

CHAPITRE 10

PLANIFICATION FAMILIALE A ABIDJAN : CONTRACEPTION ET/OU AVORTEMENT ?

Une étude auprès des consultantes de quatre formations sanitaires urbaines

Agnes Guillaume*
Annabel Desgrees du Loû**

INTRODUCTION

L'avortement est une méthode ancienne de régulation de la fécondité et qui a toujours fait l'objet d'importants débats (McLaren, 1990). Telle que dans certaines sociétés ou même parfois imposée pour limiter le nombre de naissances, réprimée dans d'autres, sa pratique suscite bien des controverses pour des raisons éthiques, morales ou religieuses.

À la conférence du Caire en 1994, tout comme à celle de Beijing en 1995, cette question de l'avortement a fait l'objet de nombreux débats par les gouvernements confrontés au problème de santé publique que représente cette pratique. Les avortements sont « *une cause majeure de morbidité et*

*CEPED/IRD UR 091 « Santé de la Reproduction Fécondité et Développement »

**ENSEA/IRD UR 091

Cette analyse a été produite dans le cadre d'un programme soutenu par l'AUF à travers l'action de recherche partagée sur Santé de la reproduction, transition de la fécondité et politique de population en Côte d'Ivoire.

mortalité maternelle » (IPPF, 1994). Ainsi dans les pays en développement (à l'exception de la Chine) 330 décès se produisent pour 100 000 avortements et alors que ce taux est de 680 pour 100 000 avortements en Afrique (The Alan Guttmacher Institute, 1999). L'avortement est lourd de conséquences sur la santé des femmes : perforation de l'utérus, lésions génitales, infections, douleurs, hémorragies sont des complications fréquemment rencontrées et qui se traduisent parfois par des hystérectomies et des stérilités (IPPF, 1994 ; Zabin et Kiragu 1998). Ainsi au Nigeria, 40 % des femmes ont eu des complications à la suite d'avortements provoqués et 60 % des ces dernières n'ont pas reçu pas de traitement (The Alan Guttmacher Institute, 1999). L'avortement représente également une charge importante pour les systèmes de santé puisqu'en Égypte, environ un cinquième des admissions en gynécologie et obstétrique (19 %) sont dues à des complications d'avortements (Huntington, 1997).

Les risques associés à ces interruptions de grossesses s'expliquent par la pratique souvent clandestine des avortements : en Afrique 99 % des avortements se font dans l'illégalité totale (The Alan Guttmacher Institute, 1999). L'avortement est en effet illégal dans la majorité des pays africains puisque seul le Cap Vert, la Tunisie et l'Afrique du Sud l'autorisent sans restriction. D'autres pays émettent des restrictions quant à sa pratique (raisons de santé, économiques, durée de gestation, autorisation maritale ou parentale...) et bien souvent l'accès aux services habilités pour faire ces avortements reste difficile (insuffisance du nombre de centre, manque de personnel qualifié...).

Ce caractère illégal de l'avortement en Afrique explique la rareté des données disponibles sur ce sujet. Il s'agit essentiellement de données hospitalières relatives à des admissions pour complications d'avortement, de quelques rares enquêtes ponctuelles et de statistiques sanitaires dans les pays où l'avortement est légal. Il n'y a donc pas de vision d'ensemble de cette pratique dans la population pour beaucoup de pays (Bledsoe et Cohen, 1993), en particulier en Afrique sub-saharienne.

Cependant même si le recours à l'avortement reste pour les raisons précédentes, un phénomène mal connu dans les pays en développement, les quelques données disponibles sur ce sujet montrent qu'il s'agit d'une pratique courante. Les ratios d'avortements (nombre d'avortements pour 100 grossesses) sont estimés en 1995 à 41 pour 100 grossesses pour les pays développés, à 23 pour 100 grossesses dans les pays en développement et 15 pour 100 en Afrique (The Alan Guttmacher Institute, 1999). Ce problème de

l'avortement se pose avec une acuité particulière chez les adolescentes pour qui l'accès à la planification familiale est souvent difficile. Interrompre une grossesse est ainsi pour elles le moyen le plus accessible pour retarder leur entrée en vie féconde, condition parfois nécessaire pour pouvoir poursuivre leurs études. Ainsi au Cameroun, on a estimé à 18 % la proportion de grossesses terminées par un avortement chez les adolescentes (Bledsoe et Cohen, 1993). Au Nigeria, une enquête menée auprès de jeunes de 14 à 25 ans révèle que près de la moitié des jeunes femmes étudiantes et deux tiers de celles non scolarisées ont été enceintes et presque toutes ont interrompu cette grossesse par un avortement provoqué (Nichols et *al.*, 1986). Leur situation économique et familiale, mais aussi leur manque de prise de conscience du risque d'exposition à une grossesse les amènent à un recours fréquent à l'avortement.

Lors des recommandations émises à la conférence du Caire, dans les directives pour améliorer ces droits et santé en matière de reproduction, il est stipulé que « *les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale et, dans tous les cas, veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils* » (Nations Unies, 1994). La question qui se pose donc est de savoir si l'avortement est effectivement utilisé comme méthode de planification familiale, s'il intervient en cas d'absence de contraception ou suite à un échec d'une méthode. En effet, le recours à l'avortement peut s'expliquer par un manque d'accès aux services de planification familiale couplé à un désir de contrôler sa fécondité. Dans 24 pays d'Afrique sub-saharienne, le besoin non satisfait en planification familiale varie de 14,8 % au Zimbabwe à 40,2 % au Togo (Ross et *al.*, 1999) : ce besoin est exprimé principalement pour espacer les naissances mais aussi pour limiter la fécondité.

En Côte d'Ivoire, la fécondité a connu une baisse assez importante de 2 enfants par femme en moins de 20 ans : l'indice synthétique de fécondité est passé de 7,2 enfants par femmes à l'enquête ivoirienne de fécondité (EIF) de 1980-81 à 5,2 enfants en 1998-99 à l'Enquête démographique et de santé (Ministère de la planification et de la programmation du développement et *al.*, 1999). La pratique contraceptive a augmenté mais reste malgré tout faible puisque, selon les résultats des EDS, seulement 6 % des femmes en 1994 (Koffi, 1995) et 10 % en 1998-99 utilisaient une méthode moderne de contraception. L'accès à la planification

familiale est encore assez limité dans ce pays où une politique de population avec des objectifs affichés de maîtrise de la fécondité n'a été adopté qu'en 1997. La question du rôle que l'avortement peut également jouer dans cette diminution de la fécondité se pose.

Quelques études sur la santé de la reproduction et la planification familiale menées dans différentes régions de Côte d'Ivoire, ont permis de mesurer le recours à l'avortement. Cette pratique est importante, d'une intensité très variable selon les zones, beaucoup plus élevée en zone urbaine que rurale : la proportion de femmes ayant eu au moins une fois recours à l'avortement est de 30,5 % chez des femmes interrogées lors de consultations prénatales à Abidjan (Desgrées du Loû et *al.*, 1999), les résultats d'une enquête menée auprès d'une population de « Corps Habillés » à Abidjan et Bouaké situent à 32 % cette proportion, à mais elles oscillent entre 6,5 % et 7,8 % respectivement dans les zones du Centre Nord et de Niakaramandougou et atteignent 10 % dans la région de Tanda et 16 % dans celle d'Aboisso (Guillaume et *al.*, 1999). A travers ces enquêtes, il semble que le recours à l'avortement en ville soit un phénomène en rapide augmentation depuis quelques années.

La législation relative à l'avortement en Côte d'Ivoire est très restrictive. Il n'y pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par la sauvegarde de la santé de la mère gravement menacée. Il faut alors l'avis de deux médecins en plus de celui du médecin traitant. (Article 367 du Code Pénal Ivoirien). Dans ce contexte, les données relatives à l'avortement sont limitées. Elles émanent essentiellement des statistiques hospitalières où elles apparaissent au titre des complications d'avortements ou dans certains cas de causes de mortalité maternelle : ces données reflètent donc uniquement les conséquences préjudiciables à la santé de la mère. Ainsi une étude menée dans les trois CHU d'Abidjan entre 1989 et 1992 révèle que 70 % des décès maternels ont pour cause des complications d'avortements faits dans de mauvaises conditions (Barrère et Barrère, 1995 ; Thonneau et *al.*, 1996). Une autre enquête menée auprès d'environ 500 femmes admises dans un CHU d'Abidjan pour des complications du premier trimestre de la grossesse montre que 8 % de ces admissions sont dues à des avortements ainsi que 3,6 % des décès (Goyaux et *al.*, 1999).

Pour mieux comprendre les relations entre la baisse de la fécondité, la pratique contraceptive et le recours à l'avortement, nous avons réalisé une enquête spécifique en 1998 auprès de consultants dans des

centres de santé. Nous avons analysé les pratiques contraceptives des femmes, en liaison avec l'offre de planification familiale, ainsi que leur recours à l'avortement afin de comprendre comment l'avortement est susceptible d'intervenir comme mode de régulation de fécondité et s'il intervient en complément et ou en remplacement de la contraception pour pallier une offre insuffisante.

Méthodologie de l'enquête et profil de la population enquêtée

L'étude présentée ici se base sur une enquête quantitative menée en 1998 auprès de consultant·es dans quatre centres de santé de la ville d'Abidjan : 2400 femmes de 15 à 49 ans, venues en consultation quel qu'en soit le motif (santé de la femme, de l'homme ou d'un enfant, suivi prénatal ou post-natal, pesée, vaccination, accouchement...) et choisies aléatoirement ont été interrogées.

L'enquête a été réalisée par un questionnaire fermé comprenant différents modules : un module d'identification, un module comprenant une histoire complète des maternités (naissances vivantes, fausses couches, avortements, mort-nés), un consacré aux connaissances et pratiques de la contraception et un module approfondi sur l'avortement (connaissance et pratique, raisons, utilisation de la contraception antérieure et postérieure à cet avortement, perception...). Quelques entretiens ont été également menés auprès de femmes et des personnels de santé de ces structures.

La population enquêtée est composée essentiellement de femmes jeunes (52 % de moins de 25 ans) et de faible niveau d'instruction : plus d'un tiers des femmes n'ont pas été scolarisées (39 %) et environ un tiers (32 %) ont atteint seulement le niveau primaire. Ces femmes exercent essentiellement leurs activités dans le secteur primaire, le commerce (47 %) ou l'artisanat (12,3 %) et 27 % sont ménagères. Plus de deux tiers des femmes (69 %) sont en union au moment de l'enquête. Elles sont en majorité de religion catholique (41 %) ou musulmane (35 %).

Le profil des femmes interrogées est différent selon les lieux d'enquête révélant la structure sociale de ces quartiers. Le quartier de Toit Rouge est peuplé d'une population de catégorie moyenne, essentiellement des fonctionnaires, des salariés du secteur privé et des agents de maîtrise. Les femmes qui fréquentent le centre de ce quartier sont globalement plus

âgées, d'un niveau d'éducation plus élevé, beaucoup de femmes sont encore élèves ou sont engagées dans le secteur tertiaire. Le quartier de Sagbe présente une structure différente car est peuplé essentiellement d'artisans (surtout des mécaniciens, forgerons...), de commerçants et d'ouvriers peu qualifiés : les femmes qui consultent le centre de santé de ce quartier sont de femmes peu scolarisées, plutôt de religion musulmane, surtout ménagères ou commerçantes et majoritairement en union. Le quartier de Ouassakara présente quelques similitudes avec celui de Sagbe puisque l'activité dominante est le commerce, la structure de la population est assez proche de celle de Sagbe avec plus de salariés du secteur privé. Enfin le centre d'Abobo Avocatier est dans une situation intermédiaire : la population est jeune, assez instruite et exerce des activités plus variées, elle est composée de salariés du secteur privé, d'artisans et de petits fonctionnaires. Les profils variés de ces femmes vont amener des comportements différentiels en matière de régulation de la fécondité. Comment se traduisent-ils au niveau de la pratique contraceptive des femmes ?

L'ACCES A LA PLANIFICATION FAMILIALE : QUEL CHEMIN RESTE A PARCOURIR ?

La Côte d'Ivoire s'est engagée tardivement dans une politique de maîtrise de la fécondité puisque la politique de population qui affiche des objectifs de réduction du niveau de fécondité et d'accroissement de la prévalence contraceptive n'a été adoptée qu'en 1997 (Ministère délégué auprès du Premier Ministre, 1997). Avant cette date l'Association Ivoirienne de Bien Être Familial assurait quelques prestations de planification familiale à travers ces cliniques implantées dans différentes villes de Côte d'Ivoire.

Selon les résultats de l'enquête démographique et de santé de 1998-99, la prévalence contraceptive actuelle, chez les femmes en union, pour la ville d'Abidjan est de 27,1 % pour l'ensemble des méthodes et de 11,6 % pour les méthodes modernes (Ministère de la planification et de la programmation du développement *et al.* 1999). Cette prévalence a légèrement augmenté puisqu'elle n'était que de 9,6 % pour les méthodes modernes en 1994 lors de la précédente enquête démographique et de santé

(Koffi, 1995). Quels sont les comportements des femmes interrogées ? Quelles connaissances ont-elles de la contraception ?

Une connaissance généralisée de la contraception mais une utilisation encore modérée

Le niveau de connaissance de la contraception pour l'ensemble des méthodes est très élevé puisque 96,4 % des femmes enquêtées déclarent connaître au moins une méthode de contraception⁸⁶. Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes, ce niveau de connaissance égale ou dépasse les 93 % (tableau 10.1). Les femmes connaissent (ou citent) davantage les méthodes modernes que les méthodes naturelles : 94,5 % des femmes déclarent connaître au moins une méthode moderne et seulement 54,5 % une méthode naturelle.

Tableau 10.1 : Connaissance et pratique de la contraception (%)
(N = 2400)

	Méthode quelconque	Méthode naturelle	Méthode moderne
Connaissance	96,4	54,5	94,6
Utilisation passée	64,4	35,5	42,9
Utilisation actuelle	28,1	16,8	11,6

Parmi les méthodes connues, ou citées, vient en premier lieu la pilule (89 %), puis le préservatif masculin (56,7 %), le DIU (28,5 %), et enfin l'injection mentionnée par 5,5 % des femmes. Le niveau de connaissance des autres méthodes (Norplant, préservatifs féminins, spermicides...) n'excède pas 5 % : les implants et le préservatif féminin sont peu diffusés en Côte d'Ivoire. Les campagnes de sensibilisation pour l'utilisation des préservatifs, particulièrement dans le cadre des campagnes de prévention du sida, et celles pour les pilules Confiance⁸⁷ expliquent certainement en grande partie les bons niveaux de connaissances de ces méthodes.

⁸⁶ Les méthodes quelconques regroupent à la fois les méthodes modernes (la pilule, l'injection, le stérilet, le préservatif masculin comme féminin, le Norplant, les spermicides...), naturelles (méthode Ogino ou méthode des cycles, le retrait et l'abstinence), mais aussi les méthodes populaires (telles l'indigénat et les gris-gris). L'utilisation des méthodes populaires reste marginale.

⁸⁷ Pilules à 150 FCFA la plaquette promues dans le cadre de l'AIBEF.

Malgré cette connaissance généralisée des méthodes contraceptives, la pratique contraceptive reste faible surtout pour les méthodes modernes : seulement 28 % des femmes interrogées utilisent actuellement une méthode de contraception, 17 % utilisent une méthode naturelle et 12 % une méthode moderne (tableau 10.1).

Tableau 10.2 : Régression logistique de la connaissance, de l'utilisation de la contraception et de la pratique de l'avortement selon les caractéristiques des femmes (N = 2400)

Caractéristiques socio-démographiques	Connaissance				Utilisation actuelle				Au moins 1 avortement	
	Méthode quelconque		Méthode moderne		Méthode quelconque		Méthode moderne		Odds ratio	P
	Odds ratio	P	Odds ratio	P	Odds ratio	P	Odds ratio	P		
Âge										
- < 25	2,15	0,12	3,21	0,00	0,92	0,69	0,85	0,58	13,31	0,00
- 25-34	4,88	0,00	4,14	0,00	0,97	0,86	0,96	0,88	8,33	0,00
- 35 + ^{ref}										
Niveau d'instruction										
- non scolarisée	0,00	0,39	0,00	0,37	0,40	0,00	0,38	0,00	0,34	0,00
- primaire	0,00	0,45	0,00	0,43	0,69	0,00	0,65	0,01	0,49	0,00
- secondaire et supérieur ^{ref}										
Religion										
- Chrétien ^{ref}										
- Musulman	0,39	0,01	0,52	0,02	0,81	0,09	0,95	0,77	0,31	0,00
- autre	0,48	0,06	0,53	0,03	0,71	0,01	0,74	0,08	0,98	0,88
Occupation										
- commerce	0,44	0,18	0,47	0,12	0,90	0,50	0,75	0,17	0,64	0,01
- élève	0,33	0,39	0,41	0,45	1,09	0,71	1,13	0,65	0,44	0,00
- secteur tertiaire	0,35	0,22	0,43	0,21	0,95	0,82	0,84	0,52	1,18	0,47
- ménagère	0,33	0,08	0,30	0,01	0,90	0,53	0,72	0,13	0,60	0,00
- artisan ^{ref}										
État matrimonial										
- Non en union	1,92	0,04	1,84	0,2	2,20	0,00	1,66	0,00	2,36	0,00
- en union ^{ref}										
Nombre total de grossesses	1,27	0,00	1,23	0,00	1,05	0,06	0,99	0,78	1,75	0,00
Utilisation passée de la contraception										
- non ^{ref}										
- oui									3,33	0,00

La prévalence contraceptive, tout comme la connaissance des méthodes diffère selon les caractéristiques des femmes, particulièrement selon leur niveau d'instruction et leur état matrimonial (tableau 10.2). Cette prévalence est plus élevée chez les femmes instruites que celles sans

instruction et la probabilité d'utiliser la contraception moderne est presque deux fois plus élevée chez les femmes de niveau d'instruction primaire comparativement aux non scolarisées. Cette prévalence est également deux fois plus élevée chez les femmes non en union que chez celles en union. Ces tendances confirment celles observées lors de l'enquête démographique et de santé de 1994.

La plupart des femmes qui n'utilisent pas la contraception au moment de l'enquête ont ce comportement car elles ne s'estiment pas exposées au risque de grossesse, il s'agit surtout de femmes enceintes ou allaitantes (72 %). Les femmes qui s'estiment exposées à une grossesse et n'utilisent pas la contraception (29 %) justifient ce choix car elles déclarent « vouloir avoir des enfants » ou car elles ont des problèmes pour être enceintes (12 %) : il s'agit de femmes engagées dans une stratégie de constitution de leur descendance. Le manque d'information sur les méthodes est également mentionné par les femmes comme raison de ne pas utiliser la contraception (16 %), ainsi qu'une mauvaise expérience avec ces méthodes (9 %) ou une crainte des effets secondaires (4 %).

Ces raisons de non utilisation de la contraception révèlent un besoin d'information de qualité sur ces méthodes contraceptives et posent ainsi la question de l'offre réelle en planification familiale dans ces centres de santé.

Planification familiale : quelle offre pour quelle demande ?

Une offre limitée...

Le contexte politique et sanitaire de la Côte d'Ivoire n'a pas favorisé les activités de planification familiale, circonscrites pendant longtemps aux centres de l'AIBEF.

Dans les quatre centres de santé étudiés, les activités de planification familiale étaient très limitées car l'ensemble du personnel n'avait pas reçu de formation spécialisée dans ce domaine. Dans les centres où le personnel n'a pas reçu de formation, les activités sont centrées sur les conseils sur l'espacement des naissances et les femmes sont orientées vers les centres de l'AIBEF. Par contre dans les autres structures, les sages-femmes prescrivent essentiellement la pilule, les méthodes injectables et les préservatifs.

...mais une demande croissante

Malgré cette offre limitée, les personnels de ces centres de santé ont souligné une demande réelle des femmes, en particulier des jeunes femmes pour la planification familiale. Les entretiens menés avec les sages-femmes montrent que la demande correspond aussi bien à un besoin d'espacement des naissances qu'à une contraception d'arrêt. Les sages femmes souhaitent aussi par le biais de la planification familiale limiter le recours à l'avortement et les complications qui en découlent (fausses couches, mort-nés, infections....) suite à des manœuvres qui ont échoué. Le problème de la contraception en période post-partum est également souvent mentionné : le conseil étant souvent donné aux femmes d'attendre leur retour de couches avant d'adopter une méthode contraceptive : certaines naissances trop rapprochées ou suivies par un avortement sont dues à cette absence d'utilisation de la contraception.

Les femmes interrogées ont manifesté ce désir d'espacement des naissances puisque parmi celles qui désirent d'autres enfants 85 % veulent attendre encore deux ans au moins avant de commencer une nouvelle grossesse, et les deux tiers expriment l'intention d'utiliser un moyen de contraception pour espacer ces naissances. La demande de contraception est réelle et parfois non satisfaite à cause des lacunes de l'offre ou d'un manque d'information sur le fonctionnement de ces méthodes ou les lieux d'approvisionnement.

Les réseaux informels : une source d'information ou d'approvisionnement en contraceptifs ?

De nombreux auteurs (Nichols et *al.*, 1986 ; Watkins, 1991 ; Ngom, 2000), ont souligné le rôle des réseaux informels dans la diffusion des informations relatives à la contraception. Ces réseaux représentent l'entourage des femmes c'est-à-dire leur conjoint, les parents, les amis... (à l'exception des informations reçues auprès du personnel médical). Ils permettent d'avoir des informations sur les centres de planification familiale à fréquenter, les méthodes à choisir, de confronter les expériences des femmes qui ont déjà utilisé des méthodes de contraception. Ainsi au Sénégal une étude a montré que « la majorité (79 %) des femmes ont mentionné l'entourage comme étant la première source d'information sur la contraception » (Ngom, 2000).

Près de la moitié ont obtenu leurs informations sur la contraception à travers ces réseaux informels puisque 49 % déclarent que les parents et amis leurs ont donné des informations sur les méthodes modernes (tableau 10.3) alors que dans seulement 44 % des cas ces informations proviennent personnel médical et de l'Association de Bien-Être Familial (AIBEF).

Les médias (radio, télévision et presse) ainsi que l'école ont également un rôle non négligeable d'information sur la planification familiale.

L'approvisionnement en produits contraceptifs ne se fait pas uniquement à travers les centres de prestations en planification familiale, dans près d'un tiers des cas (32,0 %) les femmes s'approvisionnent dans les pharmacies privées : ainsi, si elles obtiennent leur première prescription par ces centres souvent elles renouvellent leur prescription en se rendant directement dans les pharmacies (tableau 10.3). Le réseau informel intervient aussi dans l'approvisionnement en produits contraceptifs (12,9 %), mais il s'agit seulement de préservatifs.

Tableau 10.3 : Sources d'information et d'approvisionnement en méthodes modernes de contraception

	Information	Approvisionnement
AIBEF	14,9	30,6
Personnel de santé	29,1	13,7
Pharmacie		32,0
Média	17,8	
Parent, ami	49,0	12,9
École	15,6	4,7
Autre	1,4	6,5
les pourcentages sont différents de 100 car plusieurs réponses sont possibles		

Les réseaux informels jouent un rôle important dans la diffusion des informations sur la planification familiale. Il convient de s'interroger sur la fiabilité de l'information qu'ils peuvent véhiculer mais aussi sur les phénomènes de résistance à la planification familiale qu'ils peuvent parfois engendrer (Ngom, 2000) : les femmes ne connaissent parfois que l'existence des méthodes sans en comprendre les mécanismes de fonctionnement réel.

Ces données soulignent l'insuffisance de l'offre de planification familiale en terme d'accès aux méthodes mais aussi d'information approfondies sur le fonctionnement des différents contraceptifs et leurs

possibles effets secondaires. Ces insuffisances ont-elles une influence sur le recours à l'avortement ; l'offre au niveau de ces interruptions de grossesse est-elle plus accessible ?

LE RECOURS A L'AVORTEMENT PROVOQUE

En Côte d'Ivoire, bien que le recours à l'avortement provoqué pour interrompre une grossesse soit une pratique illégale, sauf en cas de danger pour la santé de la mère, elle est répandue particulièrement dans la ville d'Abidjan et il semblerait qu'elle intervienne comme méthode de contrôle de la fécondité (Desgrées du Loû, et *al.*, 1999).

Une pratique fréquente et variable selon les femmes

Un tiers des femmes interrogées (33,5 %) déclarent avoir avorté au moins une fois au cours de leur vie féconde et 39 % des femmes qui ont eu au moins une grossesse.

L'intensité de cette pratique est donc élevée et certaines femmes pratiquent des avortements « à répétition ». Si environ une femme sur cinq (21 %) a eu seulement un avortement au cours de sa vie féconde, 18,2 % d'entre elles en ont eu deux ou plus (tableau 10.4). Parmi les femmes qui ont eu deux grossesses près de 10 % des ces grossesses ont toutes été interrompues par un avortement et 4 % parmi celles qui en ont eu trois. Le but de l'avortement est donc de retarder la constitution de la descendance pour ces femmes qui terminent toutes leurs grossesses par un avortement : ce constat se vérifie particulièrement pour la première grossesse interrompue par 19 % des femmes.

La pratique de l'avortement diffère selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes (tableau 10.2). Ainsi plus les femmes sont instruites et plus elles recourent à l'avortement pour réguler leur fécondité. Les femmes d'un niveau d'instruction secondaire ou supérieur recourent trois fois plus à l'avortement que les femmes non scolarisées. Les femmes de religion musulmane pratiquent moins l'avortement que celles de religion chrétienne malgré les interdits liés à cette religion. L'interruption de

grossesse est deux fois plus importante chez les femmes qui ne sont pas en union au moment de l'enquête. Les jeunes femmes recourent beaucoup plus fréquemment à l'avortement que leurs aînées.

Tableau 10.4 : Proportion de grossesses terminées par un avortement provoqué selon le nombre total de grossesse (parmi les femmes ayant eu au moins une grossesse)

Nombre total de grossesse	Proportion de grossesses terminées par un avortement				Effectifs
	Aucune	Une grossesse	Deux ou +	Toutes*	
1	81	19	-	19	503
2	62	28	10	10	431
3	53	25	22	4	348
4	52	19	31	3	247
5	51	18	31	1	204
6 et +	52	13	36	0	112
Ensemble	61	21	18	8	2065
*inclus les données de deux colonnes précédentes : une grossesse et deux grossesses et +					
*inclus les données de deux colonnes précédentes : une grossesse et deux grossesses et +					

Ces différences de comportements entre les femmes sont très liées aux raisons qui les amènent à recourir à l'avortement. En effet, les deux principaux motifs, « la poursuite des études » et « la crainte de la réaction des parents » (cités dans 19 % des cas) expliquent l'importance du recours à l'avortement chez les femmes scolarisées ainsi que chez les jeunes femmes qui craignent un rejet familial à cause de cette grossesse non désirée. Confrontées aux « difficultés à faire accepter une grossesse illégitime », 12 % des femmes préfèrent avorter plutôt que d'assumer une grossesse socialement mal acceptée et dont le père ne serait pas prêt à assumer la paternité : chez les femmes célibataires, la prévalence de l'avortement est plus forte que chez les femmes en union. Les femmes expriment également à travers les raisons de leur avortement l'incapacité à assumer la charge d'un enfant supplémentaire (15 %) mais aussi un désir d'espacement des naissances pour préserver la santé de la mère ou de l'enfant. Outre une réaction à des contraintes familiales ou sociales, l'avortement est une réponse aux difficultés économiques des femmes et aux besoins non satisfaits en planification familiale liés notamment à l'insuffisance de l'offre de planification familiale.

Une pratique en pleine évolution ?

Le recours à l'avortement est-il une pratique récente correspondant à de nouveaux besoins de gestion de la fécondité ou au contraire s'inscrit-elle dans une démarche assez traditionnelle de régulation de la fécondité ? La régulation de la fécondité par l'avortement est une pratique ancienne et de nombreuses méthodes traditionnelles ou populaires existent, basées sur la pharmacopée traditionnelle, des produits pharmaceutiques ou chimiques, des moyens mécaniques... (McLaren, 1990 ; The Alan Guttmacher Institute, 1999).

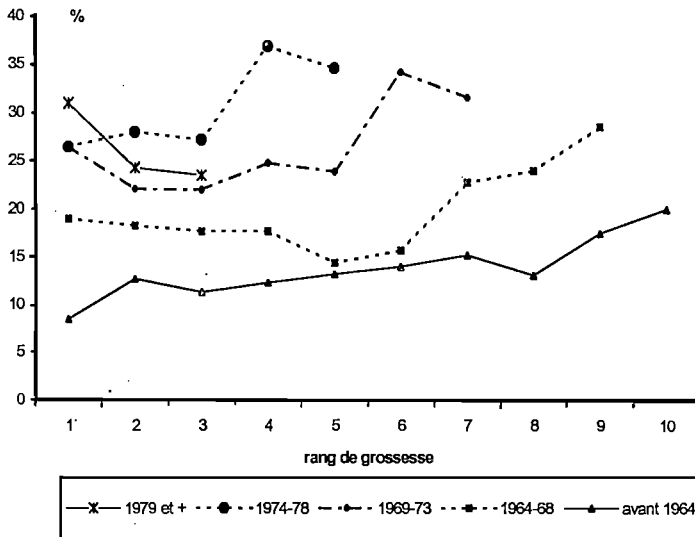
L'analyse de ce recours selon le rang de grossesse et la génération de naissance de la femme nous permet d'appréhender les éventuels changements dans cette pratique.

Au fil des générations, les comportements de régulation de la fécondité évoluent et l'on assiste à un recours de plus en plus important à l'avortement dès le début de la vie féconde surtout dans les jeunes générations (figure 10.1). Alors qu'entre 26 et 31 % des femmes nées après 1969 ont déjà avorté dès leur première grossesse, la proportion se situe seulement entre 8,5 et 19 % pour les femmes nées avant 1968 : même si l'on peut émettre l'hypothèse d'omissions de cet acte pour les femmes les plus âgées, cet écart reste malgré tout très important.

Des changements de comportements apparaissent entre les générations de femmes avec un recours à l'avortement plus important et plus précoce à chaque génération. Il semble que cette évolution se soit particulièrement accélérée entre les générations 1964-1968 et 1969-1973, qui présentent des profils de recours à l'avortement selon l'âge et le rang de grossesse très différents.

Si en début de vie féconde, ce recours manifeste un souhait de différer son entrée en vie féconde en refusant une grossesse, pour les femmes qui ont déjà eu de nombreuses grossesses, cette pratique répond davantage à un moyen d'espacer les naissances ou d'arrêter de procréer. L'avortement dans les deux cas intervient en lieu et place de la contraception pour espacer ou éviter une nouvelle grossesse : cette pratique peut être une réponse à un échec d'une méthode contraceptive ou à une absence d'utilisation de ces méthodes par manque d'information, difficultés d'accès ou refus de recourir à la contraception. Elle traduit en tous cas un besoin non satisfait de planification familiale.

Figure 10.1 : Évolution du ratio d'avortement selon la génération de naissance de la femme et le rang de grossesse



Les conditions du recours à l'avortement

Dans le contexte de la Côte d'Ivoire où cet acte est illégal, on pourrait s'attendre à ce que les avortements soient pratiqués essentiellement avec des méthodes traditionnelles ou populaires : une enquête menée auprès de consultantes dans des centres de santé à Bamako (où l'avortement est également illégal) a montré que la méthode la plus courante était le curetage et que ces avortements étaient généralement faits en milieu hospitalier (Konate *et al.*, 1999).

Les femmes interrogées connaissent une gamme variée de méthodes (tableau 10.5), mais près de deux tiers des avortements ont été réalisés par intervention médicale (62 %), généralement un curetage. Ce type d'intervention est le plus souvent choisi en premier recours mais peut aussi faire suite à une tentative d'avortement qui a échoué et donné lieu à des complications. Parmi les femmes qui ont eu recours à l'intervention chirurgicale, 3 % déclarent avoir utilisé en premier recours une autre méthode. Cette méthode médicale est pratiquée par des personnels médicaux plus ou moins qualifiés (gynécologues, médecins généraliste,

infirmiers...), et dans des conditions sanitaires variables selon les lieux (hôpital, clinique privée, cabinet privé...): le caractère clandestin n' garantit pas la sécurité.

Tableau 10.5 : Répartition des femmes selon les méthodes d'avortement connues* et méthodes d'avortement utilisées

	Méthode connue (1)	Méthode utilisée (2)
Tisane voie orale	15	5
Lavement	40	18
Sonde végétale	16	4
Ovule traditionnel	10	9
Automédication moderne	15	10
Intervention médicale	53	62
Coca cola + sucre	5	2
Autres	28	10
*Plusieurs méthodes peuvent être citées (1) sur l'ensemble des femmes (2) parmi celles qui ont fait au moins un avortement		

Toujours dans ce registre biomédical⁸⁸, les femmes utilisent souvent des médicaments réputés pour leurs propriétés abortives, bien que leur efficacité ne soit pas prouvée. Ces médicaments sont alors utilisés à des dosages élevés et s'ils peuvent effectivement entraîner un avortement, ils mettent en péril la santé de la mère. Ainsi, les antipaludéens, notamment la nivaquine, les hormones (telles le crinex, le synergon, ...), l'aspirine... font partie de ces méthodes supposées abortives : 10 % des femmes y ont eu recours pour leur dernier avortement.

Dans le registre de la médecine traditionnelle, beaucoup de plantes et produits sont réputés pour leurs propriétés abortives. Ils sont utilisés sous diverses formes : des tisanes par voie orale, des purges ou lavements, des « ovules traditionnels ». A cela s'ajoute la sonde végétale, une tige de plante (ou autres objets contondants), des méthodes qui causent de fréquentes ruptures ou perforations utérines. Le lavement est la méthode la plus fréquemment utilisée (18 % des femmes).

De nombreuses femmes croient aux vertus abortives du coca-cola associé au sucre. L'excès de sucre, mais aussi d'alcool (vin, kotoukou...),

⁸⁸ les méthodes par aspiration et le RU486 n'existent pas en Côte d'Ivoire.

ainsi que des produits plus acides (le citron) sont considérés aussi comme ayant un pouvoir abortif, par exemple les préparations à base de citron et de miel.

Les femmes mentionnent aussi comme méthodes abortives les produits détergents (bleu à linge, bicarbonate, eau de javel...), ainsi que le verre pilé (introduit dans le vagin ou ingurgité sous forme de poudre), mais ces produits semblent relativement peu utilisés.

Ainsi donc une grande diversité de méthode apparaît mais toutes n'ont pas les effets escomptés. Cependant, elles sont souvent lourdes de conséquences pour la santé de la femme puisqu'elles peuvent se solder par des infections, des hémorragies, une stérilité secondaire⁸⁹ et dans certain cas un échec de l'avortement mais des séquelles pour le fœtus, notamment un risque accru de mortinatalité. Une étude menée à Abidjan dans un centre hospitalier où les femmes avaient été admises pour des complications d'avortement révèle que 9 % des femmes qui ont eu une péritonite comme complication avait utilisé une méthode intra-utérine pour avorter et la majorité des décès consécutifs à ces complications d'avortement était due à l'ingestion d'infusion à base de plantes (Goyaux *et al.*, 1999).

Coût et prise en charge de l'avortement

Un des éléments susceptibles d'expliquer le recours à l'avortement chez les femmes pourrait être la modicité de son coût, en comparaison avec les méthodes de planification familiale.

Ces coûts sont très variables et dépendants du type de méthode utilisé, du lieu de l'intervention et éventuellement de la personne qui pratique cet acte. Ils sont gratuits dans 13 % des cas, il s'agit essentiellement méthodes traditionnelles. Près d'un tiers des avortements (30 %) coûtent entre 10 et 30 000 F, et environ un quart (23 %) dépassent les 30 000 F : il s'agit essentiellement des interventions chirurgicales. La garantie d'une certaine sécurité dans ces actes ainsi que son caractère clandestin rend cette pratique onéreuse et donc économiquement inaccessible à de nombreuses femmes.

Ces coûts de l'avortement sont dans plus d'un tiers des cas (36 %) pris en charge par la femme elle-même (avec l'aide d'une autre personne dans

⁸⁹ 27 % des femmes ont déclaré avoir eu des complications à la suite d'un avortement, essentiellement des infections ou des hémorragies.

2 % des cas seulement). C'est aussi fréquemment l'ami (responsable de la grossesse) qui intervient pour payer cet avortement, essentiellement quand il s'agit de femmes qui ne sont pas en union (37 %), et plus rarement le mari (16 %). Les autres possibilités d'aides financières restent marginales (les parents, les frères et sœurs ou des amis...). Les femmes ne prennent donc pas totalement en charge ce recours mais en « partagent » parfois la charge financière.

Cette pratique de l'avortement étant illégale en Côte d'Ivoire, mais aussi souvent condamnée par la société civile et la religion, on pourrait s'attendre à ce que les femmes cachent ces avortements à leur entourage surtout lorsqu'elles sont dans une situation sociale non établie : célibataire, union illégitime ou encore élève. Pourtant seulement 2 % des femmes disent n'en avoir parlé à personne de leur entourage. Les auteurs (supposés) de ces grossesses sont assez souvent informés de cet avortement : plus fréquemment quand il s'agit de l'ami (42 %) que du mari (30 %). Ces différentes réactions renvoient aux raisons justifiant l'avortement, mais aussi à la gestion de la fécondité au sein du couple⁹⁰. Il est possible que dans les couples, l'avortement soit fait à l'insu du conjoint pour limiter des grossesses trop nombreuses ou rapprochées : certains maris pouvant être réticents à une limitation des grossesses par ce moyen tout comme par la planification familiale.

Dans l'entourage familial, les frères et sœurs (26 %) sont plus souvent pris comme confidents que les pères ou mères (13 %) : il est certainement plus facile et acceptable surtout pour les jeunes filles de se confier à eux qu'aux parents qui risquent de les rejeter ou d'imposer la poursuite de cette grossesse.

Le facteur coût n'est certainement pas le principal déterminant dans le recours à l'avortement surtout si on le compare avec celui de la contraception⁹¹. La question de la régulation de la fécondité par l'avortement pose la question des relations entre hommes et femmes dans la négociation de leurs relations sexuelles au sein du couple et notamment de l'adoption de méthodes préventives ou contraceptives (Welfens-Ekra *et al.*, 2000).

⁹⁰ L'absence de discussion au sein du couple des questions relatives à la planification familiale a été soulignée lors d'une enquête menée dans une commune de Yopougon où seulement deux tiers des couples mentionnaient parler de ces questions (Toure, Kamagate *et al.* 1997).

⁹¹ Une plaquette de pilule dans les centres de santé ne coûte que 150 FCFA.

Contraception et avortement : quelle régulation de la fécondité ?

La baisse rapide de la fécondité en Côte d'Ivoire durant les vingt dernières années et la faible augmentation de la prévalence des méthodes modernes de contraception pose la question du rôle que peut jouer l'avortement dans cette transition de la fécondité.

L'avortement, une composante de la transition de la fécondité ?

Nous avons constaté que cette pratique de l'avortement est plus fréquente chez les jeunes femmes et qu'elle intervient dès la première grossesse pour différer l'entrée en vie féconde. Ce comportement est révélateur d'un changement de mentalité des femmes qui ont de nouvelles aspirations en matière de fécondité. La faible prévalence contraceptive montre que l'offre de planification familiale ne permet pas toujours de répondre à ces besoins non satisfaits en planification familiale.

Quel est l'impact de l'avortement sur la fécondité et comment s'articulent l'utilisation de la contraception et le recours à l'avortement ?

L'avortement a un impact non négligeable sur la fécondité puisque les femmes ont eu en moyenne 0,6 avortements et 2,04 naissances vivantes. Or, compte tenu « du délai de conception, de la durée de gestation et du temps mort post-partum ... il faut 2,67 avortements pour éviter une naissance » (Leridon et Toulemon, 1997). Si l'on applique ce modèle à nos données, il apparaît que le recours à l'avortement contribue à une diminution de 10,1 % de la descendance des femmes : 0,23 naissances sont ainsi évitées par un avortement (tableau 10.6). Ce poids de l'avortement sur la réduction de la descendance est près de 5 fois plus élevé chez les femmes de niveau d'instruction secondaire comparativement à celles sans instruction. L'importance de cette pratique chez les femmes plus instruites se confirme : elle est d'ailleurs très marquée chez les femmes encore étudiantes au moment de l'étude pour lesquelles un tiers de la réduction de leur descendance est imputable à l'avortement et 18 % pour les femmes qui travaillent dans le secteur tertiaire de l'économie.

Cet impact de l'avortement est particulièrement marqué chez les jeunes femmes pour lesquelles la réduction de la descendance due à l'avortement est de 15 % confirmant cette régulation de la fécondité dès le début de la vie féconde chez ces femmes. Nous avons constaté chez les

femmes plus âgées que le recours à l'avortement intervenait plutôt en fin de vie féconde puisqu'il n'augmentait qu'à partir des grossesses de rang six et plus.

Tableau 10.6 : Impact de l'avortement sur la diminution de la descendance

	Nombre moyen			Descendance sans avortement	réduction descendance due à l'avortement
	D'avortement	naissance évitée	naissance vivante		
Âge actuel					
- 15-24 ans	0,42	0,16	0,93	1,09	14,7
- 25- 34 ans	0,78	0,30	2,64	2,94	10,2
- 35 ans et +	0,86	0,23	5,52	5,85	6,0
Niveau d'instruction					
- non scolarisée	0,29	0,11	2,59	2,48	4,4
- primaire	0,63	0,24	1,94	2,18	11,0
- 1 ^{er} cycle	0,96	0,36	1,49	1,85	19,5
-2 ^{ème} cycle et +	1,09	0,41	0,92	1,33	30,8
Religion					
- Chrétien					
- Musulman	0,86	0,32	1,80	2,12	15,1
- autre	0,21	0,08	2,25	2,33	3,4
	0,75	0,28	2,14	2,42	11,6
État matrimonial					
- non en union	0,70	0,26	0,96	1,22	21,3
- en union	0,56	0,91	2,52	2,73	33,3
Activité					
- commerçant	0,56	0,21	2,58	2,70	7,8
- étudiant	0,55	0,21	0,42	0,63	33,3
- secteur tertiaire	1,08	0,41	1,85	2,25	18,2
- ménagères	0,46	0,17	1,82	1,99	8,5
- artisan	0,80	0,31	1,51	1,82	17,0
Utilisation passée contraception					
- non	0,19	0,07	2,03	2,10	3,3
- oui	0,83	0,31	2,04	2,35	13,3
Ensemble	0,60	0,23	2,04	2,27	10,1

Les femmes qui recourent à l'avortement s'inscrivent dans une stratégie de maîtrise de leur fécondité par différentes méthodes. Ainsi si l'on compare la baisse de la fécondité imputable à l'avortement chez les femmes qui ont utilisé la contraception dans le passé par rapport à celles qui n'y ont jamais eu recours, on constate qu'elle est quatre fois plus élevée. Avortement et contraception sont donc deux éléments qui à semblent participer à la régulation de la fécondité à Abidjan.

L'avortement : une réponse à un échec de la contraception ?

Les relations entre avortement et contraception sont difficiles et ne sont pas exclusivement liées à une méconnaissance ou une moindre utilisation de la contraception puisque Léridon (1987) a montré que « *plus on utilise la contraception et moins on aura de grossesses accidentelles mais plus on recourra à l'interruption de grossesse si celle-ci survient* ».

Pour préciser ces relations entre la pratique contraceptive des femmes et le recours à l'avortement, nous avons étudié l'utilisation de la contraception avant et après la dernière interruption de grossesse. Un peu plus d'un quart (26 %) de ces femmes n'ont pas utilisé la contraception ni avant ni après cet avortement (tableau 10.7). Elles justifient leur absence de pratique contraceptive en période post-abortum par un manque d'information sur les méthodes (1/4 des cas), des problèmes avec la méthode ou le fait que ces méthodes soient mauvaises pour la santé (10-11 %), ou encore par une opposition de la femme à la contraception (8 %).

Tableau 10.7 : Pratique de la contraception avant et après le dernier avortement (en % du total)

Utilisation avant l'avortement	Utilisation après l'avortement		
	Non	Oui	Ensemble
- non	26 % (210)	35 % (282)	61 % (492)
- oui	10 % (77)	29 % (236)	39 % (313)
Ensemble	36 % (287)	64 % (518)	100 % (805)

Certaines femmes (29 %) s'inscrivent dans une réelle stratégie de maîtrise de leur fécondité en utilisant conjointement la contraception et l'avortement : elles ont eu recours à la contraception avant et après leur avortement : l'avortement est certainement révélateur d'un échec d'une méthode contraceptive, inacceptable pour ces femmes qui souhaitent maîtriser leur fécondité. Cependant la majorité d'entre elles utilisaient des méthodes peu efficaces : des méthodes naturelles (62 %), essentiellement la méthode des cycles et 3 % une méthode populaire. Seulement 17 % des femmes utilisaient la pilule et 14 % le préservatif seul ou en association avec une méthode naturelle. Par contre, après cet avortement, ces femmes sont plus nombreuses à utiliser la pilule comme méthode contraceptive puisque 29 % d'entre elles l'adoptent, mais leur choix se porte toujours en priorité sur les

méthodes naturelles (54 % d'utilisatrices). L'expérience d'un avortement n'amène donc pas de changement radical dans la pratique contraceptive des femmes vu le niveau de prévalence encore élevé pour les méthodes naturelles.

Les femmes qui ont utilisé une contraception seulement avant leur avortement, mais pas après, ont elles aussi utilisé essentiellement des méthodes naturelles (45 % des cas) ou populaires (10 % des cas) et celles qui utilisent des méthodes modernes choisissent surtout le préservatif (1/4 des cas) et la pilule (17 % des cas). Dans cette situation également, la pratique contraceptive est donc principalement basée sur des méthodes peu efficaces : il est possible que ce soit là aussi l'échec de ces méthodes qui explique le recours à l'avortement : cette expérience malheureuse n'incitant pas les femmes à adopter une méthode contraceptive en période post-abortum. Près d'une femme sur cinq mentionne qu'elle n'utilise pas la contraception en période post-abortum, car elle a « eu des problèmes avec ces méthodes ». Mais la principale raison d'absence d'utilisation de la contraception est le désir d'avoir des enfants : les femmes qui évoquent cette raison étaient certainement au moment de l'interruption de leur grossesse dans une situation familiale ou sociale qui ne leur permettait pas d'avoir des enfants, mais qui maintenant souhaitent constituer leur descendance.

Un autre groupe de femmes (35 %) qui, par contre n'avait pas eu recours à la contraception avant leur avortement l'utilise en période post-abortum. Elles adoptent surtout des méthodes modernes : 43 % utilisent la pilule, 12 % des préservatifs et 41 % des méthodes naturelles ou populaires.

Globalement l'expérience d'un avortement amène les femmes à utiliser un peu plus la contraception parfois en recourant à des méthodes peu efficaces, mais malgré tout la faiblesse globale de la pratique contraceptive après un avortement pose la question de cette prise en charge post-abortum. Rares sont les conseils prodigués aux femmes : deux tiers des femmes n'ont reçu aucun conseil après leur avortement pour éviter une nouvelle grossesse ; dans seulement 13 % des cas on a conseillé à la femme d'utiliser une méthode moderne et dans 11 % des cas on lui en a prescrit une. Cette absence de counselling post-abortum s'explique d'une part car de nombreuses femmes avortent seule ou avec l'aide de personnel de santé, mais de façon clandestine sans qu'il y ait de suivi des éventuelles complications consécutives de ces avortements. Elle pose de nombreux problèmes : les « récurrences » de ces avortements, mais aussi toutes les complications et les morbidités et mortalités maternelles comme ont pu le souligner Goyaux et *al.* (1999) dans leur étude menée dans les CHU

d'Abidjan. La fréquence des avortements multiples (une femme dans notre étude en a pratiqué huit consécutifs) montre que les femmes n'hésitent pas à y recourir fréquemment. Est-ce lié à un manque de conscience du risque lié à cette pratique ou parce que les avortements faits dans un « univers médical » présentent aux yeux de ces femmes des garanties d'hygiène et de sécurité suffisantes ? Cette hypothèse se confirme si l'on considère le cas particulier des femmes d'un niveau d'instruction supérieur. Elles pratiquent plus l'avortement que les femmes non scolarisées : ce comportement peut sembler incohérent étant donné les risques associés aux avortements clandestins. Cependant ces femmes avortent beaucoup plus en recourant à des méthodes médicalisées s'assurant (ou espérant) ainsi une certaine garantie dans cette pratique.

CONCLUSION

L'analyse du recours à l'avortement à Abidjan souligne l'importance de cette pratique et son rôle croissant dans la régulation de la fécondité. Les jeunes femmes recourent de plus en plus à l'avortement pour retarder leur entrée en vie féconde, quant aux femmes plus âgées, l'avortement intervient essentiellement pour limiter leur nombre d'enfants quand elles ont atteint une descendance déjà élevée. Ce constat d'une fréquence élevée de l'avortement a pu être fait dans d'autres capitales africaines telles à Bamako, Lomé ou Dakar où la prévalence reste cependant plus faible qu'à Abidjan (Diouf 1996 ; Konate, Sissoko *et al.* 1999).

Ce recours à l'avortement révèle chez les femmes interrogées un désir de planifier leur fécondité et d'espacer leurs grossesses, désir déjà souligné lors de l'enquête démographique et de santé de 1994 où à Abidjan 35 % des femmes mentionnaient des besoins non satisfaits en planification familiale pour espacer leurs naissances et 11 % pour les limiter. L'avortement intervient à Abidjan pour contrôler la fécondité, et son impact sur la descendance des femmes est important puisqu'il explique une diminution de 10 % de la descendance. Les femmes utilisent l'avortement parfois en l'absence de contraception ou suite à l'échec d'une méthode : son utilisation illustre les difficultés d'accès et d'acceptation de la planification familiale en Côte d'Ivoire. En effet l'offre de planification familiale ne trouve pas toujours l'écho attendu au sein de la population. Les services de planification familiale sont encore peu nombreux et le personnel médical formé est insuffisant. Hormis les quelques centres de santé où des activités spécifiques de planification familiale existent, elles sont souvent intégrées dans le cadre du suivi prénatal ou post natal, ce qui exclut de fait les adolescentes et les femmes sans enfants.

Mais l'insuffisance de l'offre ne permet pas d'expliquer totalement cette faible utilisation de la contraception. Les femmes expriment de nombreuses réticences face à ces méthodes et des fausses rumeurs circulent à leur sujet véhiculées notamment par les réseaux informels d'information. L'absence de counselling approfondi lors de leur prescription contribue à cette mauvaise image des méthodes. Ainsi certains femmes hésitent à utiliser la contraception car elles ont eu des problèmes avec les méthodes :

mal informées des effets secondaires qu'elles peuvent produire et de la possibilité de changer de méthodes, elles abandonnent fréquemment la méthode prescrite au moindre problème. D'autres craignent leurs éventuels effets secondaires tels la prise de poids, la stérilité, les risques de maladies ou ne veulent pas utiliser ces méthodes pour des raisons religieuses ou familiales (opposition du mari par exemple).

Ces craintes concernant la contraception et les difficultés d'accès à ces méthodes expliquent en partie l'importance du recours à l'avortement. Cette méthode semble facile à utiliser puisque accessible à la fois par la pharmacopée traditionnelle (sur les marchés notamment) mais aussi dans le milieu médical. Pourtant cet acte est illégal et souvent lourd de conséquence pour la santé des femmes : une étude menée dans les trois CHU d'Abidjan a montré 70 % des décès maternels ont pour cause des complications d'avortements faits dans de mauvaises conditions (Thonneau *et al.* 1996).

Cependant les femmes ne semblent pas percevoir tous les risques sanitaires et juridiques liés à ces avortements. Environ un quart des femmes (22 %) ignore si l'avortement est légal ou non et 3 % d'entre elles pense que c'est légal. Il est vrai que bien que la question des avortements clandestins soit de temps en temps relatée dans la presse, rares sont les sanctions prises contre ceux qui les pratiquent. Les risques pour la santé que représente l'avortement semblent eux aussi être peu perçus par les femmes : la plupart de ces avortements sont faits dans un milieu médicalisé et donc certainement considérés comme exempts de risques. Pourtant les complications ne sont pas rares puisque 27 % des femmes en ont eu après cet avortement. L'avortement ne semble pas pourtant bénéficier des préjugés néfastes sur la santé comme les femmes le mentionnent pour la contraception, accusée notamment de provoquer la stérilité : les femmes voient d'ailleurs avec l'avortement une façon de prouver leur fécondabilité en étant enceinte et en interrompant cette grossesse.

Dans le contexte abidjanais où les femmes s'inscrivent de plus en plus dans une demande de maîtrise de leur fécondité et où l'offre de planification familiale ne répond pas toujours à leur demande, surtout les très jeunes femmes, l'avortement est une façon de réguler leur fécondité. Face aux risques encourus par ces avortements clandestins, une sensibilisation doit être entreprise pour prévenir des dangers relatifs à ces avortements et en limiter le recours. Réduire la pratique de l'interruption de grossesse suppose de développer l'accès à la planification familiale et de sensibiliser les populations aux avantages de la planification familiale, plus

spécifiquement aux méthodes modernes de contraception. En effet, le constat a été fait d'avortements pratiqués suite à l'échec d'une méthode naturelle : une plus grande utilisation de méthodes efficaces limitera ces échecs. Cependant un meilleur accès à la contraception ne fera pas totalement disparaître les avortements : Leridon (1987) a constaté qu'en France l'utilisation de méthodes efficaces de contraception correspond à une plus grande exigence dans la maîtrise de la fécondité et à un recours fréquent à l'avortement en cas d'échec de ces méthodes.

Si la prévention des grossesses non désirées est importante, il faut également développer la prise en charge post-abortum pour limiter les conséquences de ces avortements, notamment la morbidité et mortalité maternelles consécutives à ces avortements et ainsi amener les femmes à pratiquer la contraception pour éviter les avortements à répétitions. Cette amélioration dans la maîtrise de la fécondité participera d'une amélioration de la santé reproductive en Afrique.

BIBLIOGRAPHIE

- Barrère, B. et Barrère M., (1995). Mortalité maternelle. *Enquête Démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire*. M. I. I. Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire. Calverton, Maryland, USA : 155-166.
- Bledsoe, C. et Cohen B., (1993). *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington, National Academy Press.
- Desgrées du Loû, A., Msellati P., et al. (1999). "L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans : une cause de la récente baisse de fécondité ?" *INED, Population* 54 (3): 427-446.
- Diouf, P. (1996). L'avortement à Pikine. Sénégal, DPS - CERPAA. In *La population du Sénégal*, chap. 22 : 409-418.
- Goyaux, N., Yace-Soumah F., et al. (1999). "Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast)." *Contraception* Aug, 60(2): 107-109.
- Guillaume, A., Desgrées du Loû A. et al. (1999). *Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire*. Abidjan, ENSEA, IRD: 50 p.
- Huntington, D. (1997). *Abortion in Egypt*. Seminar "Cultural Perspectives on reproductive Health", June 16-19, 1997, Rustenburg, South Africa, IUSSP.
- IPPF (1994). *Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique*. Conférence de Maurice, Centre international de conférence de Grand'Baie, 24-28 mars 1994, IPPF.
- Koffi, K. A. (1995). Planification familiale. *Enquête Démographique et de santé 1994*. M. I. I. Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, Calverton, Maryland, USA. Calverton, Maryland. chap. 4 : 49-72.
- Konate, M., Sissoko F., et al. (1999). *Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako*. Bamako, CILSS, INSAH, CERPOD : 91.
- Leridon, H. (1987). *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*. Paris, INED-PUF.
- Leridon, H. et Toulemon L. (1997). L'analyse de la fécondité : approche biométrique. *Modèle mathématique. Démographie, approche statistique et dynamique des populations*. Paris, Collection "Economie et statistiques avancées". Chap. 17 : 296-322.
- McLaren, A. (1990). *A history of contraception. From antiquity to the present day*. USA, Blackwell Oxford UK and Cambridge.

- Ministère de la planification et de la programmation du développement, Institut National de la Statistique et al. (1999). *Enquête Démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999. Rapport Préliminaire*. Abidjan-Calverton : 21.
- Ministère délégué auprès du Premier Ministre (1997). *Déclaration de politique nationale de population*. Abidjan, UNFPA/FNUAP: 40p.
- Nations Unies (1994). *Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement*. Le Caire, Nations Unies.
- Ngom, P. (2000). Réseaux informels de communication et santé de la reproduction au Sénégal. *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. M. Pilon and A. Guillaume. Paris, IRD Editions : 193-206.
- Nichols, D., Woods E. T., et al. (1986). "Sexual behaviour, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescent." *Studies in Family Planning* 17(2): 100-106.
- Ross, J., Stover J., et al. (1999). *Profiles for family planning and reproductive health programs 116 countries*. Washington, The Futures Group International : 87 p. + annexes.
- The Alan Guttmacher Institute, (1999). *Sharing responsibility women society and abortion worldwide*. New York, The Alan Guttmacher Institute : 56.
- Thonneau, P., Djanhan Y., et al. (1996). "The persistence of a High maternal mortality rate in the Ivory Coast." *American J Public Health* 86: 1478-9.
- Toure, L., Kamagate Z., et al. (1997). *Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon. Etudes et Recherches*. Abidjan, ENSEA : 66p. + annexes.
- Watkins, S. (1991). *More lessons from the past : Women's informal networks and fertility decline*. Conférence de l'UIESP sur la fécondité en Afrique subsaharienne, Hararé.
- Welffens-Ekra, C., Desgrées du Lou A., et al. (2000). L'inégalité homme-femme face au sida. *Sida au féminin*. B. A. Paris, ed Douin.
- Zabin, L. et Kiragu K., (1998). "The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa." *Studies in Family Planning* 29(2) : 210-232.

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail

ENSEA

**Ecole Nationale Supérieure de Statistique
et d'Economie Appliquée**

**SANTÉ DE LA REPRODUCTION
EN AFRIQUE**

Edité par

**Agnès Guillaume
Annabel Desgrées du Loù
Benjamin Zanou
Koffi N'Guessan**

FNUAP

Fonds des Nations Unies
pour la Population

Abidjan, 2002