent cinq fois plus de mourir en couches que les femmes âgées de 20 à 24 ans. Ceci prouve que la probabilité accrue de décès liés à l'âge plus avancé de la mère n'est pas un phénomène limité aux pays pauvres. Même quand le taux de mortalité liée à la maternité baisse dans certains pays en voie de développement, une femme âgée de plus de 30 ans risque beaucoup plus de mourir d'une grossesse qu'une femme âgée de 20 à 25 ans.

Lorsque les données existent pour un seul pays, cette constante apparaît très clairement. Le tableau 20 montre qu'au Sri-Lanka, les taux de mortalité maternelle ont baissé d'une manière considérable entre 1956-1958 et 1966-1968. Mais la corrélation avec l'âge demeure constante. Pendant ces deux périodes, on voit qu'une femme âgée de 30 à 34 ans a 33% plus de chances de mourir en couches qu'une femme âgée de 20 à 24 ans. Quand il s'agit d'une femme de 40 ans ou plus, cette probabilité augmente de trois fois et demi.

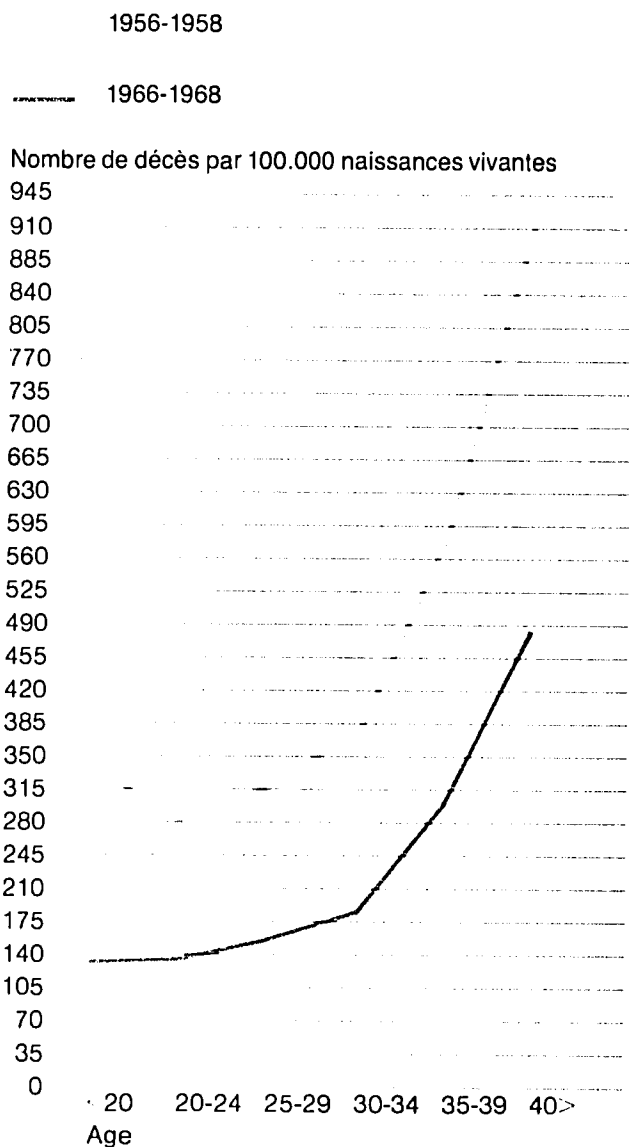
Tableau 19.
Mortalité maternelle, en corrélation avec l'âge, Vénézuéla (1966-1968), Angleterre et Pays de Galles (1973-1975)



Source : références 52, 56

Voir notes

Tableau 20.
Mortalité maternelle, en corrélation avec l'âge, Sri-Lanka
1956-1958 et 1966-1968



Source : référence 52
Voir notes

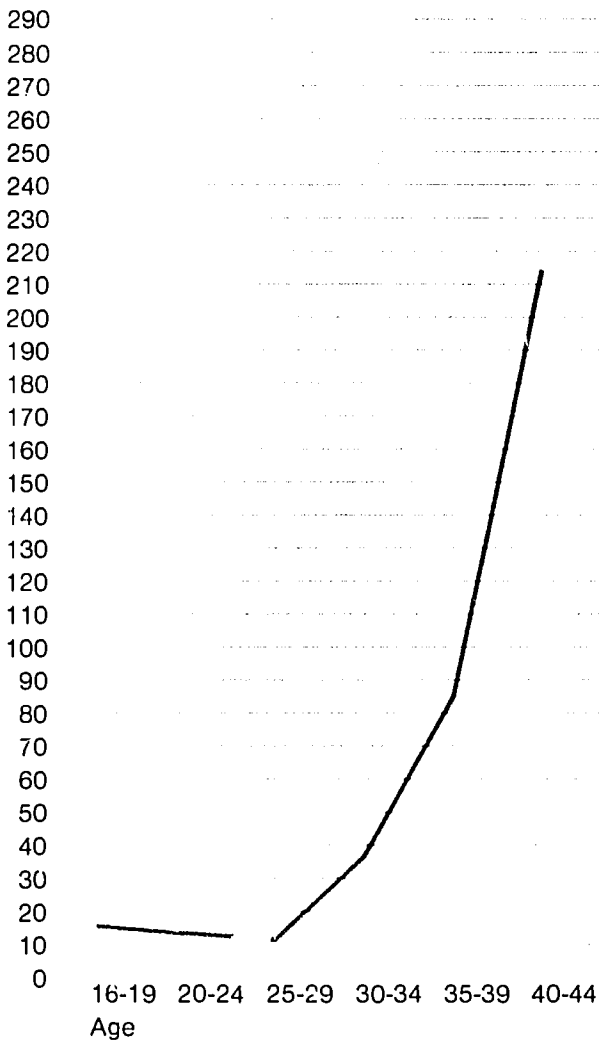
Le tableau 21 montre la corrélation entre l'âge et les taux de décès causés par les complications graves d'une grossesse. Pour les décès dus à une hémorragie ou une toxémie (de même que pour les taux de mortalité absolus), ce sont les femmes âgées de 20 à 24 ans qui risquent le moins de mourir en couches ou pendant la grossesse. Le taux de mortalité augmente rapidement pour les femmes âgées de plus de 30 ans. Ces tableaux ressemblent beaucoup aux courbes établies pour représenter la corrélation entre le taux de mortalité liée à la maternité et l'ordre des naissances. Néanmoins l'âge de la mère et l'ordre des naissances ont des effets indépendants. Dans chaque classe d'âge, c'est à son second enfant que la femme court le moins de risque de mourir en couches. Dans chacun des groupes constitués selon l'ordre des naissances, c'est la femme âgée de 20 à 30 ans qui court le moins de risques de mourir en couches.

Tableau 21.

Nombre de décès maternels, en corrélation avec la cause de décès et l'âge, Angleterre et Pays de Galles, 1973-1975

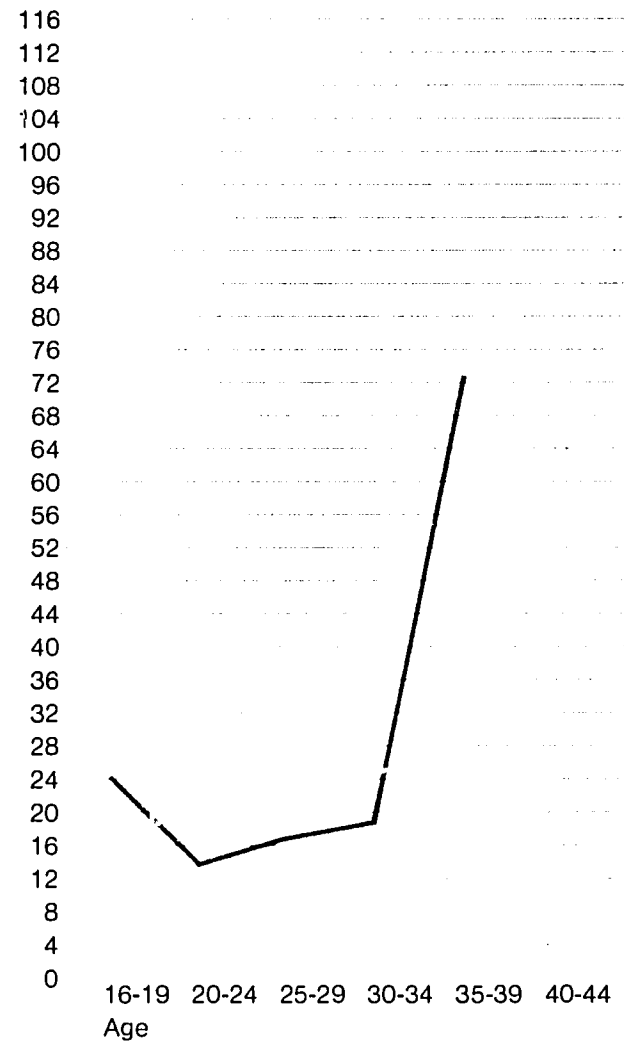
Hémorragie

Nombre de décès par million de naissances



Toxémie

Nombre de décès par million de naissances



Source : référence 56

L'avortement provoqué

Bien que ces dernières années plusieurs pays aient adopté une législation plus libérale concernant l'avortement, l'avortement est encore illégal dans la plupart des pays en voie de développement, ou bien il n'est autorisé que si la vie de la mère est en danger.⁵⁸ Même lorsque la législation permet l'avortement, son effet peut être limité par des restrictions bureaucratiques, par la distance ou par le coût de l'opération. En conséquence, environ 15 à 25 millions de femmes ont recours chaque année à l'avortement illégal plutôt que de subir une grossesse dont elles ne veulent pas.⁵⁹ Un grand nombre de ces femmes n'ont pas accès à des moyens contraceptifs efficaces qui auraient limité le nombre de ces grossesses non-désirées.

L'avortement illégal présente relativement peu de dangers pour une femme aisée vivant à la ville, car elle peut se faire avorter par un médecin ou une sage-femme. Mais pour la grande majorité des femmes du Tiers-Monde, l'avortement illégal est synonyme de peur, de douleur, de risques importants d'infection, d'hémorragie et de mort.⁵⁹ En 1977, environ 68.000 femmes des pays en voie de développement sont mortes des conséquences d'un avortement illégal.⁶⁰ Comme il est très difficile d'obtenir des informations exactes sur les pratiques illégales, ces chiffres—aussi importants soient-ils—sont probablement sous-estimés.

Ce qui est encore plus troublant, c'est que les experts de la santé publique pensent que l'avortement illégal se généralise de plus en plus. Par exemple, un nombre croissant de jeunes citadines se font avorter en Afrique, où pourtant l'avortement illégal était une pratique moins courante que dans le reste du Tiers-Monde.⁵⁹ Ces femmes sont les victimes d'une transition culturelle: elles se marient plus tard que ne le faisait la génération précédente de femmes, et elles ont des relations sexuelles avant le mariage; mais elles n'ont pas facilement accès à des méthodes efficaces de contraception. De plus, elles peuvent être renvoyées de leur école ou de leur emploi si elles sont enceintes.

Certaines enquêtes donnent une idée de l'étendue et de la gravité du problème:

en Rhodésie, 13% des décès maternels à un hôpital important étaient attribués à des complications causées par un avortement illégal.⁶¹

en 1975, une turque sur sept admet s'être fait avorter, alors qu'en 1963, le rapport était d'une femme sur 14;⁶²

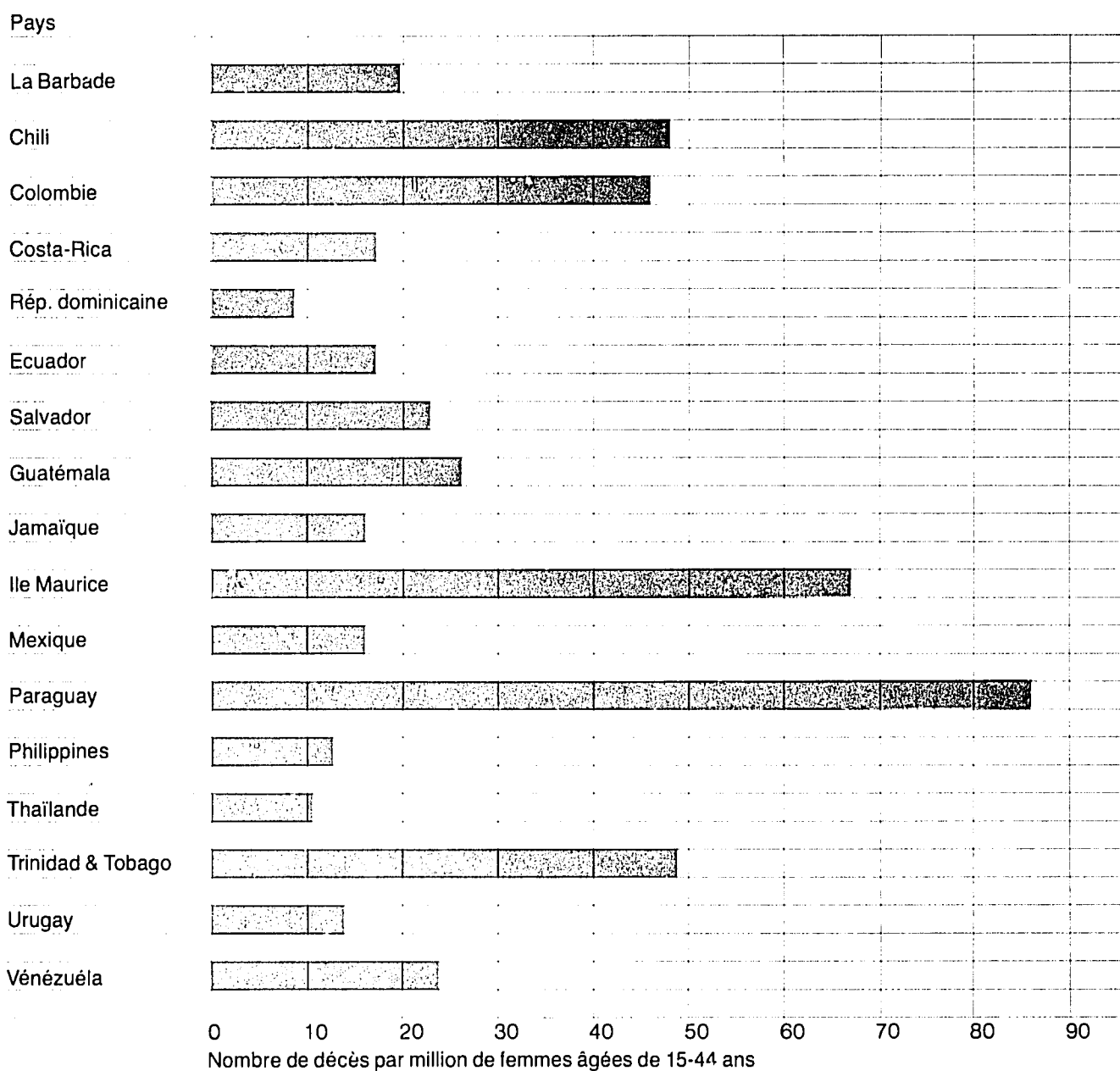
une enquête menée en 1978 dans les campagnes thaïlandaises a montré que chaque avorteur ou avorteuse fait en moyenne 350 avortements par an.⁶³ Ceci signifie qu'il y a dans la région, chaque année, 37 avortements par 1000 femmes en âge de procréation. La plupart des avorteurs utilisent des moyens traditionnels dangereux, y compris le "massage" de l'abdomen, l'insertion d'herbes ou d'un bâton pointu dans la matrice, ainsi que l'ingestion de tisanes toxiques;

dans une maternité du Salvador, un quart des décès sont dus à un avortement illégal;⁶⁴

en Bolivie, 60% du budget des services d'obstétrique et de gynécologie sont consacrés aux femmes qui viennent à l'hôpital pour se faire soigner après un avortement illégal.⁶⁴

Le tableau 22 montre le nombre de décès déclarés qui sont causés par un avortement illégal, dans différents pays. Ces chiffres n'indiquent pas nécessairement quels sont les pays où les taux de décès dus à l'avortement sont les plus élevés: ce sont peut-être des pays où simplement ces décès sont plus souvent déclarés. Tous ces chiffres sont sans doute sous-estimés. Néanmoins le tableau 22 donne une idée du problème sanitaire que représente l'avortement illégal. Dans les pays où l'avortement est légal—par exemple le Canada, les Etats-Unis, l'Angleterre, le Japon, les pays scandinaves—il n'y a presque plus de décès causés par un avortement (moins d'un décès par million de femmes âgées de 15 à 44 ans).⁵⁸

Tableau 22.
Décès annuel causés par l'avortement illégal, 1970–1979



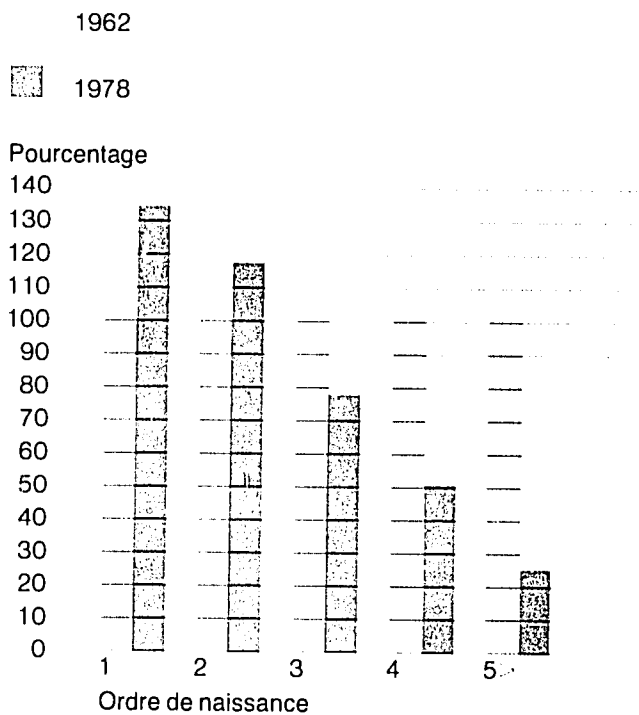
Source : référence 58
Voir notes

La santé de la femme: que peut-on faire grâce au planning familial?

Au fur et à mesure que l'usage de la contraception se répand, les femmes des pays industrialisés et celles des pays en voie de développement ont des familles moins nombreuses et elles ont moins d'enfants à un âge défavorable. Par exemple au Chili, entre 1962 et 1978, il y a eu une baisse très nette dans les naissances du troisième enfant ou plus par rapport au total des naissances (voir tableau 23).

Le tableau 24 montre que le taux des naissances a baissé chez les femmes de tous les âges, mais qu'il a surtout baissé chez les femmes âgées de moins de 15 ans ou de plus de 30 ans. Quand elles ont le choix, les femmes peuvent éviter les grossesses dangereuses et elles le font.

Tableau 23.
Naissances en 1978 en pourcentages par rapport au nombre de naissances en 1962, en corrélation avec l'ordre de naissance, Chili



Source : référence 8



En permettant ainsi aux femmes d'éviter les grossesses dangereuses, le planning familial contribue à l'amélioration de l'état de santé de la femme. On estime que si seules les femmes âgées de 20 à 34 ans avaient des enfants, la mortalité liée à la maternité baisserait d'un cinquième au Mexique, en Thaïlande et au Vénézuéla. Elle baisserait d'environ un quart en Colombie et aux Philippines.³¹ Des enquêtes menées au Bangladesh ont conclu que si les femmes n'avaient pas plus de trois enfants, la mortalité liée à la maternité baisserait de 30%.⁵⁴

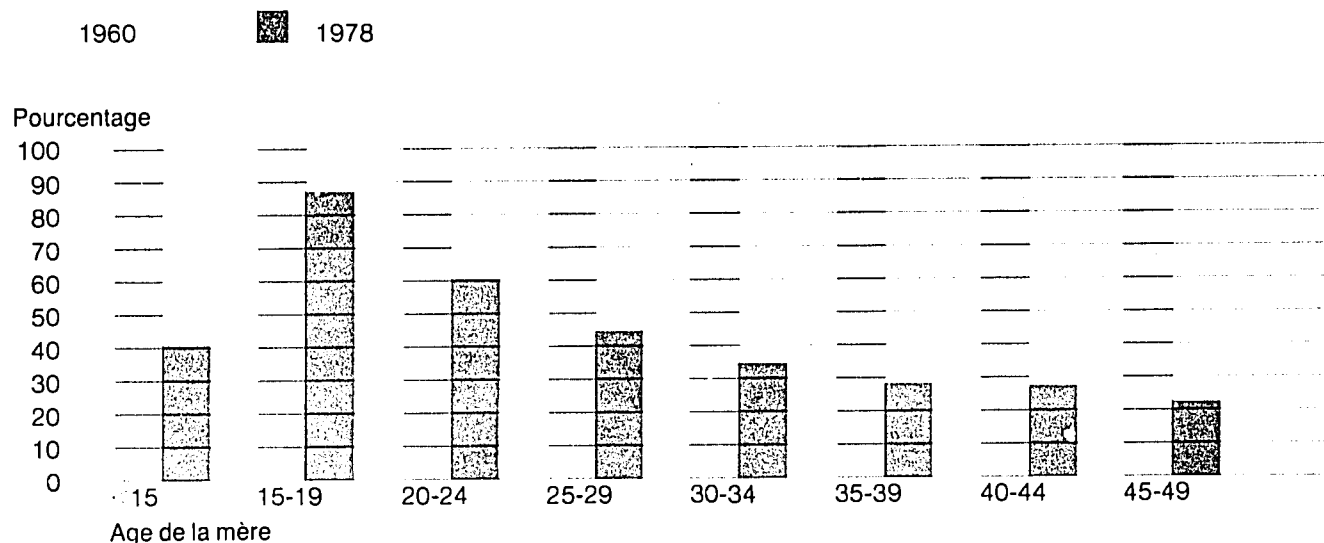
Il est également très clair que le planning familial permet d'éviter une mortalité liée à l'avortement illégal, puisqu'il s'agit de grossesses dont la femme ne veut pas. Des enquêtes ont démontré ce point dans plusieurs pays, dont les Etats-Unis, l'Angleterre, la Yougoslavie et le Chili.^{59,65,66} Les données venant d'Europe de l'Est montre que la

restriction de l'avortement légal a exactement l'effet contraire. Par exemple en Roumanie, l'avortement était libre jusqu'en 1966. A partir de cette date, des conditions restrictives ont été imposées. Il en a résulté que la mortalité liée à l'avortement est passée d'un décès par 100.000 femmes en 1965, à huit décès par 100.000 femmes en 1972.⁶⁶

Au Chili, les méthodes de contraception modernes sont devenues largement accessibles en 1965. Entre 1965 et 1978, il y eut une baisse spectaculaire dans le nombre de femmes hospitalisées après un avortement illégal. Le tableau 25 montre la courbe des hospitalisations dues à un avortement pendant cette période au Chili. Cette diminution dans le nombre des hospitalisations ne signifie pas seulement que beaucoup de femmes se sont vu épargner des souffrances et ont eu la vie sauve, elle signifie aussi que les hôpitaux ont pu consacrer

Tableau 24.

Naissances en 1978 en pourcentages par rapport au nombre des naissances en 1960, en corrélation avec l'âge de la mère, Chili



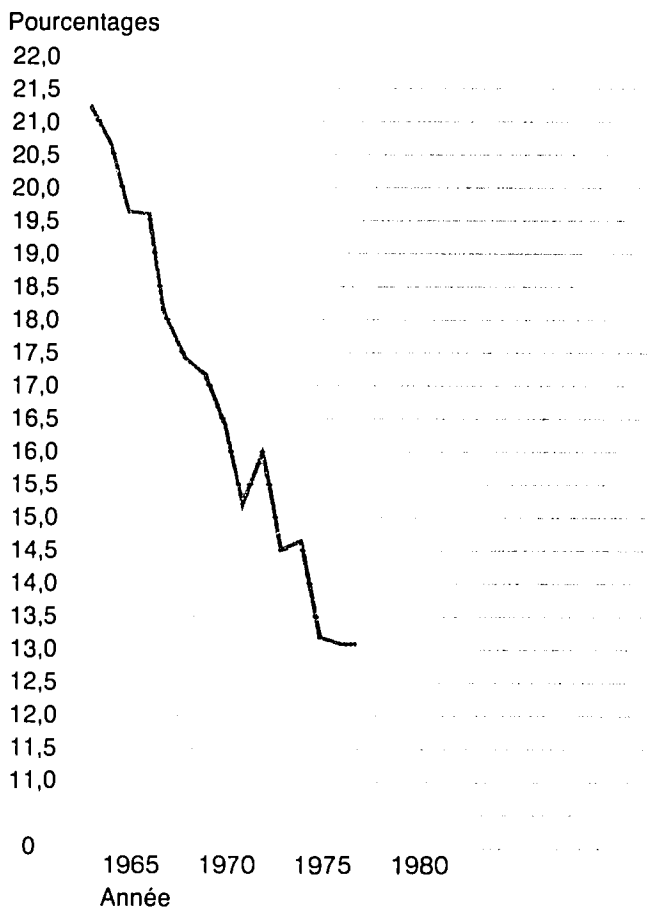
Source : référence 8

à d'autres maladies nécessitent leurs réserves en plasma et en antibiotiques, leur personnel et leurs lits. Ceci est particulièrement important dans les pays en voie de développement, où les ressources et le matériel médical sont insuffisants.

Le tableau 26 montre qu'au Chili, les décès liés aux suites d'un avortement ont diminué de la même manière que les hospitalisations. Néanmoins,

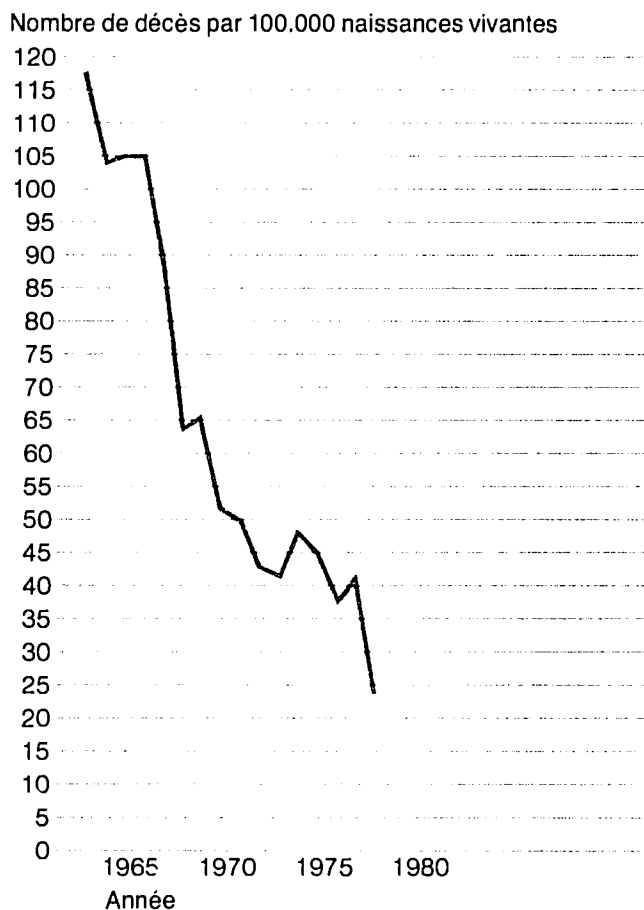
l'avortement est encore illégal, et il en résulte qu'en 1979, par 100.000 naissances vivantes, plus de 20 femmes sont mortes des suites d'un avortement. En comparaison, l'avortement est légal aux Etats-Unis depuis 1973, et il y a moins d'une mort causée par un avortement par 100.000 naissances vivantes.⁶⁵

Tableau 25.
Pourcentage des hospitalisations liées à un avortement, Chili, 1964-1978



Source : référence 8

Tableau 26.
Nombre de décès causés par un avortement, Chili, 1964-1979



Source : référence 8



Chapitre 3

Le planning familial dans les pays en voie de développement

Au fur et à mesure que des moyens modernes de contraception deviennent accessibles dans le Tiers-Monde, des millions de femmes adoptent le planning familial. Mais les besoins sont encore très grands:

beaucoup de femmes ont encore des grossesses trop rapprochées,

beaucoup de femmes qui ne veulent plus d'enfant n'utilisent pas de contraceptif efficace,

beaucoup de femmes dans beaucoup de pays ne savent pas où obtenir des conseils ou des contraceptifs.

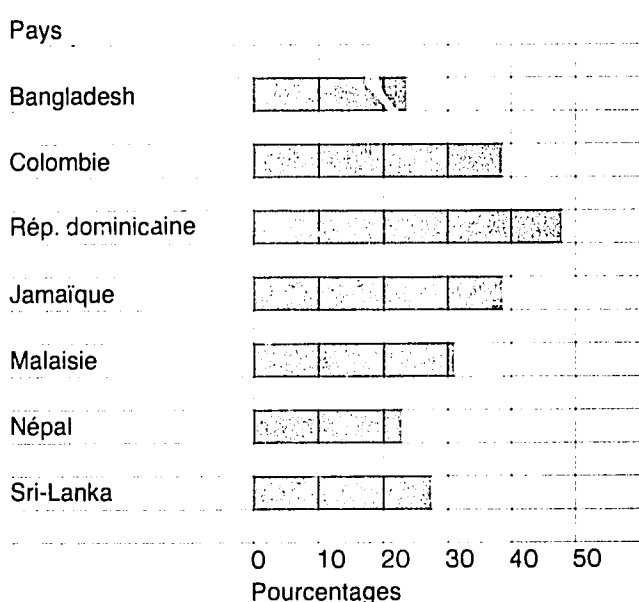
Certains moyens de contraception modernes ont des effets secondaires qui sont rares mais qui peuvent être graves. Néanmoins ils présentent en général moins de danger pour la santé de la femme que la grossesse et l'accouchement. On le voit dans les pays industrialisés où la mortalité liée à la maternité est basse. Une contraception efficace sauve encore davantage de vies dans les pays en voie de développement, où la mortalité liée à la maternité est tellement plus élevée.

Au milieu des années 60, l'emploi de la pilule et du stérilet a commencé à se généraliser, et beaucoup de pays entreprirent des programmes nationaux de planning familial. Ce fut une véritable "révolution contraceptive" dans plusieurs régions du monde. Cette révolution a surtout fait des progrès dans les pays industrialisés, mais elle touche aussi les pays en voie de développement. En 1976, environ 34% de la population féminine mondiale en âge de fécondité utilisent une méthode de contraception.⁶⁷ La natalité de plusieurs pays en voie de développement a commencé à baisser.³⁷

Néanmoins, des millions de couples ne peuvent toujours pas exercer leur droit de décider d'une manière libre, consciente et responsable du nombre d'enfants qu'ils auront, et de l'écart entre les naissances—un droit qui a été proclamé par la Conférence mondiale sur la Population de 1974.^{68, p. 159} En 1976, on compte que parmi ces 34% de femmes qui utilisent une méthode contraceptive, presque la moitié d'entre elles utilisent des méthodes inefficaces. De plus, il en découle que 66% des femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Les données recueillies lors de l'Enquête mondiale sur la Fécondité permettent de mesurer d'une autre manière l'ampleur des besoins. Par exemple, le tableau 27 indique les pourcentages dans différents pays des femmes dont les deux dernières grossesses furent trop rapprochées pour la bonne santé de la mère et de l'enfant. Dans tous les sept pays plus de deux femmes sur dix ont au moins deux enfants dont les naissances furent trop rapprochées. En Colombie et en Jamaïque, ce sont quatre femmes sur dix; en République dominicaine, ce sont presque cinq femmes sur dix.

Tableau 27.
Pourcentages des femmes dont les deux dernières grossesses sont à moins de 24 mois d'écart, 1974–1976

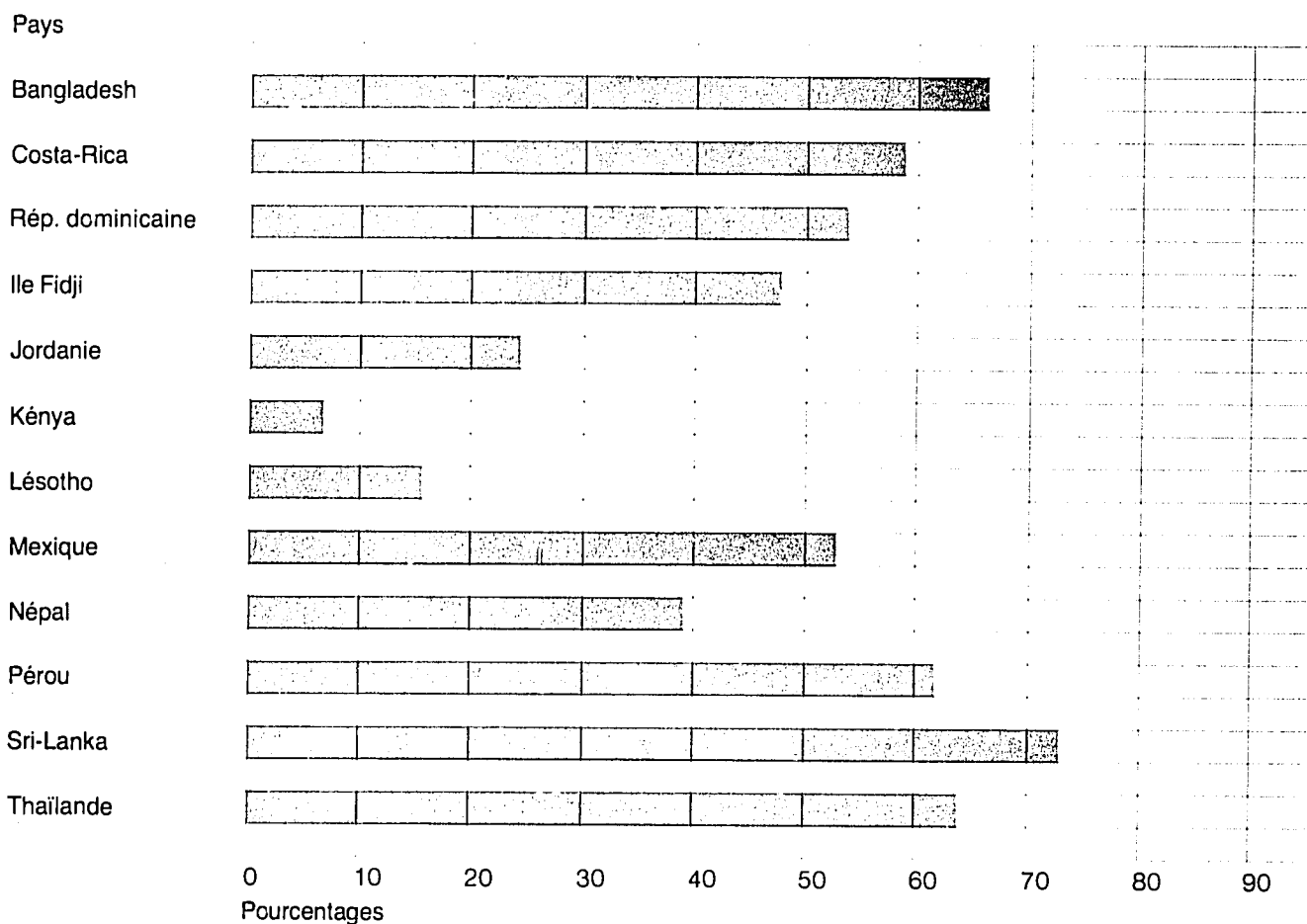


Source : références 38-41, 47, 69, 48
Voir notes

On pense en général que les femmes des pays en voie de développement ont des familles nombreuses parce qu'elles le désirent. Pourtant, ce n'est souvent pas le cas. Le tableau 28 indique qu'un pourcentage important de ces femmes ne veulent plus d'autres enfants une fois qu'elles ont

trois enfants vivants. Ce pourcentage est le plus bas au Kenya, où seulement 7% des mères de trois enfants déclarent ne pas en vouloir d'autres. Dans sept pays sur 12, plus de la moitié des femmes ne désirent pas un quatrième enfant.

Tableau 28.
Pourcentages des mères de trois enfants vivants qui ne veulent plus d'enfants, 1974-1977

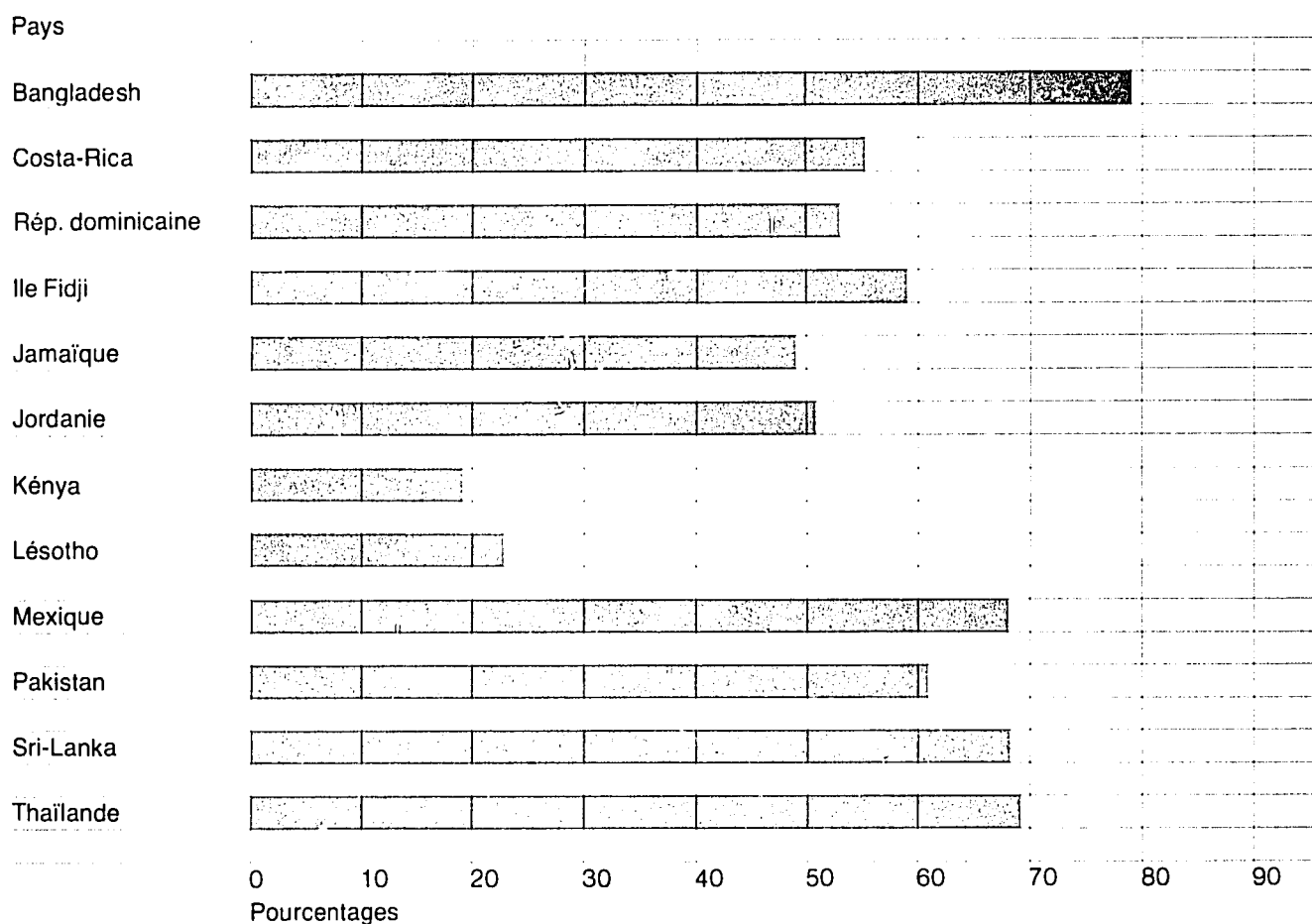


Source : références 38, 70, 40, 71, 42, 49, 88, 72, 69, 44, 48, 45
Voir notes

Le tableau 29 indique les pourcentages des femmes âgées de 30 à 34 ans qui ne veulent plus d'enfants. Ce pourcentage varie de 19% pour le Kenya à 79% pour le Bangladesh. Si ces femmes pouvaient faire ce qu'elles veulent et ne plus avoir d'enfants, on pourrait éviter beaucoup de décès parmi les nourrissons et les mères.

Même quand elle ne veut plus d'enfants, souvent la femme du Tiers-Monde n'emploie pas de méthodes contraceptives. Le tableau 30 indique les pourcentages des femmes qui déclarent ne plus vouloir d'enfants et il distingue entre celles qui n'ont pas recours à la contraception, celles qui utilisent une méthode contraceptive efficace et

Tableau 29.
Pourcentages des femmes âgées de 30 à 34 ans qui ne veulent plus d'enfants, 1974-1977



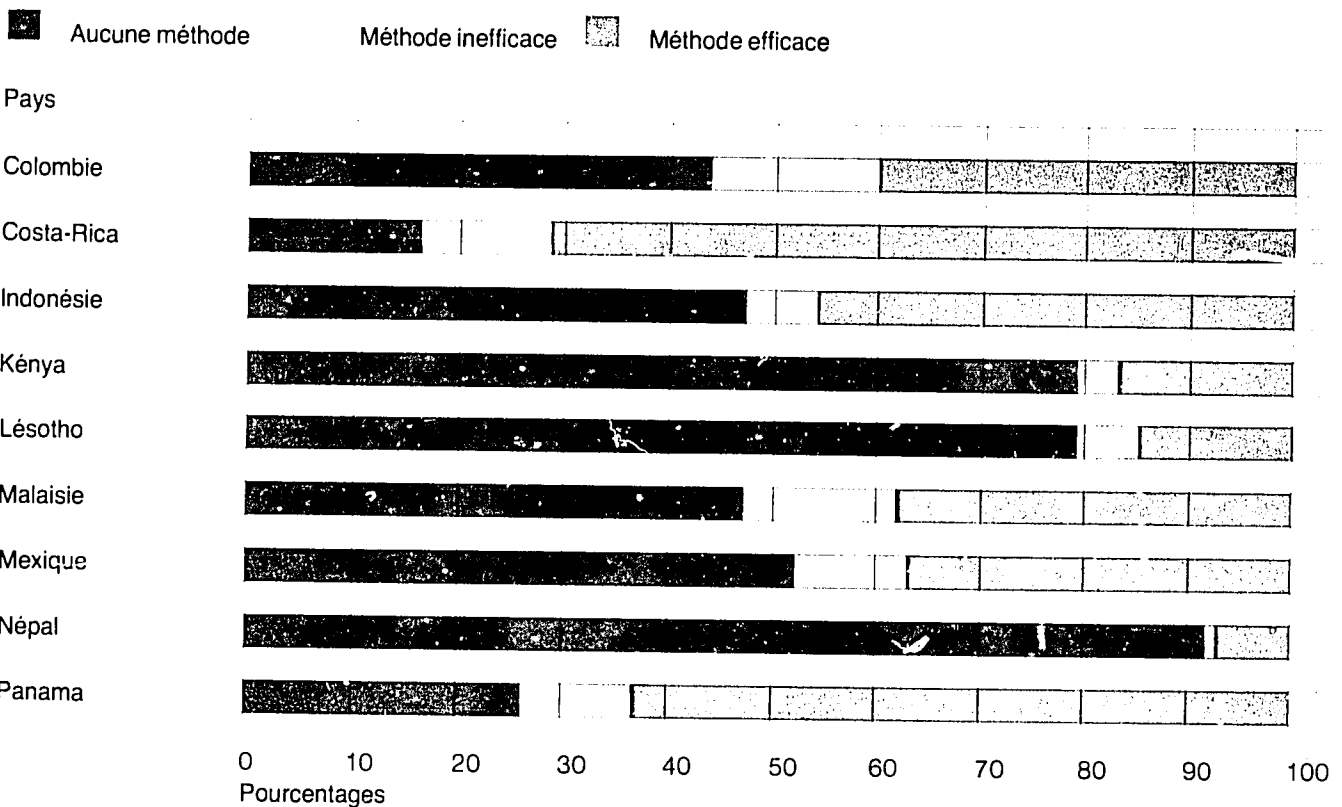
Source : références 38, 70, 40, 71, 41, 42, 49, 88, 72, 43, 48, 45
Voir notes

celles qui utilisent une méthode inefficace. Ces pourcentages varient beaucoup selon le pays. Le Costa-Rica a le pourcentage le plus bas de femmes qui n'ont pas recours à la contraception: seulement 16% des femmes qui ne veulent plus d'enfants ne se protègent pas du tout contre les grossesses non-désirées. En revanche, au Népal, on trouve le pourcentage le plus élevé de femmes qui n'ont pas recours à la contraception: 91% des femmes qui

déclarent ne pas vouloir d'autres enfants. On voit aussi que dans certains pays, un grand nombre de femmes ont recours à des méthodes dont l'efficacité est douteuse: interruption du coït, observation du rythme des ovulations, irrigations vaginales. Ces femmes risquent fort de devenir enceintes et d'avoir alors à choisir entre une grossesse dont elles ne veulent pas et un avortement illégal qui est dangereux.

Tableau 30.

Pourcentages des femmes qui ne veulent plus d'enfants, selon qu'elles emploient: une méthode efficace, une méthode inefficace ou aucune méthode contraceptive, 1974-1977



Source : références 73, 49, 88

Voir notes

Il est étonnant que des femmes qui ne veulent plus d'enfants ne fassent rien pour éviter d'être enceintes. Souvent ces femmes ne peuvent pas facilement s'informer sur les méthodes contraceptives ni se procurer des contraceptifs. Le tableau 31 indique les pourcentages des femmes qui déclarent ne pas savoir où trouver une telle information ni où obtenir des contraceptifs. Les pays où ce pourcentage est très élevé sont également les pays où l'on trouve des pourcentages élevés de femmes qui déclarent ne plus vouloir d'enfants mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive. Ceci prouve qu'il est important d'avoir des renseignements et de faciliter l'obtention de contraceptifs pour éviter les grossesses à hauts risques et non-désirées.⁷⁵

Les données du Kenya illustrent bien ce point. Au Kenya, moins d'un tiers des femmes ont utilisé une méthode de contraception. Cependant moins de la moitié des femmes ont eu accès à une information sur le planning familial ou ont pu se procurer des contraceptifs. Le pourcentage des femmes qui ont entendu parler d'un centre de planning familial et celui des femmes qui ont utilisé un contraceptif, dépendent du niveau d'instruction des femmes, de l'endroit où elles habitent et de leur religion. Les

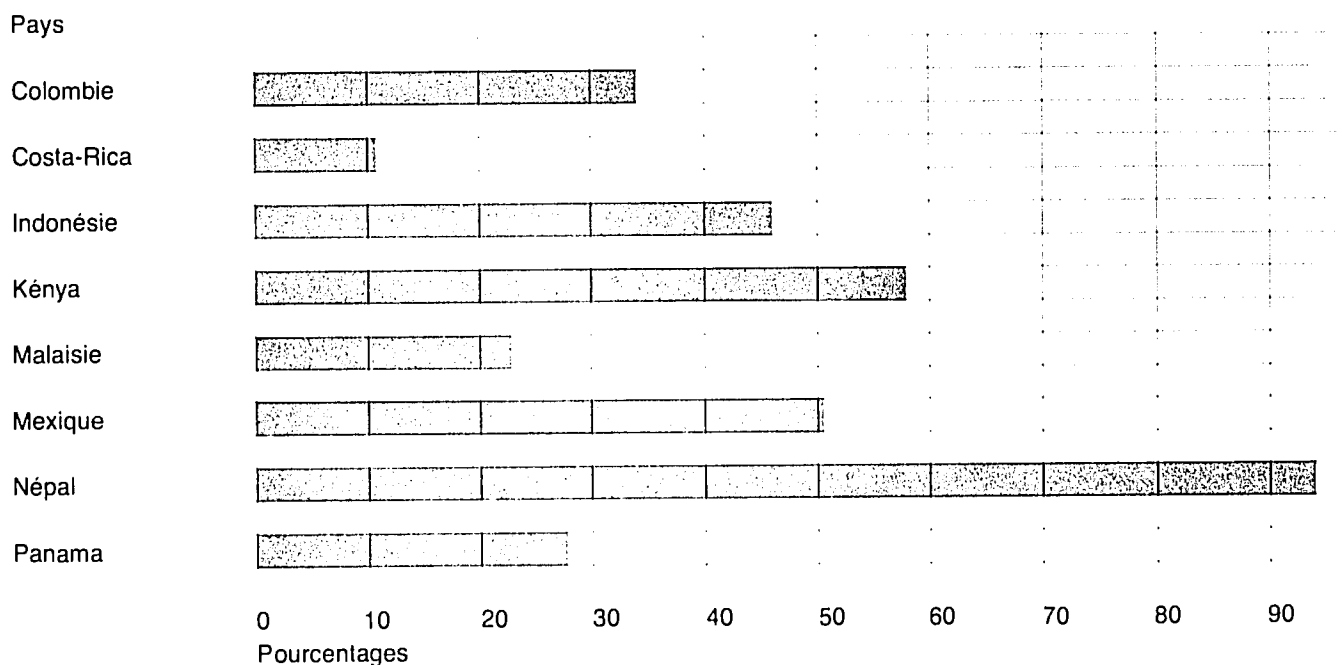
femmes qui sont instruites, ou qui vivent à la ville, ou qui sont chrétiennes risquent davantage d'avoir entendu parler d'un centre de planning familial et d'avoir utilisé un contraceptif, que les femmes qui sont de la campagne ou celles qui sont musulmanes. Le tableau 32 montre que dans chaque groupe défini par le niveau d'instruction, la résidence et la religion, la majorité des femmes qui ont entendu parler d'un centre de planning familial et qui savent où se procurer des contraceptifs, ont recours à la contraception.

Il ne suffit pas que la femme sache où elle peut obtenir des contraceptifs. Il faut tenir compte du temps que cela prend et de l'argent que cela coûte d'aller au centre de planning familial. Il faut que ce centre soit ouvert aux heures où la femme peut se libérer de ses obligations familiales. Et ce ne sont là que quelques facteurs qui interviennent dans l'usage de la contraception.

Pays après pays, un grand nombre de femmes ont recours à la contraception au fur et à mesure que les méthodes contraceptives deviennent accessibles. Certaines ont peur des méthodes modernes tels le stérilet et la pilule. Heureusement, ces méthodes contraceptives ont fait l'objet de différentes études à long terme, et l'on en sait bien

Tableau 31.

Pourcentages des femmes mariées qui ne savent pas où trouver des renseignements ni où obtenir des contraceptifs, 1974-1978



Source : référence 74

Voir notes

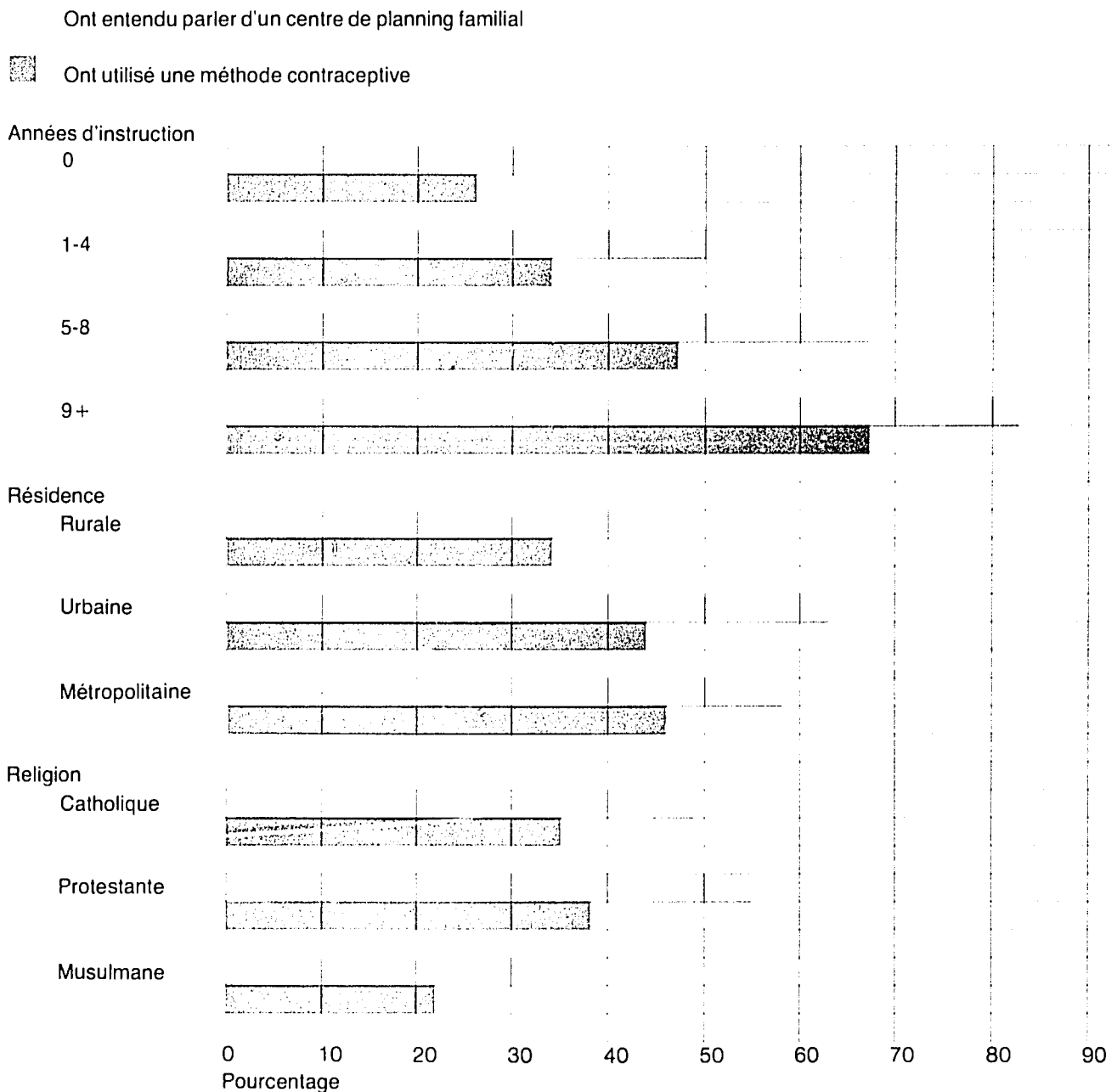
plus sur leurs avantages et leurs effets secondaires.

Les meilleures enquêtes sur la pilule et ses effets sur la santé ont été effectuées en Angleterre: plus de 60.000 femmes y ont été suivies pendant une douzaine d'années.⁷⁶ L'effet secondaire le plus grave de la pilule est un risque accru de maladies

cardio-vasculaires (crises cardiaques, attaques d'apoplexie, thromboses) chez les femmes qui prennent la pilule lorsqu'elles sont âgées de 35 ans et plus et qu'elles sont des fumeuses. Un autre effet secondaire est un risque accru de maladies de la vésicule biliaire et de tumeurs au foie. Ces tumeurs au foie sont très rares et ne sont pas cancéreuses,

Tableau 32.

Pourcentage des femmes âgées de 25-34 ans qui ont entendu parler d'un centre de planning familial et qui ont utilisé une méthode contraceptive, Kenya, 1977-1978.



Source : référence 49
 Voir notes

mais elles peuvent être mortelles.

En revanche, ces enquêtes n'ont pas pu prouver l'existence d'un lien entre la pilule contraceptive et ce que l'on pensait être d'autres effets secondaires. En particulier, les femmes qui prennent la pilule ne semblent pas avoir un taux de cancer plus élevé que les autres femmes.⁷⁶ Il semble même que la pilule ait un effet préventif contre le cancer des ovaires et celui de l'endomètre (tumeur interne de la matrice).

Les femmes qui utilisent un stérilet risquent davantage une infection du bassin.⁷⁷ Ceci a son importance dans les régions où les maladies vénériennes sont courantes, car le stérilet peut aggraver des infections qui n'ont pas été diagnostiquées ou soignées.

Ces dernières années de grands progrès ont été accomplis dans les techniques de stérilisation, notamment grâce à la laparoscopie et à la minilaparotomie. La stérilisation est une méthode contraceptive très sûre pour des couples qui ont déjà leur famille.^{78,79}

Les méthodes traditionnelles (tels le rythme ovulaire et l'interruption du coït) et les méthodes secondaires (diaphragmes pour les femmes et préservatifs pour les hommes) n'ont pas d'effets secondaires dangereux. Mais ces méthodes ne sont pas aussi efficaces que la pilule ou le stérilet, et la femme risque malgré tout d'être enceinte.

Le tableau 33 montre les risques de décès liés aux différentes méthodes contraceptives chez les femmes de différentes classes d'âge aux Etats-Unis. Ces chiffres sont des estimations qui combinent les risques de décès dus aux effets secondaires des différentes méthodes employées, aux probabilités de décès liés à la grossesse et à l'accouchement. Par exemple, les femmes qui prennent la pilule n'ont pas ou peu de grossesses, donc la plupart de décès sont dus à des effets secondaires de la pilule. En revanche, chez les femmes qui utilisent un diaphragme, la plupart des décès sont dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement. Dans tous les groupes d'âge, la femme qui n'utilise aucun moyen de contraception risque davantage de mourir qu'une

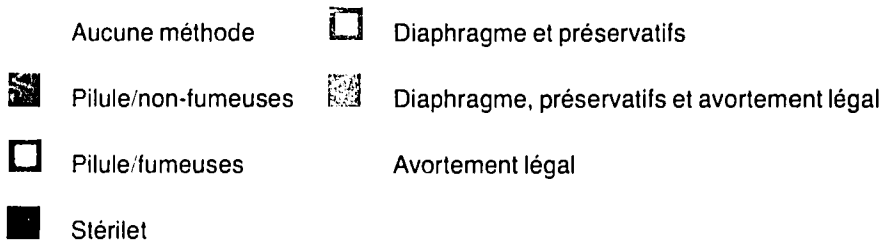
femme qui en utilise un, et ceci est valable même pour la pilule (à condition que la femme ne fume pas). Pour les femmes âgées de 30 ans et plus qui fument, il est plus dangereux de prendre la pilule que de ne pas utiliser de méthode de contraception.

Les chiffres du tableau 33 sont tirés de données sur les Etats-Unis, où les décès dus à la grossesse et à l'accouchement sont rares. Dans les pays en voie de développement, les taux de décès maternels sont beaucoup plus élevés, et l'on pense que l'effet de la contraception sur cette mortalité est encore plus grand que dans les pays industrialisés.⁸⁰ Il n'en est pas moins important d'étudier soigneusement l'effet de la contraception sur la santé de la femme dans le Tiers-Monde. Quelques enquêtes dans ce sens ont déjà été effectuées, d'autres sont en cours.^{81,82,83} Jusqu'à présent on n'a pas trouvé que les méthodes modernes de contraception ont des effets secondaires particulièrement graves pour les femmes des pays en voie de développement. Il se peut même que la pilule y soit moins dangereuse que dans les pays industrialisés, car les maladies cardio-vasculaires sont moins répandues dans le Tiers-Monde.⁸⁴

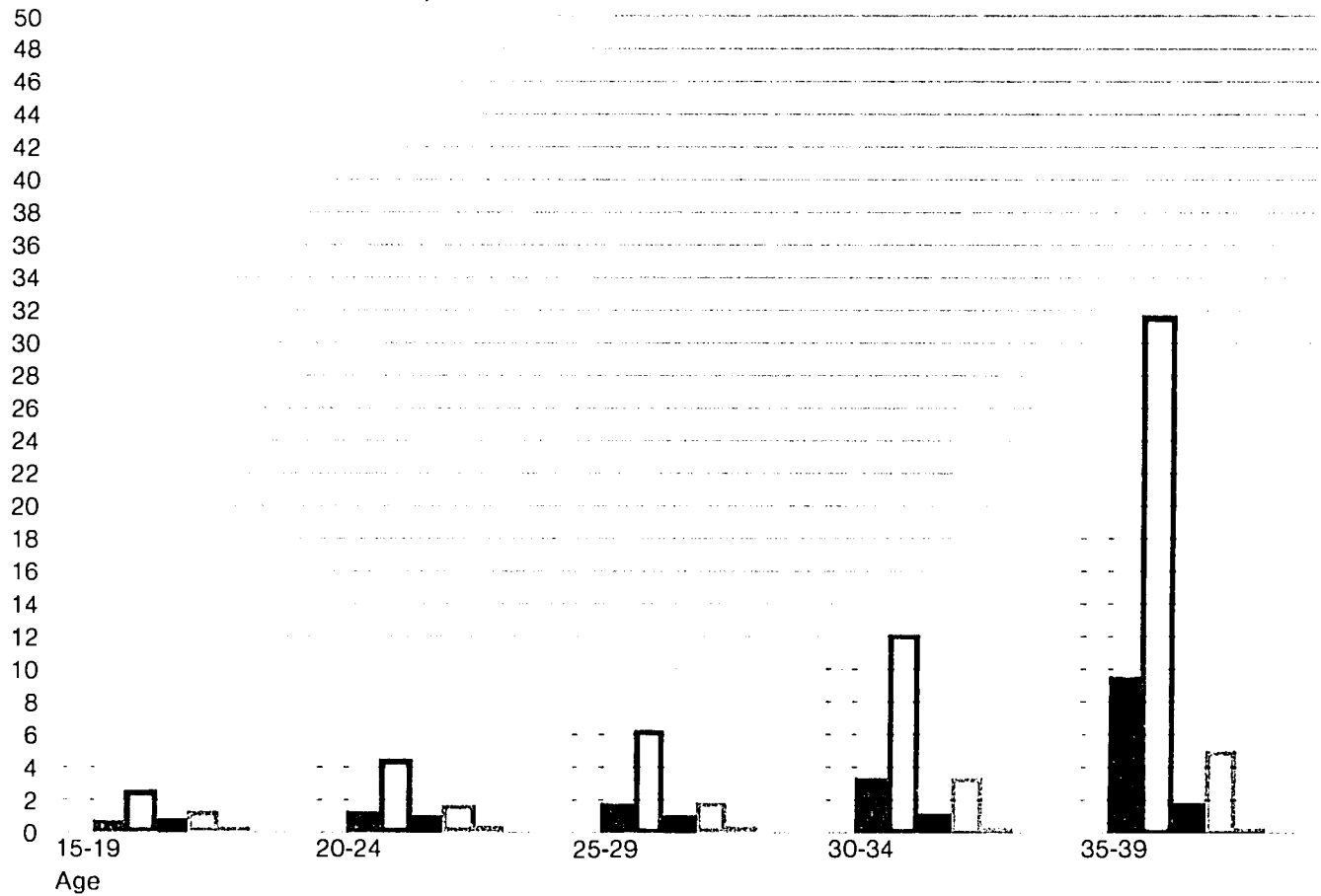
D'une manière générale, les données que nous possédons indiquent que l'usage de méthodes contraceptives efficaces permet de faire baisser la probabilité de mortalité chez la femme des pays industrialisés et chez la femme du Tiers-Monde.

Tableau 33.

Estimations de la mortalité en corrélation avec les différentes méthodes contraceptives, par âge, Etats-Unis, 1972-1978



Nombre de décès par 100.000 femmes par an



Source : référence 58
Voir notes



Conclusion

Allan Rosenfield et Joe Wray

Le problème de la santé de la mère et de l'enfant dans les pays en voie de développement est énorme. Malheureusement, les dimensions et la complexité de ce problème peuvent décourager. Néanmoins certains programmes de santé sont immédiatement réalisables et peuvent apporter de grands changements. Le planning familial représente un tel programme.

Les faits présentés dans cet ouvrage montrent clairement que la santé de la mère et de l'enfant est ébranlée lorsqu'il y a trop d'enfants, lorsque les naissances sont trop rapprochées, ou lorsque la mère est à un âge dangereux. De plus, la naissance d'un second enfant tout de suite après le premier peut sérieusement affecter la santé de l'aîné. Les données montrent que ces corrélations existent quel que soit le groupe culturel ou socio-économique, bien que l'effet en soit sérieusement plus grave pour les groupes qui n'ont pas accès à des soins médicaux. Comme pour tant d'autres problèmes autres problèmes, ce sont surtout les pauvres qui souffrent.

Les ministères de la santé publique des pays en voie de développement accordent une forte priorité à l'amélioration des soins médicaux donnés aux femmes enceintes et aux petits enfants. Mais les progrès sont en général lents et décevants. Grâce aux renseignements et aux services de planning familial, on améliore les résultats obtenus dans les programmes concernant la santé de la mère et de l'enfant, car on permet aux couples d'éviter les grossesses et les accouchements à hauts risques.

Tout simplement, le planning familial permet d'éviter de nombreux décès chez les femmes et les enfants. Rares sont les programmes de santé gouvernementaux qui ont un effet aussi important et aussi rapide qu'un programme de planning familial qui distribue des moyens de contraception efficaces. A la conférence de l'OMS à Alma-Ata, en 1979, qui promit "la santé pour tous en l'an 2000", il fut reconnu que le planning familial était une composante essentielle des soins de santé primaires.⁶⁵

En plus des progrès qu'il permet de réaliser dans le domaine de la santé, le planning familial permet aussi aux couples de jouir du droit fondamental de

contrôler leur fécondité—et ce droit a été confirmé lors de plusieurs conférences importantes organisées sous l'égide des Nations-Unies, y compris la Conférence mondiale sur la Population qui s'est tenue en 1974 à Bucarest, ainsi que la Conférence sur le Planning familial dans les années 80 qui s'est tenue en avril 1981 à Djakarta, et à laquelle ont participé les délégués de plus de 90 pays.^{68,66} Cette conférence a publié la "Déclaration de Djakarta" qui comprend les points suivants:

"Le planning familial est une composante essentielle de toute stratégie de développement général qui cherche à améliorer la qualité de la vie des individus et des collectivités."

"Nous pensons que... (si ces recommandations sont suivies) des millions de mères et d'enfants seront sauvés, et que dans une population mondiale stabilisée, les conditions d'existence des individus au XXIème siècle seront améliorées."

"Le planning familial est un droit fondamental de l'homme. Il faut encourager les gouvernements à reconnaître ce droit et à appliquer une politique et des programmes réalistes qui répondent aux besoins de la population."

Rares sont les programmes sociaux qui ont été appliqués d'une manière aussi générale, aussi efficace et aussi rapide que le planning familial. Depuis le début des années 60, 118 pays ont adopté une politique de planning familial, et plus de la moitié de ces pays ont donné comme raison à leur décision, leurs préoccupations dans le domaine de la santé et de droits de l'homme. La réalisation de ces programmes n'a pas été très coûteuse. Dans plusieurs cas, des projets pilotes se sont développés très rapidement à l'échelle nationale. Les taux de natalité ont commencé à baisser (dans certains cas, très nettement).³⁷

Les programmes de planning familial les plus réussis ont comme caractéristiques communes qu'ils se sont adaptés aux besoins de la collectivité locale et qu'ils ont encouragé la participation des membres de cette collectivité dans la préparation et la réalisation du programme. Par exemple, en In-

donésie, dans l'île de Bali, les "banjars" ou conseils traditionnels de villages administrent les programmes de planning familial, les combinant parfois avec d'autres programmes de développement, telles que des coopératives d'artisans. La République populaire de Chine a l'un des programmes les plus remarquables de planning familial: la décision politique relève du gouvernement central, mais les groupes de quartiers ont une autonomie considérable pour réaliser les directives gouvernementales. Dans des pays aussi différents que la Colombie, la Thaïlande, le Brésil et l'Égypte, des groupes communautaires participent activement aux programmes de planning familial, et souvent ils permettent de créer en plus des programmes centrés sur le dispensaire (financés par le gouvernement ou par le secteur privé), des services plus souples et plus à l'écoute des besoins de la population. A l'heure actuelle, il existe dans au moins 57 pays en voie de développement, des programmes de planning familial à base communautaire.⁶⁶ Ces programmes novateurs ont beaucoup contribué à rendre les contraceptifs plus accessibles dans des régions qui n'étaient pas desservies par des programmes conventionnels, centrés sur un dispensaire.

Dans la plupart de ces programmes à base communautaire, des membres de la collectivité mènent une campagne en faveur de la contraception et ils distribuent aussi les contraceptifs. De tels programmes ont commencé vers la fin des années 60 après que l'on ait soigneusement mesuré les avantages et les effets secondaires des méthodes modernes de contraception.⁶⁷ Comme le montrent les données présentées dans cet ouvrage à partir des meilleurs résultats d'enquête disponibles, le recours à la contraception (y compris la pilule) représente pour la majorité des femmes moins de risques de santé que ne le feraient une grossesse et un accouchement.

Les données tirées de l'Enquête mondiale sur la Fécondité montrent que des programmes de planning familial ont réussi d'une manière étonnante dans certains pays du Tiers-Monde.⁷³ Quand elles ont pu se procurer des contraceptifs, beaucoup de

femmes en ont utilisé. De grands progrès ont été accomplis, mais il reste encore beaucoup à faire. L'Enquête mondiale sur la Fécondité montre aussi que de grands besoins dans le domaine de la contraception n'ont pas été satisfaits.

Pour que les enfants du monde aient un avenir meilleur, les couples doivent pouvoir contrôler la taille de leur famille—ils doivent pouvoir avoir le nombre d'enfants qu'ils veulent, espacer leurs naissances et avoir des enfants quand ils le veulent. En 15 ans seulement, nous avons accompli de grands progrès dans ce sens, et avec un effort soutenu et même accru, nous atteindrons à nos objectifs. Avec les autres efforts de développement, les programmes de planning familial peuvent aider à créer une vie meilleure pour le monde entier.



Notes

La mortalité des nourrissons est la mortalité des enfants âgés de moins d'un an. La mortalité infantile est la mortalité des enfants âgés de un à quatre ans.

Tableau 2: l'intervalle est le nombre d'années entre la fin de la grossesse précédente et la naissance de l'enfant de référence. Dans la population hindoue, les castes intouchables ne sont pas comprises.

Tableau 3: l'intervalle est le nombre d'années entre la fin de la grossesse précédente et la naissance de l'enfant de référence. Les Musulmans sont chiites. Les Chrétiens sont maronites.

Tableau 4: les taux pour l'Angleterre et le Pays de Galles ne comprennent que les naissances légitimes.

Tableau 6: on a exclu les familles comptant plus de deux adultes.

Tableau 7: on a utilisé comme test d'aptitude intellectuelle les Matrices progressives Raven (modification hollandaise), où 1 est la note la plus élevée et 6 la note la plus basse. Le groupe socio-économique est déterminé en fonction de l'emploi du père de l'individu au moment de l'enquête,

Tableaux 11-13: les données correspondent aux années suivantes: Costa-Rica 1965, 1977; Colombie 1965-1966, 1977-1978; Egypte 1966, 1970-1974; Jamaïque 1964, 1976; Mexique 1967-1969, 1977-1978; Philippines 1963-1967, 1975; Sri-Lanka 1965, 1974; Thaïlande 1965-1969, 1974-1976; Tunisie 1965, 1976; Vénézuéla 1966, 1976.

Tableau 14: comprend seulement les femmes mariées, en âge de procréation et qui ne sont pas enceintes. Pour le Bangladesh, la Jamaïque, la Jordanie et la Thaïlande, table 5.2.1 de l'Enquête mondiale sur la Fécondité; pour la Colombie, la République dominicaine et le Pakistan, table 5.2.3.; Kenya, table 7.9; Lesotho, table 8.11. Pour le Pérou et la Turquie, voir les comptes-rendus. (Voir références).

Tableau 15: comprend seulement les femmes mariées, en âge de procréation et qui ne sont pas enceintes. Pour le Bangladesh et la Jordanie, les chiffres comprennent seulement les femmes qui ont au moins un enfant vivant; en Colombie et au Sri-Lanka, celles qui ont au moins deux enfants vivants; en Jamaïque et en Malaisie, celles qui ont au moins deux enfants vivants, ou un enfant et un autre en gestation. Table 4.6.2 de l'Enquête mondiale sur la Fécondité. (Voir références).

Tableaux 19 et 20: ne comprennent pas les décès causés par un avortement. Pour l'Angleterre et le Pays de Galles, toutes les naissances sont prises en considération; pour le Vénézuéla, seules les naissances vivantes sont comprises.

Tableau 22: les données correspondent aux années 1973-1977, sauf en Colombie, en Ecuador, au Salvador, au Guatemala, en Jamaïque et au Mexique, où les données concernent les années 1968-1972.

Tableau 22: comprend seulement les femmes qui ont au moins deux enfants vivants, ou un enfant vivant et un autre en gestation. Pour la République dominicaine, les femmes célibataires sont exclues; pour le Bangladesh, le Népal et le Sri-Lanka, sont exclues les femmes célibataires, les femmes qui ne sont pas en âge de procréation et les femmes enceintes. Table 4.6.2. de l'Enquête mondiale sur la Fécondité. (Voir références).

Tableaux 28 et 29: comprennent seulement les femmes mariées et en âge de procréation; pour le Costa-Rica et la République dominicaine, les femmes mariées et les femmes vivant en union libre, qui sont en âge de procréation. Table de l'Enquête mondiale sur la Fécondité 3.1.1.; Ile Fidji, table G1; Kenya, table 7.9; Lesotho, table 8.11; Pérou, voir compte-rendu. (Voir références).

Tableau 31: comprend les femmes mariées, en âge de procréation et qui ne sont pas enceintes. Les méthodes efficaces de contraceptions sont la pilule, le stérilet, la stérilisation, les piqûres, les préservatifs, le diaphragme, les crèmes, les gelées et les cachets effervescents pour la femme. Les méthodes inefficaces sont l'irrigation vaginale, l'interruption du coït, l'observation du rythme des ovulations et toutes les méthodes traditionnelles.

Tableau 31: comprend seulement les femmes mariées.

Tableau 32: comprend les femmes qui n'ont jamais été mariées.

Tableau 33: comprend seulement les femmes qui ne sont pas stériles et qui ont une vie sexuelle.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, "La santé de la mère et de l'enfant: Rapport du Directeur général," présenté à la 32ème Conférence sur la Santé mondiale, Genève, 3 avril 1979.
2. Population Reference Bureau, *1980 World Population Data Sheet*, Washington, D.C., 1980.
3. D. R. Gwatkin, "How Many Die? A Set of Demographic Estimates of the Annual Number of Infant and Child Deaths in the World," *American Journal of Public Health*, 70(12):1286-1289, décembre 1980.
4. C. D. Williams and D. B. Jelliffe, *Mother and Child Health: Delivering the Services*, Oxford University Press, Oxford, 1972.
5. A. G. Rosenfield, "Modern Medicine and the Delivery of Health Services: Lessons from the Developing World," *Man and Medicine*, 2(4):279-312, 1977.
6. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *New Trends and Approaches in the Delivery of Maternal and Child Care in Health Services: Sixth Report of the WHO Expert Committee on Maternal and Child Health*, Série des Rapports techniques de l'OMS No. 600, Genève, 1976.
7. A. R. Omran and C. C. Standley, eds., *Family Formation Patterns and Health: An International Collaborative Study in India, Iran, Lebanon, Phillipines, and Turkey*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1976.
8. Asociación Chilena de Protección de la Familia, "Actualización del Documento 'Evaluación de 10 Años de Planificación Familiar en Chile,'" inédit, 1978.
9. E. Taucher, "Measuring the Health Effect of Family Planning Programmes," communication présentée à l'International Union for the Scientific Study of Population Committee for the Analysis of Family Planning Programmes, Seminar on the Use of Surveys for the Analysis of Family Planning Programmes, Bogota, 28-31 octobre 1980.
10. L. S. Liskin, "Complications of Abortion in Developing Countries," *Population Reports*, Series F, No. 7:F105-F155, juillet 1980.
11. D. Morley, *Paediatric Priorities in the Developing World*, Butterworths, Londres, 1973.
12. J. Yerushalmy, J. M. Bierman, D. H. Kemp, A. Connor and F. E. French, "Longitudinal Studies of Pregnancy on the Island of Kauai, Territory of Hawaii. I. Analysis of Previous Reproductive History," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 71(1):80-96, janvier 1956.
13. I. Swenson, "Expected Reductions in Fetal and Infant Mortality by Prolonged Pregnancy Spacing in Rural Bangladesh," *Bangladesh Development Studies*, 5(1):1-16, 1977.
14. R. R. Puffer and C. V. Serrano, *Birthweight, Maternal Age, and Birth Order: Three Important Determinants in Infant Mortality*, Scientific Publication No. 294, Pan American Health Organization, Washington, D.C., 1975.
15. D. B. Jelliffe, *Assessment of the Nutritional Status of the Community (With Special Reference to Field Surveys in Developing Countries)*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1966.
16. S. Wishik and N. S. Lichtblau, "The Physical Development of Breast-Fed Young Children as Related to Close Birth Spacing, High Parity, and Maternal Undernutrition," Communication présentée à la réunion annuelle de l'Académie de Pédiatrie de Etats-Unis, San Francisco, octobre 1974.
17. C. D. Williams, "Child Health in the Gold Coast," *The Lancet*, 1:97-102, 8 janvier 1938.
18. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance: document préparé pour la Conférence sur l'alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge, Genève, 9-12 octobre 1979.
19. J. D. Wray and A. Aguirre, "Protein-Calorie Malnutrition in Candelaria, Colombia. I. Prevalence: Social and Demographic Causal Factors," *Journal of Tropical Pediatrics*, 15:76-98, septembre 1969.
20. S. Shapiro, E. W. Jones and P. M. Densen, "A Life Table of Pregnancy Terminations and Correlates of Fetal Loss," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 40(1):7-45, 1962.
21. K. C. Lyle, S. J. Segal, C. Chang and L. Ch'ien, "Perinatal Study in Tientsin: 1978," *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 18(4):280-289, 1980.
22. A. Faundes, B. Fanjul, G. Henriquez, G. Mora and C. Tognola, "Influencia de la Edad y de la Paridad sobre Algunos Parámetros de Morbilidad Materna y sobre la Morbimortalidad Fetal," *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 37(1):6-14, 1972.
23. A. M. Adelstein, I. M. M. Davies and J. A. C. Weatherall, *Perinatal and Infant Mortality: Social and Biological Factors 1975-77*, Studies on Medical and Population Subjects No. 41, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1980.
24. J. A. Heady, C. F. Stevens, C. Daly and J. N. Morris, "Social and Biological Factors in Infant Mortality. IV. The Independent Effects of Social Class, Region, the Mother's Age and Her Parity," *The Lancet*, 1:499-503, 5 mars 1955.

25. S. Selvin and J. Garfinkel, "The Relationship between Parental Age and Birth Order with the Percentage of Low Birth-Weight Infants," *Human Biology*, 44(3):501-510, septembre 1972.
26. R. Chakraborty, M. Roy and S. R. Das, "Proportion of Low Birth Weight Infants in an Indian Population and its Relationship with Maternal Age and Parity," *Human Heredity*, 25:73-79, 1975.
27. K. V. Rao and C. Gopalan, "Nutrition and Family Size," *Journal of Nutrition and Dietetics*, 6:258-266, 1969.
28. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Health Aspects of Family Planning: Report of a WHO Scientific Group*, Série des Rapports techniques de l'OMS No. 442, Genève, 1970.
29. J. D. Wray, *Population Pressure on Families: Family Size and Child Spacing*, Reports on Population/Family Planning No. 9, The Population Council, New York, août 1971.
30. L. Belmont and F. A. Marolla, "Birth Order, Family Size, and Intelligence," *Science*, 182(4117):1096-1101, 14 décembre 1973.
31. D. Nortman, *Parental Age as a Factor in Pregnancy Outcomes*, Reports on Population/Family Planning No. 16, The Population Council, New York, 1974.
32. J. B. Wyon and J. E. Gordon, "A Long-Term Prospective-Type Field Study of Population Dynamics in the Punjab, India," in C. V. Kiser, ed. *Research in Family Planning*, Princeton University Press, Princeton, N.J., 1962, pp. 17-32.
33. Alan Guttmacher Institute, *Teenage Pregnancy: The Problem That Hasn't Gone Away*, New York, 1981.
34. S. Shapiro, M. C. McCormick, B. H. Starfield, J. P. Krischer and D. Bross, "Relevance of Correlates of Infant Deaths for Significant Morbidity at 1 Year of Age," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 136(3):363-373, 1 février 1980.
35. S. Taffel, *Congenital Anomalies and Birth Injuries among Live Births: United States, 1973-74*, Data from the National Vital Statistics System Series 21, No. 31, National Center for Health Statistics, DHEW, Hyattsville, Md., novembre 1978.
36. S. Hay and H. Barbano, "Independent Effects of Maternal Age and Birth Order on the Incidence of Selected Congenital Malformations," *Teratology*, 6:271-280, 1972.
37. Population Reference Bureau, *World Fertility: A Chart of Age-Specific Fertility Rates for 120 Countries*, Washington, D.C., janvier 1981.
38. Ministry of Health and Population Control, Population Control and Family Planning Division, Government of the People's Republic of Bangladesh, *Bangladesh Fertility Survey, 1975-1976, First Report*, Dacca, 1978.
39. Corporación Centro Regional de Población, República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, República de Colombia and Instituto Internacional de Estadística, *Encuesta Nacional de Fecundidad, Colombia, 1976, Resultados Generales*, Bogota, 1977.
40. Consejo Nacional de Población y Familia, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, *Encuesta Nacional de Fecundidad, Informe General*, Saint-Domingue, 1976.
41. Department of Statistics, Jamaica, *Jamaica Fertility Survey, 1975/76, Country Report, Volume II*, Kingston, 1979.
42. Department of Statistics, Hashemite Kingdom of Jordan, *Jordan Fertility Survey, 1976, Principal Report, Volume II*, Amman, 1979.
43. Population Planning Council, Pakistan, *Pakistan Fertility Survey, First Report*, Lahore, 1976.
44. International Statistical Institute, World Fertility Survey, *The Peru Fertility Survey, 1977: A Summary of Findings*, Londres, avril 1980.
45. Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Population Survey Division, National Statistical Office, Thailand, *The Survey of Fertility in Thailand, Country Report, Volume II*, Bangkok, 1977.
46. International Statistical Institute, World Fertility Survey, *The Turkish Fertility Survey, 1978: A Summary of Findings*, Londres, juillet 1980.
47. Department of Statistics, Malaysia and National Family Planning Board, Malaysia, *Malaysian Fertility and Family Survey, 1974, First Country Report*, Kuala Lumpur, 1977.
48. Department of Census and Statistics, Ministry of Plan Implementation, Sri Lanka, *World Fertility Survey, Sri Lanka, 1975, First Report*, Colombo, 1978.
49. Central Bureau of Statistics, Ministry of Economic Planning and Development, *Kenya Fertility Survey 1977-1978, First Report, Volume I*, Nairobi, 1980.
50. D. Sosa Jara, *Interrelación entre la Fecundidad y la Mortalidad Infantil en Costa Rica. 1960-1977*, Comité Nacional de Población, Unidad de Planificación y Evaluación, San José, décembre 1979.

51. N. H. Wright, "Family Planning and Infant Mortality Rate Decline in the United States," *American Journal of Epidemiology*, 101(3):182-187, 1975.
52. C. Tietze, "Maternal Mortality Excluding Abortion Mortality," *World Health Statistics Report*, 30:312-288, 1979.
53. Statistical Office, Department of International Economic and Social Affairs. United Nations, *Demographic Yearbook, 1978*, New York, 1979.
54. L. C. Chen, M. C. Gesche, S. Ahmed, A. I. Chowdhury and W. H. Mosley, "Maternal Mortality in Rural Bangladesh," *Studies in Family Planning*, 5(11):334-341, novembre 1979.
55. J. P. Grant, *The State of the World's Children, 1980*, UNICEF, New York, 1980.
56. J. Tomkinson, A. Turnbull, G. Robson, E. Cloake, A. M. Adelstein and J. Weatherall, *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales, 1973-1975*, Department of Health and Social Security, Report on Health and Social Subjects 14, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1979.
57. T. Agoestina et al., "Maternity Care Monitoring—Where Next?" in *Joint Inter Governmental Coordinating Committee (IGCC)/International Fertility Research Program (IFRP) East and Southeast Asia Seminar on Regional Fertility Research, Bangkok, Thailand, 18-20 July 1979: Report*, IGCC, Kuala Lumpur pp. 145-153.
58. C. Tietze, *Induced Abortion: a World Review, 1981*, 4th ed., The Population Council, New York, 1981.
59. L. S. Liskin, "Complications of Abortion in Developing Countries," *Population Reports*, Series F, No. 7:F105-F155, juillet 1980.
60. R. W. Rochat, D. Kramer, P. Senanayake and C. Howell, "Induced Abortion and Health Problems in Developing Countries," *The Lancet* 2(8192):484, 30 août 1980.
61. I. Brown, "Maternal Mortality: A Survey of Deaths Occurring during 1976," *Central African Journal of Medicine*, 24:212, 1978.
62. S. Tezcan, C. E. Carpenter-Yaman and N. H. Fisek, *Abortion in Turkey*, Publication No. 14, Université Hacettepe, Ankara, 1980.
63. T. Narkavonnakit, "Abortion in Rural Thailand: A Survey of Practitioners," *Studies in Family Planning*, 10(8/9):223-229, août-septembre 1979.
64. "Cost of Illegality," *People*, 3(3):28, 1976.
65. W. Cates, Jr., R. W. Rochat, D. A. Grimes and C. W. Tyler, Jr., "Legalized Abortion: Effect on National Trends of Maternal and Abortion-Related Mortality (1940 through 1976)," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 132(2):211-214, 15 septembre 1978.
66. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Induced Abortion: Report of a WHO Scientific Group*, Série des Rapports techniques de l'OMS No. 623, Genève, 1978.
67. International Planned Parenthood Federation, *IPPF Survey of Unmet Needs in Family Planning 1971-1976*, Londres, 1977.
68. Department of Economic and Social Affairs, United Nations, *The Population Debate: Dimensions and Perspectives, Papers of the World Population Council, Bucharest, 1974, Volume 1*, Population Studies No. 57, New York, 1975.
69. Central Office, Nepal Family Planning and Maternal and Child Health Project, Health Ministry, His Majesty's Government, Nepal, *Nepal Fertility Survey, 1976, First Report*, Katmandou, 1977.
70. Dirección General de Estadística y Censos, Costa Rica, *Encuesta Nacional de Fecundidad, 1976*, Costa Rica, San José, 1978.
71. Bureau of Statistics, Fiji, *Fiji Fertility Survey, 1974, Principal Report*, Suva, 1976.
72. Secretaría de Programación y Presupuesto, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Dirección General de Estadística, Mexico, *Encuesta Mexicana de Fecundidad, Primer Informe Nacional, Volumen II*, Mexique, 1979.
73. M. Kendall, "The World Fertility Survey: Current Status and Findings," *Population Reports*, Series M, No. 3:M73-M104, juillet 1979.
74. J. W. Brackett, "The Role of Family Planning Availability and Accessibility in Family Planning Use in Developing Countries," présenté à la World Fertility Survey Conference, Londres, 7-11 juillet 1980.
75. G. Rodríguez, "Family Planning Availability and Contraceptive Practice," *Family Planning Perspectives*, 11(1):51-56, 58-63, 67-70, janvier-février 1979.
76. H. W. Ory, A. Rosenfield and L. C. Landman, "The Pill at 20: a Reassessment," *Family Planning Perspectives* 12(6): 278-283, novembre-décembre 1980.
77. L. Weström, "Incidence, Prevalence, and Trends of Acute Pelvic Inflammatory Disease and Its Consequences in Industrialized Countries," Communication présentée à la

- conférence internationale sur les maladies inflammatoires du pelvis, Atlanta, 1-3 avril 1980.
78. J. E. Davis and N. J. Alexander, "Benefits, Risks, and Controversies Regarding Vasectomy," in J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni and J. J. Speidel, eds., *Risks, Benefits, and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, pp. 56-67.
79. M. F. McCann, "Laparoscopy versus Minilaparotomy," in J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni and J. J. Speidel, eds., *Risks, Benefits, and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, pp. 68-80.
80. M. Potts, J. J. Speidel and E. Kessel, "Relative Risks of Various Means of Fertility Control When Used in Less-Developed Countries," in J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni and J. J. Speidel, eds. *Risks, Benefits, and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, pp. 28-51.
81. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Organisation mondiale de la Santé, septième rapport annuel, Genève, novembre 1978.
82. O. A. Ojo, "The Effects of Oral Contraceptives on the Health of Nigerian Women," in J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni and J. J. Speidel, eds. *Risks, Benefits, and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, pp. 560-566.
83. S. C. Huber, A. R. Khan, J. Chakraborty, et al., "Oral Contraceptives and Family Health in Rural Bangladesh," *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 18(4): 268-274, 1980.
84. J. R. Heiby, "The Association of Oral Contraceptives and Myocardial Infarction in Less-Developed Countries," in J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni and J. J. Speidel, eds. *Risks, Benefits, and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, pp. 162-170.
85. Les soins de santé primaires: compte-rendu de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1978.
86. "Déclaration de Djakarta" proclamée par la Conférence internationale sur le Planning familial dans les années 80, Djakarta, Indonésie, 26-30 avril 1981, *Popline* 3(5):1, mai 1981.
87. A. Rosenfield, D. Maine et M. E. Gorosh, "Nonclinical Distribution of the Pill in the Developing World," *International Family Planning Perspectives*, 6(4):130-136, décembre 1980.
88. Central Bureau of Statistics, Ministry of Plan Implementation, Lesotho, *World Fertility Survey, Lesotho Fertility Survey, 1977, First Report, Volume I*, Maseru, 1981.

Remerciements

Un grand nombre de personnes nous ont généreusement aidés à préparer cette brochure. Lynn Landman et Richard Lincoln de l'Institut Alan Guttmacher ont lu plusieurs versions du manuscrit et nous ont donné d'excellents conseils de rédaction. Le manuscrit a été revu et commenté par Martin Gorosh, Stephen Isaacs, Judith Jones, Donald Lauro, Susan Philliber, Allan Rosenfield, John Ross, William van Wie, Walter Watson et Joe Wray du Centre pour la Population et la Santé familiale de l'Université de Columbia. Nous tenons aussi à remercier Claude Aguilhaume, William Bair, Duff Gillespie, Elizabeth Maguire, James Shelton et Samuel Taylor de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, ainsi que John Benditt et Joy Dryfos de l'Institut Alan Guttmacher, Anibal Faundes et Dorothy Nortman du Conseil de la Population, Ronald Gray de l'Université Johns Hopkins, David Morley de l'Institut pour la Santé de l'Enfant à l'Université de Londres, et Peter Donaldson du Programme international de Recherche sur la Fécondité. Nous sommes aussi très reconnaissants envers Christopher Tietze du Conseil de la Population et envers le personnel de la bibliothèque de notre centre, en particulier Judith Wilkinson qui a réussi à nous procurer de précieux documents.

Traduction et révision
Marie-Hélène Agüeros

Mise en page et maquette
Rudolph de Harak & Associates, Inc.

Impression
Lincoln Graphic Arts, Inc.

Photographie
P. 2: K. Heyman
P. 4: K. Heyman
P. 8: K. Heyman
P. 18: Nations-Unies, Photo Researchers
P. 21: J. Laure, Woodfin Camp & Associates
P. 22: K. Heyman
P. 24: B.P. Wolff, Photo Researchers
P. 27: J. Laure, Nations-Unies
P. 35: M. Gorosh
P. 38: J. Wray
P. 48: M. Beebe, Photo Researchers
P. 50: K. Heyman