

**ENSCA**

École Nationale Supérieure de  
Statistique et d'Économie  
Appliquée



Institut  
de Recherche pour  
le Développement

**PRATIQUES DE RÉGULATION DES NAISSANCES  
ET AVORTEMENT À ABIDJAN**  
**Une étude dans des formations sanitaires urbaines**

**Agnès GUILLAUME**  
**IRD – CEPED**

avec la collaboration de  
**KONÉ Fangahagnian**  
**ENSEA**

**Novembre 2000**

## RÉSUMÉ

À partir d'enquêtes menées dans quatre centres de santé d'Abidjan auprès de femmes et de personnels de santé, cette étude présente une analyse de la fécondité, de l'offre et de la demande de planification familiale, ainsi que la pratique de l'avortement.

La fécondité se maintient à un niveau élevé, mais une demande de maîtrise de cette fécondité apparaît dans un but d'espacement comme de limitation des naissances. Les femmes ont dans l'ensemble une bonne connaissance de la contraception et environ un quart des femmes utilisent une méthode moderne de contraception au moment de l'enquête. Le manque d'information sur les méthodes est une des raisons expliquant la non utilisation de la contraception.

La pratique de l'avortement est répandue chez les femmes interrogées, un quart d'entre elles en ont eu au moins un durant leur vie féconde et cette pratique est souvent répétitive. Son recours est fréquent lors de la première grossesse. Une majorité des avortements sont faits dans un environnement médical, sans que l'on sache les conditions sanitaires réelles de cet acte, mais une part importante est pratiquée à domicile avec des méthodes traditionnelles, qui présentent des risques pour la santé des femmes. L'avortement a un impact sur la réduction de la descendance des femmes.

Les raisons du recours à l'avortement révèlent un besoin non satisfait de planification familiale et son rôle comme mode de régulation de la fécondité. Ainsi il peut intervenir pour retarder son entrée en vie féconde, comme pratique d'espacement ou de limitation des naissances, parfois suite à l'échec d'une méthode contraceptive ou en remplacement de ces méthodes.

**Mots clés :** Offre de planification familiale – pratique contraceptive – fécondité - avortement - Abidjan - Côte d'Ivoire



## SOMMAIRE

RÉSUMÉ .....	1
SOMMAIRE.....	3
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES .....	5
AVANT PROPOS .....	7
INTRODUCTION.....	9
MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....	10
LE PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES FEMMES INTERROGÉES.....	10
LA FÉCONDITÉ .....	12
L'ISSUE DES GROSSESSES .....	12
L'INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE.....	15
<i>Intervalles entre grossesses en fonction de l'issue de grossesses successives.....</i>	17
L'ENTRÉE EN VIE FÉCONDE.....	18
LA FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES.....	20
LA CONTRACEPTION.....	21
L'OFFRE DE PLANIFICATION FAMILIALE .....	22
LA CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION.....	23
LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION.....	25
LA CONSTITUTION DE LA DESCENDANCE ET LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION.....	27
LA CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE.....	29
LES RAISONS DE L'UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION .....	30
LES SOURCES D'INFORMATION ET D'APPROVISIONNEMENT SUR LA CONTRACEPTION.....	31
<i>Des sources variées d'information.....</i>	31
<i>Les sources d'approvisionnement.....</i>	32
L'AVORTEMENT.....	33
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES AYANT PRATIQUÉ L'AVORTEMENT.....	33
DES AVORTEMENTS À RÉPÉTITIONS ?.....	35
<i>L'impact de l'avortement sur la réduction de la descendance.....</i>	37
LES MÉTHODES D'AVORTEMENT CONNUES ET UTILISÉES.....	39
LES RAISONS DU RECOURS À L'AVORTEMENT.....	40
L'AVORTEMENT : UNE AFFAIRE DE FEMMES .....	42
<i>Le partage de l'information.....</i>	42
<i>La prise en charge financière des avortements.....</i>	43
<i>Les coûts de l'avortement.....</i>	43
LES CONDITIONS DE L'AVORTEMENT .....	44
L'AVORTEMENT ET LA CONTRACEPTION.....	45
LA PERCEPTION DE L'AVORTEMENT.....	47
<i>Un acte légal ou à légaliser?.....</i>	47
<i>Le recours à l'avortement en cas de grossesse non désirée ou de menace de la santé de la mère ou de l'enfant ?.....</i>	49
CONCLUSION.....	51
QUELQUES RECOMMANDATIONS.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	56



## LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

TABLEAU 1 : LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES INTERROGÉES DANS LES 4 CENTRES DE SANTÉ (EN %)	11
TABLEAU 2 : PROPORTIONS DE FEMMES AYANT EU UNE FAUSSE COUCHE, UN MORT NÉ, UN ÉCHEC NATUREL DE LA GROSSESSE OU UN AVORTEMENT PROVOQUÉ PARMIS LES FEMMES AYANT EU AU MOINS UNE GROSSESSE TERMINÉE	13
TABLEAU 3 : RÉPARTITION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LES ÉCARTS ENTRE LES 8 NAISSANCES CONSÉCUTIVES PAR CATÉGORIES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (EN %)	16
TABLEAU 4 : DURÉE MOYENNE (EN MOIS) ENTRE GROSSESSES SUCCESSIVES EN FONCTION DE LEURS ISSUES, ET RÉPARTITION DES GROSSESSES SUCCESSIVES SELON L'ISSUE	17
TABLEAU 5 : RÉPARTITION (EN %) DES FEMMES SANS NAISSANCES VIVANTES, ÂGES MÉDIAN ET MOYEN À LA PREMIÈRE NAISSANCE VIVANTE ET GROSSESSE SELON L'ÂGE ACTUEL DES FEMMES	19
FIGURE 1 : ÂGE MOYEN À LA 1 <sup>ÈRE</sup> GROSSESSE ET À LA 1 <sup>ÈRE</sup> NAISSANCE SELON L'ÂGE ACTUEL DES FEMMES	19
TABLEAU 6 : RÉPARTITION DES ADOLESCENTES ENCEINTES D'UN PREMIER ENFANT, DÉJÀ MÈRES ET AYANT DÉJÀ COMMENCÉ LEUR VIE FÉCONDE, SELON LEURS CARACTÉRISTIQUES SOCIO- DÉMOGRAPHIQUES (EN %)	21
TABLEAU 7 : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LEUR ÉTAT MATRIMONIAL ET LE TYPE DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES CONNU (EN %)	23
TABLEAU 8 : RÉPARTITION DES FEMMES CONNAISSANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE SELON LEURS CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (EN %)	24
TABLEAU 9 : LES PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION SELON LE TYPE DE MÉTHODE ET LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES (EN %)	26
TABLEAU 10 : UTILISATION DE LA CONTRACEPTION APRÈS CHAQUE NAISSANCE SELON LE RANG DE NAISSANCE ET LE TYPE DE MÉTHODE UTILISÉE (POUR CHAQUE FEMME AYANT AU MOINS UNE NAISSANCE DE RANG N)	27
FIGURE 2 : UTILISATION DE LA CONTRACEPTION APRÈS LA NAISSANCE DE RANG N (EN %)	28
TABLEAU 11 : RÉPARTITION (EN %) DES FEMMES PAR TYPE D'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE SELON LA DESCENDANCE ATTEINTE	29
TABLEAU 12 : CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE (EN %)	30
TABLEAU 13 : RAISONS DE L'UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION (EN %)	31
TABLEAU 14 : CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DE LA SOURCE D'INFORMATION (EN %)	32
TABLEAU 15 : SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIF MODERNE (EN %)	33
TABLEAU 16 : CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES AYANT DÉJÀ PRATiqué L'AVORTEMENT SELON LE CENTRE DE SANTÉ (EN %)	34
FIGURE 3 : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LE NOMBRE DE GROSSESSES ET LE NOMBRE D'AVORTEMENTS (PARMI LES FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT)	35
FIGURE 4 : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES ET LE NOMBRE D'AVORTEMENTS PARMIS LES FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT	36
TABLEAU 17 : IMPACT DE L'AVORTEMENT SUR LA RÉDUCTION DE LA DESCENDANCE	38
TABLEAU 18 : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LES MÉTHODES* D'AVORTEMENT CONNUES ET UTILISÉES (EN %)	39
TABLEAU 19 : RAISONS DU RECOURS À L'AVORTEMENT (EN %)	41
TABLEAU 20 : PERSONNE INFORMÉE DE L'AVORTEMENT OU QUI L'A PAYÉ SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL DE LA FEMME AU MOMENT DE CET AVORTEMENT (EN %)	42
TABLEAU 21 : RÉPARTITION DES COÛTS DE L'AVORTEMENT (EN %)	44
TABLEAU 22 : PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION AVANT ET APRÈS LE DERNIER AVORTEMENT (EN % DU TOTAL)	46

TABLEAU 23 : CONNAISSANCE DU CARACTÈRE ILLÉGAL DE L'AVORTEMENT SELON LA PRATIQUE DE L'AVORTEMENT (EN %)	47
TABLEAU 24 : OPINION PAR RAPPORT À LA LÉGALISATION DE L'AVORTEMENT SELON LA PERCEPTION DE LA LÉGALITÉ DE L'ACTE (EN %)	48
TABLEAU 25 : RAISONS POUR LESQUELLES L'AVORTEMENT NE DOIT PAS ÊTRE LÉGALISÉ (PARMI LES FEMMES DÉFAVORABLES À LA LÉGALISATION DE L'AVORTEMENT) (EN %)	48
TABLEAU 26 : RAISONS POUR LESQUELLES L'AVORTEMENT DOIT ÊTRE LÉGALISÉ PARMIS LES FEMMES FAVORABLES À LA LÉGALISATION (EN %)	49
TABLEAU 27 : OPINION PAR RAPPORT AU RECOURS À L'AVORTEMENT EN CAS DE GROSSESSE NON DÉSIRÉE OU DE MENACE POUR SANTÉ DE LA MÈRE SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES INTERROGÉES (EN %)	50
TABLEAU ANNEXE 1 : ISSUES DES GROSSESSES SUIVANT LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES INTERROGÉES (EN %)	58

## AVANT PROPOS

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche appliquée, relatif à la planification familiale, développé conjointement par l'ENSEA et l'IRD. L'objectif principal de ce programme réside « en la réalisation de recherches nécessaires au développement de programmes de planification familiale efficaces et pertinents en prenant en compte les spécificités des milieux urbains et ruraux » (Vimard, N'Guessan et *al.*, 1997). Il a trois objectifs spécifiques : - une analyse de la demande et l'offre actuelle de planification familiale, - une élaboration et une mise en place des programmes de planification familiale et un renforcement des activités existantes et - une évaluation des programmes de planification familiale.

Cette étude est prévue dans différents centres de santé de la ville d'Abidjan dont certains offrent des prestations de planification familiale et dans d'autres où l'implantation de tels programmes est prévue.

Cette enquête couvre plusieurs volets : - une analyse de la demande de la population en matière de planification familiale et du contexte de l'offre de prestation afin d'évaluer l'adéquation entre l'offre et la demande, et d'appréhender le degré d'efficacité et la satisfaction à l'égard de ces programmes ; - une étude de la pratique de l'avortement afin de voir si les femmes recourent à l'interruption volontaire de grossesse pour réguler leur fécondité.

Ce programme va permettre au niveau de la planification familiale d'analyser les besoins des populations, de mettre en évidence le fonctionnement des programmes existants et d'en évaluer les éventuelles lacunes pour procéder à une meilleure redéfinition des programmes ou une réorientation de leurs activités. Il devrait également permettre de mieux définir les intérêts et limites de leur intégration dans ceux des autres domaines de la santé de la reproduction. Ces analyses sont importantes dans la mesure où ces activités de planification familiale sont actuellement en pleine expansion et vont en permettre un suivi et une évaluation. L'analyse de la question de l'avortement provoqué devrait également permettre de fournir des données pour mieux comprendre les recours à ces pratiques et en limiter les effets en définissant des interventions auprès des populations concernées.

Une première série d'enquêtes a été conduite dans quatre Formations Sanitaires Urbaines à vocation Communautaire (FSU-Com) en 1998 dans les communes de Yopougon et Abobo : il s'agissait des centres de Abobo Sagbe et Abobo Avocatier, Ouassakara et Toit Rouge. Cette étude a été prolongée en 1999 dans quatre autres communes de la ville d'Abidjan afin d'avoir une meilleure représentation géographique de la population des consultants. Le rapport présenté ici concerne cette dernière étude.



Nous tenons à remercier les responsables, les médecins chefs et tout le personnel des centres de santé pour nous avoir donné l'autorisation de travailler dans leur structure, facilité le déroulement de ce travail et accepté de répondre à nos questions.

Cette étude n'aurait pu être menée sans la collaboration de toutes les populations fréquentant ces centres qui nous ont consacré de leur temps pour répondre à nos questions, qu'elles en soient ici remerciées.

Notre gratitude va à la Direction de la Santé Sud, ainsi qu'au Programme Santé Abidjan, pour leur soutien dans cette recherche.

Cette étude a bénéficié du concours financier de l'IRD, de l'AUPELF-UREF dans le cadre d'une action de recherche partagée et de l'appui efficace de l'ENSEA, qu'ils en soient remerciés.

Nous tenons également à exprimer nos remerciements aux enquêteurs qui ont assuré avec sérieux la collecte des informations.

Agnès GUILLAUME  
Démographe à l'IRD  
CEPED  
15 rue de l'École de Médecine  
75006 Paris  
guillaume@ceped.ined.fr

## INTRODUCTION

En Côte d'Ivoire, comme dans bien d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, la fécondité se maintient encore à des niveaux élevés puisque l'indice synthétique est, selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 1998-99, de 5,2 enfants par femme (Ministère de la planification et de la programmation du développement et *al.*, 1999). Elle a cependant enregistré une baisse significative durant les cinq dernières années particulièrement marquée en milieu urbain et pour les femmes d'un niveau d'éducation supérieur. En effet, depuis l'Enquête Démographique et de Santé de 1994 (Kouassi, 1995), l'indice de fécondité, au niveau national, a connu une baisse de 0.5 points passant de 5.7 à 5.2 enfants par femmes. Cette diminution est plus importante chez les femmes instruites et en zone urbaine : ainsi, pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieure, la diminution est de 1,5 enfants (3,8 vs 2,3) et dans la ville d'Abidjan elle est de 0.65 enfants (4,1 vs 2,45).

La pratique contraceptive durant cette période a connu une augmentation limitée : ainsi pour l'ensemble des femmes en union, la prévalence contraceptive actuelle est passée de 11,4 % à 15 % et pour les méthodes modernes de 4,3 % à 7,3 %. À Abidjan, la prévalence pour l'ensemble des méthodes a augmenté de 4 points (27,1 % au lieu de 23,4 %) et celle des méthodes modernes de deux points passant de 9,6 % à 11,6 % ; cette prévalence chez les femmes de niveau d'instruction du secondaire ou supérieure pour l'ensemble des méthodes varie de 38,7 % à 40,3 % et de 13,2 % à 19,6 % pour les méthodes modernes. Cette faible prévalence contraceptive pour l'ensemble des femmes s'explique par un accès aux programmes de planification familiale encore limité puisque seulement certains centres de santé ou de l'AIBEF fournissent des prestations dans ce domaine. Cette diffusion assez restreinte de la contraception est due à un engagement tardif de la Côte d'Ivoire dans une politique nationale de population avec une volonté de maîtrise de la croissance démographique (Ministère délégué auprès du Premier Ministre, 1997). En effet, cette politique n'a été adoptée qu'en mars 1997 avec comme objectif notamment de parvenir à une baisse de la fécondité en accroissant la prévalence contraceptive : la réalisation de cet objectif suppose une généralisation des programmes de planification familiale.

La baisse de la fécondité ne peut pas s'expliquer uniquement par la seule utilisation de la contraception et parmi les facteurs susceptibles d'expliquer cette diminution, se pose la question du rôle de l'avortement provoqué. Des études menées en Côte d'Ivoire ont souligné l'importance du recours à l'avortement en zone urbaine comme en zone rurale, bien que cette pratique soit toujours plus élevée en ville (Guillaume et Desgrées du Loû, 1999), et son augmentation récente plus

spécifiquement à Abidjan (Desgrées du Loû, Msellati *et al.*, 1999). Outre son impact sur la fécondité, l'avortement a des conséquences importantes sur la santé des femmes.

L'étude présentée ici a pour objectif d'analyser l'état de l'offre et de la demande en matière de planification familiale afin de mettre en évidence les éventuelles difficultés d'accès à ces programmes et les besoins spécifiques de la population. Nous étudierons ensuite la fécondité et l'importance de l'avortement afin de mettre en évidence comment cette pratique peut intervenir comme moyen de gestion de la fécondité. Nous analyserons plus spécifiquement les relations entre la pratique contraceptive et l'avortement.

### ***Méthodologie de l'enquête***

Cette étude a été menée dans quatre formations sanitaires urbaines d'Abidjan. la FSU de Koumassi, la PMI de Cocody, la FSU Delafosse à Treichville et le CCSU de Williamsville.

A des fins comparatives, l'enquête a été menée selon un protocole commun avec l'étude réalisée dans les FSU-Com en 1998 à Abidjan. L'enquête a été conduite auprès de femmes venues en consultations dans ces centres 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.... Elle a concerné 1200 femmes (300 dans chaque centre) de 15 à 49 ans.

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 (connaissances et pratiques, raisons, pratique de la contraception antérieure et postérieure à l'avortement, perception...).

Elle s'est déroulée sur une période d'environ deux mois en août et septembre 1999.

### ***Le profil socio-démographique des femmes interrogées***

Les femmes enquêtées présentent un profil différent selon les centres de santé où elles ont été interrogées (tableau 1). Leur âge varie entre 15 et 48 ans, elles sont en jeunes (âge moyen de 25,6 ans) et plus de la moitié des femmes (53,0 %) ont moins de 25 ans. Cette part importante des moins de 25 ans se retrouve dans les centres de Cocody, Koumassi, Williamsville, par contre à Treichville, les femmes sont plus âgées puisque 52,3 % d'entre elles ont plus de 25 ans.

La majorité (72 %) des femmes est en union au moment de l'enquête, essentiellement en union monogame (73,1 %), et celles qui ne sont pas en union sont essentiellement célibataires. La tendance est identique dans tous les centres de santé.

Le niveau de scolarisation des femmes est faible, puisque près de 44 % des femmes n'ont pas été scolarisées, 30 % ont seulement un niveau primaire et 26 % un niveau secondaire ou supérieur. Les femmes interrogées à Cocody et Williamsville sont plus nombreuses à avoir poursuivi leurs études dans le deuxième cycle du secondaire ou le niveau supérieur (11 %).

**TABLEAU 1 : LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES INTERROGÉES DANS LES 4 CENTRES DE SANTÉ (EN %).**

Caractéristiques	Treichville	Williamsville	Cocody	Koumassi	Ensemble
<b>Groupe d'âge</b>					
<= 24 ans	47,7	53,7	55,0	55,7	53,0
25-34 ans	39,0	36,7	38,3	36,3	37,6
>=35 ans	13,3	9,7	6,7	8,0	9,4
<b>Niveau d'instruction</b>					
Non scolarisées	45,0	48,3	42,7	39,0	43,8
Primaire	29,7	25,0	30,7	36,3	30,4
Second. 1 <sup>er</sup> cycle	18,0	15,7	15,3	17,7	16,7
Second 2 <sup>nd</sup> cycle et +	7,3	11,0	11,3	7,0	9,2
<b>État matrimonial</b>					
En union	68,0	73,0	71,7	73,7	71,6
Non en union	32,0	27,0	28,3	26,3	28,4
<b>Religion *</b>					
Chrétien	35,0	33,7	62,0	54,7	46,3
Musulman	50,7	51,7	32,3	37,0	42,9
Autres religions	14,3	14,7	5,7	8,3	10,8
<b>Profession *</b>					
Commerce	40,3	51,7	37,0	42,0	42,8
Artisanat	14,0	11,0	12,7	12,7	12,6
Élève et étudiante	6,0	4,3	9,0	7,0	6,6
Ménagère	31,7	28,7	24,7	32,7	29,4
Secteur tertiaire	8,0	4,3	16,7	5,7	8,7
Effectif	300	300	300	300	1200

\*(p<0,01)

Source : EPF 1999

Les femmes sont essentiellement de confession religieuse chrétienne (46.3 %) ou musulmane (42.9 %) ; les chrétiennes sont plus nombreuses à Cocody (62 %) et à Koumassi (54,7 %) et les musulmanes à Treichville (50,7 %) et Williamsville (51,7 %).

Comme dans beaucoup de villes africaines, la principale profession exercée par les femmes est le commerce (43 %), tout particulièrement dans le quartier de Williamsville (51.7 %). Près d'un tiers des femmes déclarent être uniquement ménagères (29,4 %), mais elles ont souvent une activité secondaire (commerce, artisanat...). Les femmes élèves ou étudiantes sont peu nombreuses dans notre échantillon (entre 4.3 et 9 %) quel que soit le lieu d'enquête. De grands écarts existent au niveau des femmes exerçant dans le secteur tertiaire, deux à quatre fois plus nombreuses à Cocody (16.7 %) qu'à Treichville (8 %) et Williamsville (4.3 %).

Le profil des femmes interrogées est révélateur de la structure du quartier où sont situés les centres de santé. Ainsi, Treichville est une commune où la population est à majorité musulmane, les femmes sont plus âgées, de faible niveau de scolarisation, majoritairement en union, commerçantes ou

ménagères. Comme à Treichville, la population de Williamsville est essentiellement musulmane et l'on y rencontre aussi un bon nombre de commerçantes et de personnes exerçant dans l'artisanat. Ces deux communes présentent un habitat de cours communes. Les femmes de Cocody et Koumassi, quant à elles sont essentiellement de religion chrétienne. Elles sont plus jeunes que celles des deux autres communes. Les femmes interrogées à Cocody exercent leur activité essentiellement dans le secteur tertiaire ou sont élèves et étudiantes. Dans ces deux communes la population est à majorité Akan, ce qui explique qu'elles soient essentiellement de religion chrétienne. La population de Cocody a un standing de vie plus élevé, sa population est constituée en grande partie de cadres.

Ces différents éléments vont conditionner les comportements en santé de la reproduction de ces femmes.

## LA FÉCONDITÉ

La fécondité est analysée en considérant l'issue des grossesses et les intervalles intergénésiques ainsi que la fécondité des adolescentes. Pour l'ensemble des femmes interrogées, l'indice synthétique de fécondité (15-49 ans) des cinq dernières années c'est-à-dire pour la période 1994-1998 est de 4.2 enfants par femme. Cet indice est supérieur à celui des femmes interrogées à l'EDS de 1998-99 puisqu'il se situe à 3.45 enfants pour les femmes de 15 à 49 ans d'Abidjan (Ministère de la planification et de la programmation du développement et *al.*, 1999) : ces différences peuvent s'expliquer par la structure de notre échantillon où les femmes de 20-24 ans, période de forte fécondité représentent plus de 40 % de la population enquêtée. Cependant, la fécondité a connu une légère baisse au cours des quinze dernières années puisque les indices de fécondité pour les femmes âgées de 15 à 39 ans sont passés de 4.7 enfants pour la période antérieure de 10 à 15 ans, à 4.2 pour celle de 5 à 9 ans avant l'enquête, et s'élèvent à 4.07 pour les cinq dernières années précédant l'étude.

### *L'issue des grossesses*

L'histoire génésique complète des femmes a été retracée en enregistrant les naissances vivantes, fausses couches ou grossesses extra utérines<sup>1</sup>, mort-nés et les avortements provoqués que les femmes ont eu au cours de leur vie féconde, ainsi que la grossesse en cours pour les femmes enceintes au moment de l'interview. Parmi les 1200 femmes interrogées, 12.8 % n'ont jamais eu de grossesses et 10,1 % de femmes étaient enceintes au moment de l'enquête (dont 8.8 % pour la première fois). Cette proportion de femmes enceintes est supérieure à celle trouvée lors de l'Enquête

---

<sup>1</sup> Seulement 0.2 % de femmes ont déclaré une grossesse extra utérine : dans les analyses, ces grossesses ont été regroupées avec les fausses couches.

Démographique et de Santé de 1994 où 5 % des femmes à Abidjan se déclaraient enceintes (Kouassi, 1995) : cet écart s'explique par le fait que parmi la population enquêtée dans les centres de santé, un certain nombre de femmes étaient venues en consultation pour le suivi prénatal.

Ces femmes ont eu en moyenne 2.60 grossesses toutes issues confondues, 2.02 naissances vivantes, 0.05 mort-nés, 0.16 fausses couches et 0.38 avortements.

Parmi les femmes ayant eu au moins une grossesse, la proportion de celles qui se sont soldées par un échec naturel c'est-à-dire une fausse couche, une grossesse extra-utérine ou un mort né est élevée dans la population considérée puisque 17.9 % des femmes déclarent en avoir eu au moins un. Les fausses couches représentent une part importante de ces échecs de la grossesse (tableau 2) : 11.1 % des femmes déclarent une fausse couche et 3.2 % en déclarent deux ou plus. Les niveaux sont moins élevés pour les mort-nés : 4.3 % des femmes en déclarent un seul et 0.4 % en ont eu deux ou plus.

Ces proportions d'échec naturel de la grossesse sont moins élevées à Abidjan qu'à Niakaramandougou (dans le Nord est de la Côte d'Ivoire) où lors d'une enquête menée en 1998, la proportion de femmes ayant eu au moins un échec naturel de la grossesse est de 21.0 %, 14 % ont eu au moins une fausse couche et 9.3 % au moins un mort-né (Zanou, Desgrées du Loû et *al.*, 1999). La différence de couverture sanitaire entre ces deux zones et consécutivement les meilleures qualités du suivi prénatal et des conditions d'accouchement expliquent en partie ces différences.

**TABLEAU 2 : PROPORTIONS DE FEMMES AYANT EU UNE FAUSSE COUCHE, UN MORT NÉ, UN ÉCHEC NATUREL DE LA GROSSESSE OU UN AVORTEMENT PROVOQUÉ PARMI LES FEMMES AYANT EU AU MOINS UNE GROSSESSE TERMINÉE (N=1047 FEMMES)**

Proportion des femmes ayant eu	Au moins une fois	Une fois	deux fois ou plus
- une fausse couche ou GEU (1)	14.3	11.1	3.2
- un mort-né (2)	4.7	4.3	0.4
- un échec naturel de la grossesse (1) + (2)	17.9	13.7	4.2
- un avortement provoqué	27.8	16.9	10.9

Source : EPF 1999

Par contre, la fréquence des avortements provoqués est élevée puisque 27.8 % des femmes ont interrompu au moins une de leur grossesse de cette façon. Cette pratique est souvent à répétition puisque 10.9 % des femmes en ont fait deux ou plus.

Ainsi, ce fort taux d'échec naturel conjugué à une pratique fréquente de l'avortement explique que presque un quart des grossesses ne se soient pas terminées par une naissance vivante : sur les 3092 grossesses des femmes seulement un peu plus de trois quarts (77.8 %) se sont soldées par une naissance vivante, près de 15 % se sont terminées par un avortement provoqué, 1,9 % de ces grossesses ont eu pour issue des mort-nés, et 6,2 % une fausse couche ou une grossesse extra-utérine (tableau annexe 1).

L'issue des grossesses diffère selon l'âge des femmes au moment de l'enquête. Ainsi, les femmes de moins de 25 ans ont plus recouru à l'avortement provoqué (19,3 %), que celles des âgées de 25 à 34

ans (15,5 %) mais surtout comparativement à celles de plus de 35 ans (6,2 %). De même, les taux de fausses couches ou de grossesses extra-utérines sont plus élevés chez les femmes de moins de 35 ans (6.4 et 6.6 %) que chez celles de plus de 35 ans, alors que la proportion de grossesses terminées par un mort-né reste relativement stable quel que soit l'âge des femmes (entre 1.5 et 1.8 %) : la fréquence des fausses couches est souvent plus élevée en début de vie féconde, ce qui est étroitement lié à la parité des femmes, les premières grossesses étant souvent plus à risque. Lorsque l'on considère l'issue des grossesses selon leur rang, environ trois quarts de celles de rang un et deux (72.3 % et 77.2 %) seulement se sont terminées par une naissance vivante, 9.5 % et 6.8 % par un échec naturel (fausse couche ou mort né) et 18.2 et 16 % par un avortement provoqué. Les fausses couches et morts nés sont particulièrement fréquents lors de la première grossesse : 7.3 % et 2.2 %.

La prévalence du taux d'avortement augmente fortement en fonction du niveau d'instruction des femmes : presque 6 fois plus de femmes de niveau d'instruction du second cycle du secondaire et du supérieur ont une grossesse terminée par un avortement comparativement aux femmes non scolarisées. Les proportions de fausses couches sont plus élevées chez les femmes du niveau d'instruction secondaire : il y a peut-être de la part de ces femmes une meilleure déclaration de ce type d'événement.

Les femmes non en union pratiquent plus l'avortement que celles en union, le même constat a d'ailleurs été fait dans de nombreuses études. Par contre la proportion fausse couche est plus élevée chez les femmes en union et celles des morts nés chez celles femmes non en union : ces différences sont liées à l'âge et à la parité des femmes.

Les femmes musulmanes se distinguent de celles de religions chrétiennes ou sans religion par un faible recours à l'avortement provoqué et une forte proportion de fausses couches.

Lorsque l'on analyse le devenir des grossesses selon la profession actuelle exercée par les femmes, les élèves présentent le plus grand risque d'avortements et de fausses couches, ce qui est lié à leur situation matrimoniale, leur jeune âge et leur faible parité ; les échecs naturels de la grossesse sont plus importants chez les femmes artisans ou ménagères.

De grandes disparités selon les issues de grossesses apparaissent selon les centres de santé où les femmes ont été interrogées qui renvoient bien évidemment au profil des femmes fréquentant ces centres. Les femmes interrogées à Cocody et à Williamsville déclarent plus de fausses couches (7.4 % et 8 %) que celles des autres centres, dans ce dernier centre elles mentionnent également avoir eu également plus d'enfants mort-nés.

Ces données montrent bien l'importance de la mortalité intra-utérine et de la pratique des avortements chez ces femmes abidjanaises.

### ***L'intervalle intergénéral.***

Le nombre de mois qui sépare deux naissances consécutives influence la santé de la mère, mais aussi de l'enfant. Selon l'EDS 1994, « *il faudrait au moins deux ans (24 mois) entre deux naissances consécutives, pour préserver la santé de l'aîné et limiter les risques de décès chez la mère et chez l'enfant* » (Kouassi, 1995). Ces intervalles ont été étudiés entre les 8 premières naissances vivantes (tableau 3).

L'intervalle entre deux naissances est dans 9 % des cas inférieur à 17 mois et dans 3,8 % compris entre 18 et 23 mois : 12,8 % des naissances sont espacées d'une durée de moins de deux ans exposant ainsi les enfants à un fort risque de décéder. Plus du tiers (34,7 %) des écarts entre deux naissances consécutives ont eu lieu entre 24 et 35 mois et plus de la moitié (52,6 %) d'entre eux a lieu après 36 mois.

L'espacement des naissances varie selon les caractéristiques des femmes. Une plus importante proportion d'intervalles de naissances de moins de deux ans (15,2 %) est constatée chez les femmes de plus de 35 ans et chez celles de moins de 25 ans (13,1 %) : pour les jeunes femmes ces intervalles ne reflètent que le début de leur vie féconde puisque dans la majorité des cas, il ne s'agit que de leurs deux premières naissances.

Si l'on considère le rang de naissance de l'enfant, ces intervalles se situent en majorité entre 24 et 35 mois, excepté l'écart entre la 5<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> naissance qui est dans 35,6 % des cas entre 36 et 47 mois. A partir de la 6<sup>ème</sup> naissance, une proportion importante de naissances se produit dans un intervalle de moins de deux ans, avec tous les risques de santé que cela comporte pour les enfants.

Peu de différences apparaissent dans les proportions de femmes ayant des naissances à moins de deux ans d'intervalles selon le niveau d'instruction. Par contre, les femmes non scolarisées sont plus nombreuses à avoir des intervalles entre naissances inférieurs à 18 mois. Les femmes d'un niveau secondaire ou supérieur ont à l'opposé dans 60 % des cas de longs intervalles entre naissances de plus de trois ans. Ces différences sont certainement liées à la pratique de la contraception et de l'avortement plus fréquente chez les femmes d'un haut niveau d'instruction (voir infra).

Lorsque l'on considère l'appartenance religieuse des femmes, il apparaît que les musulmanes espacent beaucoup moins leurs naissances que les femmes de religion chrétienne (respectivement 50,8 % ont des intervalles de naissances inférieurs à 36 mois contre 44,9 %) : les femmes musulmanes ont des descendance plus élevées que les chrétiennes, et une pratique plus limitée de la contraception.

Les intervalles entre les naissances varient fortement selon le lieu où les femmes ont été enquêtées. Celles interrogées à Williamsville sont particulièrement peu nombreuses à avoir des intervalles



intergénérisques de courte durée puisque seulement 3.9 % ont des intervalles de moins de 18 mois alors que ces proportions sont plus de quatre fois plus élevées dans les autres centres de santé. Les durées médianes se situent entre 32.5 mois à Koumassi et 35.8 mois à Treichville où la population est à dominante musulmane.

La durée de ces intervalles entre naissances varie selon les caractéristiques des femmes : ces durées différent de celles mesurées lors de l'EDS de 1994 où pour la ville d'Abidjan, la durée médiane entre les grossesses était de 36.2 mois alors qu'elle est inférieure d'environ un mois (35.3 mois) dans notre population d'étude.

**TABEAU 3 : RÉPARTITION DES NAISSANCES VIVANTES SELON LES ÉCARTS ENTRE LES 8 NAISSANCES CONSÉCUTIVES PAR CATÉGORIES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (EN %)**

Caractéristiques	Nombre de mois écoulés entre les 8 premières naissances vivantes					effectif de naissances
	7-17	18-23	24-35	36-47	48 ou +	
<b>Groupe d'âge*</b>						
<= 24 ans	7,2	5,9	39,6	28,4	18,9	222
25-34 ans	7,6	3,4	34,0	33,2	33,2	711
>=35 ans	11,8	3,4	33,4	25,4	25,4	473
<b>Rang de naissance*</b>						
1-2	7,5	5,3	32,1	23,0	32,1	583
2-3	8,0	2,1	36,0	23,5	30,4	336
3-4	8,2	1,9	40,6	26,6	22,7	207
4-5	7,5	4,5	35,3	23,3	29,3	133
5-6	19,2	4,1	27,4	35,6	13,7	73
7 et +	18,9	2,7	39,2	21,6	17,60	74
<b>Niveau d'instruction*</b>						
Non scolarisées	10,5	2,3	36,2	25,6	25,4	810
Primaire	7,9	4,4	36,4	22,5	28,8	365
Secondaire et +	5,2	7,8	26,8	22,5	37,7	231
<b>État matrimonial</b>						
En union	9,5	3,7	34,6	24,2	28,0	1282
Non en union	3,2	4,0	36,3	25,0	31,5	124
<b>Religion*</b>						
Chrétien	9,4	5,2	30,3	25,0	30,1	555
Musulman	9,5	3,1	38,2	24,2	25,0	739
Autre religion	3,6	0,9	33,9	20,5	41,1	112
<b>Profession</b>						
Commerce	9,6	3,2	36,5	23,0	27,6	833
artisanat	6,8	4,2	32,2	21,2	35,6	118
Élèves et étudiantes	12,5	18,8	12,5	37,5	18,8	16
Ménagères	8,2	3,4	33,7	27,9	26,8	377
Secteur tertiaire	8,1	8,1	27,4	21,0	35,5	62
<b>Lieu d'enquête*</b>						
Treichville	11,1	3,1	28,2	23,1	34,5	386
Williamsville	2,5	1,4	41,0	30,3	24,9	366
Cocody	12,9	4,4	33,2	25,1	24,4	271
Koumassi	10,2	6,3	36,3	19,1	28,2	383
<b>Ensemble</b>	9,0	3,8	34,7	24,3	28,3	1406

\* p<0,01

Source : EPF 1999

### *Intervalles entre grossesses en fonction de l'issue de grossesses successives*

La durée moyenne de l'intervalle entre deux grossesses va varier en fonction de leurs issues successives : le comportement des femmes, le désir d'espacement des naissances ou de remplacement d'une grossesse qui a échoué, ainsi que des facteurs biologiques vont expliquer ces différences dans la durée des intervalles.

Quand une grossesse se termine par une naissance vivante, la durée moyenne de l'intervalle avec la grossesse suivante est de 35.8 mois, alors qu'elle n'est que de 34.7 mois s'il s'agit d'une enfant mort-né, de 30.0 mois dans le cas d'une fausse couche et de 26.2 mois dans le cas d'un avortement provoqué (tableau 4). Les durées des intervalles sont plus courtes après un échec naturel de la grossesse ou un avortement provoqué.

Si l'on considère les événements répétitifs (qui figurent sur la diagonale du tableau 4), on constate que les écarts sont beaucoup plus longs entre deux naissances vivantes successives (36.7 mois), qu'entre deux avortements provoqués (22.9 mois) ou deux fausses couches (13.5 mois). La pratique de l'allaitement et de l'abstinence post-partum contribuent à un allongement de l'intervalle entre deux grossesses successives quand la grossesse de rang inférieur se termine par une naissance vivante. L'intervalle entre deux fausses couches successives est très réduit révélant une prédisposition à ce type d'événements, mais aussi un désir de remplacement en cas d'échec d'une grossesse.

**TABLEAU 4 : DURÉE MOYENNE (EN MOIS) ENTRE GROSSESSES SUCCESSIVES EN FONCTION DE LEURS ISSUES, ET RÉPARTITION DES GROSSESSES SUCCESSIVES SELON L'ISSUE**

ISSUE N	ISSUE N+1				Ensemble
	Nés vivants	Mort-nés	Fausses couche	Avortements provoqués	
Nés vivants	36,7 85,1 %	23,5 1,4 %	26,2 4,4 %	37,8 9,2 %	35,8 1493
Mort-nés	37,3 (*) 82,5 %	12,0 (*) 2,5 %	11,0 (*) 10,0 %	40,0 (*) 5,0 %	34,7 40
Fausses couches	33,3 76,4 %	23,3 (*) 1,4 %	13,5 21,6 %	52,8 (*) 0,7 %	30,0 148
Avortements provoqués	28,6 61,8 %	54,0 (*) 0,8 %	48,0 (*) 4,1 %	22,9 33,2 %	26,2 364
Total	35,8 80,2 %	24,7 4,3 %	23,4 5,7 %	33,5 12,8 %	34,3 2045

\*effectif<30 Anova <0,01 éta carré<0,05

source : EPF 1999

Quand la grossesse se termine par une naissance vivante, dans 85 % des cas la grossesse suivante se termine par une naissance vivante, 1.4 % par un mort né, 4.4 % par une fausse couche et 9.2 % par un avortement provoqué. Cet avortement peut répondre à un souci d'espacer ou de limiter la descendance.

Quand la grossesse s'est soldée par un mort né ou une fausse couche dans respectivement, 82.5 % et 76.4 % seulement la grossesse suivante se termine par une naissance vivante et plus rares sont les cas d'avortements provoqués après un échec naturel d'une grossesse : ainsi si la femme a eu un enfant mort-né dans 5 % des cas seulement elle a interrompu la grossesse suivante par un avortement et dans 0.7 % s'il s'agissait d'une fausse couche. Ces échecs de grossesses sont souvent à répétition démontrant une prédisposition à ce type d'événement : ainsi les femmes dont la grossesse s'est soldée par un mort né ont à la grossesse suivante dans 2.5 % des cas un autre enfant mort né et dans 10 % des cas par une fausse couche. Quand il s'agit d'une fausse couche, dans 1.4 % des cas la grossesse suivante se termine par un mort né et dans 21.6 % par une fausse couche.

Quand la grossesse s'est terminée par un avortement provoqué, un tiers des grossesses suivantes connaissent cette même issue. Il s'agit dans ce cas soit de femmes qui ne recourent pas à la contraception ou pratiquent l'avortement pour gérer leur fécondité. Après un avortement, le taux d'échec de la grossesse est faible (0.8 % pour les morts nés et 4.1 % pour les fausses couches) alors que l'on aurait pu penser que cet avortement aurait des conséquences sur les futures grossesses : ces conséquences se mesurent certainement davantage en terme de stérilité secondaire.

L'étude de ces intervalles entre grossesses et de l'issue des différentes grossesses révèle chez certaines femmes une prédisposition à un échec naturel de la grossesse mais aussi une pratique des avortements à répétition chez les femmes (voir infra).

### *L'entrée en vie féconde*

L'étude de l'âge à la première grossesse et à la première naissance des femmes permet de mesurer la précocité de l'entrée en vie féconde et d'expliquer en partie le niveau de la descendance finale atteinte.

La fécondité est précoce chez les femmes enquêtées dans les centres de santé puisque seulement 58.7 % des femmes âgées de 15-19 ans au moment de l'enquête n'avaient pas encore de naissances vivantes. Elles débutent très tôt leur vie féconde puisque l'âge médian à leur première grossesse est de 16.4 ans et à leur première naissance de 16.8 ans. Près de trois quarts de ces femmes avaient eu leur première naissance avant 18 ans alors que pour celles âgées de plus de 20 ans au moment de l'enquête moins d'un quart avaient eu leur première naissance à cet âge (tableau 5)

Si l'on considère l'évolution de cet âge médian à la première naissance entre les femmes en début de vie féconde (de moins de 25 ans) et celles en fin de vie féconde (de plus de 35 ans), un rajeunissement de l'âge à la première naissance s'est opéré surtout entre les plus jeunes et plus anciennes générations de femmes.

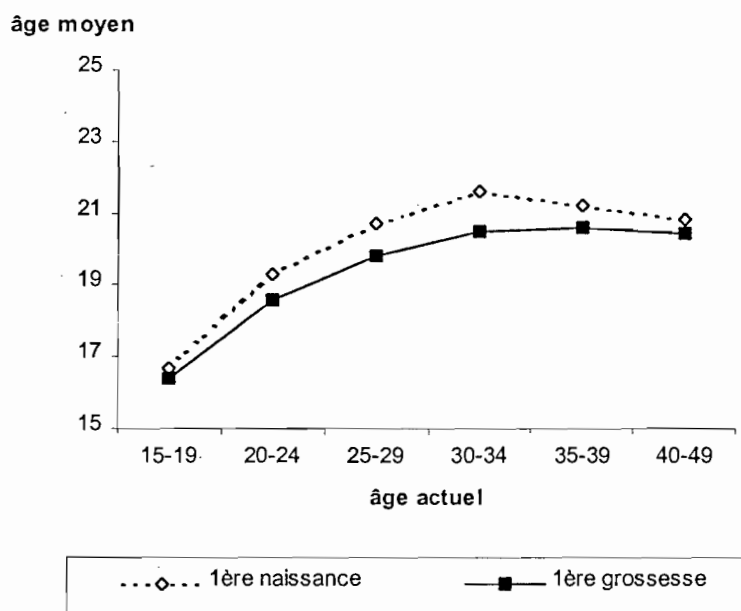
**TABEAU 5: RÉPARTITION (EN %) DES FEMMES SANS NAISSANCES VIVANTES, ÂGES MÉDIAN ET MOYEN À LA PREMIÈRE NAISSANCE VIVANTE ET GROSSESSE SELON L'ÂGE ACTUEL DES FÈMMES**

Âge actuel	Femmes sans naissances	Âge à la première naissance (en années)							Âge à la 1 <sup>ère</sup> naissance vivante		Âge à la 1 <sup>ère</sup> grossesse	
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	>=25	effectif	Médian	moyen	Médian	moyen
15-19	58,7	4,7	67,2	28,1	-	-	-	64	16,8	16,7	16,6	16,4
20-24	18,9	3,8	18,2	29,2	32,3	16,4	-	390	19,4	19,3	18,6	18,6
25-29	7,8	5,0	17,6	17,6	17,2	20,7	21,8	261	20,6	20,7	19,6	19,8
30-34	6,0	1,9	21,5	16,5	15,8	18,4	25,9	158	20,8	21,6	19,8	20,5
35-39	1,3	1,3	17,3	24,0	21,3	18,7	17,3	75	19,9	21,2	19,6	20,6
40-49	-	2,7	18,9	18,9	27,0	10,8	21,7	37	19,7	20,8	20,0	20,4
Total	17,9	3,7	21,7	23,2	22,5	16,8	12,1	985	19,6	20,1	18,8	19,2

Source : EPF 1999

Lorsque l'on considère les différences de l'âge médian à la première grossesse, entre les jeunes femmes et les plus âgées, cette tendance au rajeunissement est beaucoup plus marquée et son évolution est linéaire à chaque âge : cet âge passe de 16.6 ans pour les femmes de moins de 20 ans à 18.6 ans pour celles âgées de 20-24 ans, et se situe entre 19.6 ans et 20 ans pour les femmes âgées actuellement de plus de 25 ans.

**FIGURE 1 : ÂGE MOYEN À LA 1<sup>ÈRE</sup> GROSSESSE ET À LA 1<sup>ÈRE</sup> NAISSANCE SELON L'ÂGE ACTUEL DES FEMMES**



Ces résultats révèlent certainement une plus grande précocité des rapports sexuels<sup>2</sup> et consécutivement des premières grossesses. Ils montrent aussi l'importance des grossesses non à terme puisque les écarts entre les âges moyens aux premières grossesses et naissances se situent entre 2 mois et un an. Ils sont en partie dus à la pratique de l'avortement puisque ; en effet, quel que soit

<sup>2</sup> aucune question sur l'âge d'entrée en vie sexuelle n'a été posée au moment de l'enquête

l'âge actuel des femmes, l'âge moyen au premier avortement est de 18 ans alors que pour toutes les autres issues de grossesses, cet âge se situe entre 19.5 et 19.6 ans.

### ***La fécondité des adolescentes<sup>3</sup>.***

L'analyse des âges aux premières grossesse et naissance révèle une précocité de la fécondité des femmes ; ces grossesses précoces peuvent avoir un effet néfaste sur la santé des femmes et de leurs enfants. Quel est le niveau de la fécondité des adolescentes, c'est-à-dire des femmes âgées de moins de 20 ans au moment de l'enquête ?

Les adolescentes commencent très tôt leur vie féconde, puisque 41.3 % sont déjà mères et 35.5 % sont enceintes d'une première grossesse et 85.8 % ont déjà commencé leur vie féconde (tableau 6). Les différences par années d'âge ne sont pas significatives.

Près la moitié des adolescentes non scolarisées ou du niveau primaire (49 %) sont déjà mère d'un enfant, alors que seulement 12 % de celles du niveau secondaire ou supérieur ont déjà eu un enfant : ces différences confirment l'importance de l'utilisation de l'avortement chez les femmes de niveau d'éducation secondaire ou supérieure. Par contre 39.4 % d'entre elles sont enceintes pour la première fois.

Les adolescentes mariées (63.4 %) sont presque trois fois plus nombreuses à avoir débuté leur vie féconde que celles qui ne sont pas en union (22.6 %) : ce constat n'est pas surprenant dans la mesure où les grossesses illégitimes restent encore mal acceptées par la société. Par contre plus d'adolescentes non mariées ont débuté leur vie féconde (54.2 %) que d'adolescentes mariées (45.8 %) : cet écart entre les proportions de femmes déjà mères et ayant commencé leur vie féconde est certainement lié à une forte pratique de l'avortement chez les femmes non en union (voir infra).

Les femmes musulmanes débutent leur vie féconde plus jeunes que les femmes des autres religions : ces différences sont certainement dues à une plus grande précocité de l'âge au mariage.

Lorsque l'on considère, le comportement reproductif de ces adolescentes selon leur activité économique, il apparaît que les femmes engagées dans le commerce et, dans une moindre mesure, les femmes ménagères débutent plus tôt leur vie féconde comparativement aux femmes du secteur tertiaire ou encore élèves où seulement 7.7 % et 4.5 % ont déjà eu un premier enfant : l'effet de l'éducation apparaît comme nous l'avons déjà mentionné.

---

<sup>3</sup> Les adolescentes sont les femmes ayant un âge compris entre 15 et 19 ans.

**TABLEAU 6 : RÉPARTITION DES ADOLESCENTES ENCEINTES D'UN PREMIER ENFANT, DÉJÀ MÈRES ET AYANT DÉJÀ COMMENCÉ LEUR VIE FÉCONDE, SELON LEURS CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (EN %) (N=155)**

Caractéristiques	Adolescentes (%):		Adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde <sup>(1)</sup>
	Mères	Enceintes d'un premier enfant	
<b>Âge actuel</b>			
15	23.1	46.2.	76.9
16	31.3	56.3	87.5
17	48.7	20.5	87.2
18	39.1	39.1	85.5
19	55.6	27.8	88.9
<b>Instruction</b>	(*)		
non scolarisées	49.3	31.9	88.4
primaire	49.1	37.7	90.6
secondaire et plus	12.1	39.4	72.7
<b>État matrimonial</b>	(*)		(*)
en union	63.4	33.8	45.8
non en union	22.6	36.9	54.2
<b>Religion</b>	(*)		
chrétien	21.1	46.5	83.1
musulman	60.9	27.5	89.9
Autre	46.7	20.0	80.0
<b>Profession</b>	(*)		(*)
Commerce	65.1	25.6	90.7
Artisanat	20.0	60.0	95.0
Élèves, étudiantes	4.5	50.0	68.2
Ménagères	52.6	28.1	91.2
Secteur tertiaire	7.7	38.5	61.5
<b>Lieu d'enquête</b>	(*)	(*)	
Treichville	69.0	24.1	100
Williamsville	55.3	13.2	78.9
Cocody	25.0	50.0	83.3
Koumassi	27.5	47.5	85.0
Effectif	41,3 (64)	35,5 (55)	85,8 (133)

(1) les adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde sont les femmes âgées de 15-19 ans qui ont eu une déjà eu une grossesse ou qui sont actuellement enceintes - (\*) p<0.01

Source : EPF 1999

Selon les centres de santé, les femmes interrogées ont des comportements reproductifs très différents : ainsi à Cocody et Koumassi un quart seulement des femmes ont déjà eu un enfant, alors qu'elles sont plus de la moitié dans les deux autres centres ; par contre la relation est inverse lorsque l'on considère la proportion de femmes enceintes pour la première fois.

Cette étude relative aux adolescentes montre la précocité de leur fécondité et l'importance des grossesses qui n'aboutissent pas à une naissance vivante.

## LA CONTRACEPTION.

A travers sa politique de population implantée en 1997, la Côte d'Ivoire a affiché une volonté de maîtrise de la croissance démographique et donc de la fécondité (Ministère délégué auprès du Premier Ministre, 1997). Les objectifs fixés sont une réduction du niveau de fécondité qui doit

atteindre 4,5 enfants d'ici l'an 2015 et une généralisation des programmes de planification familiale en vue d'accroître la prévalence contraceptive. Mais actuellement, l'implantation des programmes de planification familiale reste limitée.

L'AIBEF assure depuis de nombreuses années des prestations en planification familiale, et dispose d'environ 60 cliniques sur l'ensemble du pays. Ces points de prestations sont soit des cliniques indépendantes soit des services intégrés dans des centres de santé publique.

### *L'offre de planification familiale*

La situation de l'offre de contraception est variable dans les quatre centres étudiés. La méthode des implants, le Norplant n'est pas disponible actuellement en Côte d'Ivoire.

Dans la FSU de Treichville, aucun service de prestation de planification familiale n'existe et les femmes sont redirigées vers le centre de l'AIBEF situé dans le CHU de la même commune.

À Koumassi, un centre de l'AIBEF fonctionne depuis de 1993 et reçoit environ 200 à 250 patientes par mois : dans ce centre toutes les méthodes sont prescrites. A Cocody, le centre de planification familiale est intégré aux services de la P.M.I. où les femmes viennent pour le suivi prénatal et postnatal, 150 à 200 femmes consultent chaque mois. À Williamsville, un service de planification familiale fonctionne dans le cadre de la FSU. Ce centre reçoit environ 60 à 80 nouvelles consultantes par mois. Dans ces deux centres, toutes les méthodes sont proposées aux femmes à l'exception du stérilet, les sages femmes n'ayant pas le matériel disponible pour en assurer la pose.

Ces services organisent des séances d'IEC pour les femmes et leur fournissent les contraceptifs : cette sensibilisation par le biais de causerie est très importante.

Les sages-femmes de ces centres ont souligné la forte demande de planification familiale, surtout de la part des jeunes femmes : celles qui n'ont pas accès à la planification familiale recourent fréquemment à l'avortement pour éviter des grossesses non désirées ou parfois abandonnent leurs enfants à la naissance.

Cet état de l'offre de planification familiale va expliquer en grande partie les niveaux de connaissance et de la pratique de la contraception des femmes.

Pour cette analyse, les méthodes contraceptives ont été classées en deux groupes :

- les méthodes naturelles : la méthode Ogino, la méthode des cycles, le retrait, puis l'abstinence.
- les méthodes modernes : la pilule, les injectables, le stérilet, le préservatif masculin, les spermicides, le préservatif féminin<sup>4</sup>...

---

<sup>4</sup>Les préservatifs féminins sont peu commercialisés : certains centres, qui travaillent notamment en liaison avec le Programme National de Lutte contre le Sida en distribuent.

Les méthodes naturelles ont été considérées car bien que peu efficaces, leur prévalence dans la population est importante et elles attestent d'un besoin de régulation de la fécondité.

### ***La connaissance de la contraception.***

La connaissance des méthodes contraceptives des femmes est bonne puisque 93,4 % déclarent connaître au moins une méthode de contraception (tableau 7) : celle des méthodes modernes est meilleure que pour les méthodes naturelles (92,3 % contre 42,3 %). Lors de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1998-1999, ces proportions étaient de 91,5 % pour l'ensemble des méthodes contre 90 % pour les seules méthodes modernes (Koffi, 1995) et lors de l'enquête menée en 1998 dans quatre FSU-Com de la ville d'Abidjan, 96,4 % des femmes déclaraient connaître au moins une méthode et 94,6 % une méthode moderne (Guillaume, 1999).

La pilule est la méthode la mieux connue (89,6 %), suivie du préservatif masculin (67,8 %) et de l'injectable (65,8 %) : ces trois méthodes sont les plus fréquemment prescrites dans les centres de planification familiale. Les niveaux élevés de connaissance des préservatifs et de la pilule sont liés aux campagnes de sensibilisations faites dans le cadre de la lutte contre le SIDA, mais aussi pour les pilules « Confiance ». Ces pilules sont en vente libre dans les pharmacies, mais aussi dans des kiosques. Parmi les méthodes naturelles, la méthode Ogino est la mieux connue (34,7 %) suivie de l'abstinence (22,9 %).

**TABLEAU 7 : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LEUR ETAT MATRIMONIAL ET LE TYPE DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES CONNU (EN %).**

Méthodes contraceptives	Ensemble	Femmes en union	Femmes non en union
<b>N'importe quelles méthodes</b>	93,4	92,2	96,5
<b>Méthodes modernes</b>	92,3	90,7	96,5
Injectables	65,8	66,2	63,0
Préservatif	67,8	63,3	78,9
Spermicides	9,2	8,1	11,7
Pilules	89,6	88,1	93,3
Norplant	2,5	2,3	2,9
Stérilet	43,7	43,1	45,2
Autre méthode moderne	0,4	0,0	1,5
<b>Méthodes naturelles</b>	42,3	39,6	49,0
Abstinence	22,9	22,5	24,0
Retrait	4,8	3,3	8,8
Méthode des cycles, Ogino	34,7	31,0	44,0
<b>Effectif</b>	1200	859	341

Source : EPF 1999

La connaissance des méthodes varie selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes (tableau 8)

Les jeunes femmes (moins de 25 ans) ont globalement une moins bonne connaissance des méthodes contraceptives quel que soit le type de méthode considéré. Le niveau de connaissance de la contraception progresse très nettement en fonction du niveau d'instruction des femmes et l'écart est



très net entre les femmes non scolarisées et celles qui ont atteint le niveau primaire. Les femmes qui ont atteint le niveau secondaire ou supérieur sont quatre fois plus nombreuses à connaître les méthodes naturelles que les femmes sans instruction.

La connaissance des méthodes contraceptives est meilleure chez les femmes non en union que chez celles mariées, la différence est particulièrement marquée pour les méthodes modernes. Ces femmes sont certainement inscrites dans une plus grande maîtrise de leur fécondité.

Quel que soit le type de méthode contraceptive, les femmes musulmanes ont une moins bonne connaissance des méthodes, mais les différences sont plus nettes pour les méthodes naturelles : les interdits de la religion relatifs à la contraception expliquent certainement en partie cette moindre connaissance.

**TABLEAU 8: RÉPARTITION DES FEMMES CONNAISSANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE SELON LEURS CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (EN %).**

Caractéristiques	Méthode quelconque	Méthode moderne	Méthode naturelle	Effectif
<b>Groupe d'âge</b>	**	**	*	
<=24 ans	91,5	90,3	38,1	636
25-34 ans	95,6	94,5	49,9	451
>= 35 ans	95,6	95,6	35,1	113
<b>Niveau d'instruction</b>	*	*	*	
Non scolarisées	87,6	85,9	21,3	525
Primaire	97,0	95,9	45,5	365
Scd 1 <sup>er</sup> cycle	98,5	98,5	65,0	200
Scd 2 <sup>nd</sup> cycle et +	100,0	100,0	90,0	110
<b>État matrimonial</b>	*	*	*	
en union	92,2	90,7	39,6	859
non en union	96,5	96,5	40,0	341
<b>Religion</b>	*	*	*	
Chrétien	97,5	96,8	54,7	556
Musulman	88,3	87,4	28,5	515
Autre religion	96,1	93,0	43,4	129
<b>Profession.</b>	*	*	*	
Commerce	94,5	93,8	34,5	513
Artisanat	98,0	97,4	52,3	151
Élèves et étudiantes	93,7	92,4	69,6	79
Ménagères	88,4	86,4	34,8	353
Secteur tertiaire	98,1	98,1	70,2	104
<b>Lieu d'enquête</b>	**	*	*	
Treichville	91,7	91,7	39,3	300
Williamsville	92,0	92,0	40,7	300
Cocody	94,3	91,3	61,7	300
Koumassi	95,7	94,3	27,3	
Ensemble	93,4	92,3	42,3	1200
Significativité du test de Chi deux : * p<0,01 - ** p<0,05				

Source : EPF 1999

Les femmes qui exercent la profession de ménagère ont un moins bon niveau de connaissance des méthodes contraceptives, tout type de méthodes confondues. Pour les méthodes naturelles, les niveaux de connaissances sont fluctuants selon la situation professionnelle des femmes : seules les élèves et femmes employées dans le secteur tertiaire de l'économie ont une bonne connaissance de ces méthodes (environ 70 %).

Les variations des niveaux de connaissances selon les centres de santé où les femmes ont été interrogées ne sont pas significatives pour les méthodes modernes. Les femmes interrogées à Koumassi sont particulièrement peu nombreuses à connaître les méthodes naturelles : ce centre de santé qui délivre des prestations de planification familiale ne privilégie pas ce type de méthode dans leurs interventions.

Cette étude de la connaissance de la contraception confirme les résultats d'autres enquêtes qui montrent une bonne connaissance de la contraception à Abidjan. Cette connaissance se traduit-elle par une utilisation importante de la contraception ?

### ***La pratique de la contraception.***

La pratique de la contraception a été considérée à deux périodes : son utilisation à un moment quelconque et son utilisation actuelle.

Plus de la moitié des femmes (54,4 %) ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode contraceptive : 37,6 % pour une méthode moderne et 20,7 % pour une méthode naturelle et un quart (24,2 %) utilise une méthode quelconque au moment de l'enquête : 17,5 % pour une méthode moderne et 5,9 % pour une méthode naturelle.

La pratique contraceptive varie selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes (tableau 9). Les femmes de 25-34 ans pratiquent et ont par le passé beaucoup plus pratiqué la contraception quel que soit le type de méthode, que leurs aînées ou les femmes plus jeunes : les écarts sont particulièrement marqués pour l'utilisation passée des méthodes modernes et dans une moindre mesure pour leur utilisation actuelle. En effet, près de la moitié des femmes (46 %) ont utilisé par le passé une méthode moderne alors que seulement 32 % de celles de moins de 25 ans et 38 % de celles de plus de 35 ans y ont eu recours. Pour l'utilisation actuelle de méthode moderne, la prévalence contraceptive est beaucoup plus faible chez les jeunes femmes : 13,4 % utilisent ce type de méthode alors que plus d'un cinquième des femmes âgées de plus de 25 ans y recourent.

Le niveau d'instruction reste un facteur déterminant dans l'utilisation de la contraception. Pour les différents types de méthodes, aussi bien au niveau de l'utilisation actuelle que de l'utilisation passée. La prévalence contraceptive augmente avec le niveau d'instruction : deux à trois fois plus de femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieur ont, par le passé, utilisé une méthode moderne de contraception comparativement aux femmes sans instruction et trois à quatre fois plus pour les méthodes naturelles. Pour l'utilisation actuelle, l'écart est particulièrement net entre les femmes sans instruction et celle de niveau supérieur pour les méthodes modernes. Pour les méthodes naturelles, la prévalence augmente au fur et à mesure que progresse le niveau d'instruction : elle est multipliée par

deux entre les femmes du niveau d'instruction primaire par rapport à celles sans instruction, par trois pour celles du premier niveau du secondaire et par quatre pour celles des niveaux supérieurs.

Cet impact du niveau d'instruction sur la prévalence contraceptive a été souligné dans de nombreuses études et révèle l'importance d'un gain même minime en terme de niveau d'instruction sur la prévalence contraceptive (Lesthaeghe et Jolly, 1994).

**TABEAU 9 : LES PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION SELON LE TYPE DE MÉTHODE ET LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES EN (%)**

Caractéristiques	Utilisation à un moment quelconque			Utilisation actuelle			Effectif
	Toutes méthodes	méthode moderne	méthode naturelle	Toutes méthodes	méthode moderne	méthode naturelle	
<b>Groupe d'âge</b>	*	*	**	*	*		
<= 24 ans	46,5	31,9	17,5	19,8	13,4	6,0	636
25-34 ans	65,0	45,5	24,8	30,2	22,6	6,2	451
>= 35 ans	56,6	38,1	22,1	24,8	20,4	4,4	113
<b>Niveau d'instruction</b>	*	*	*	*	**	*	
Non scolarisées	38,3	25,0	11,0	19,0	14,9	3,2	525
Primaire	59,7	39,5	22,2	24,7	17,8	5,8	365
Second. 1 <sup>er</sup> cycle	72,0	52,5	32,5	28,0	18,5	9,0	200
Second 2 <sup>nd</sup> cycle et +	81,8	64,5	40,0	40,0	27,3	13,6	110
<b>État matrimonial</b>	**						
en union	52,6	35,9	19,6	22,9	16,4	5,7	859
non en union	58,9	41,9	23,5	27,3	20,2	6,5	341
<b>Religion</b>	*	*	*	*	**		
Chrétien	68,9	46,9	31,7	28,4	20,7	7,4	7,4
Musulman	37,5	26,0	9,3	20,2	14,8	4,7	4,7
Autre religion	59,7	43,4	18,6	21,7	14,7	4,7	4,7
<b>Profession.</b>	*	*	*	*	*	*	
Commerce	50,9	32,7	17,3	25,5	20,3	4,7	513
Artisanat	69,5	51,7	23,8	23,2	15,2	6,6	151
Élèves et étudiantes	62,0	43,0	32,9	30,4	20,3	11,4	79
Ménagères	44,5	31,2	15,3	15,3	9,6	4,0	353
Secteur tertiaire	77,9	58,7	41,3	44,2	31,7	13,5	104
<b>Leu d'enquête</b>	*	*	*	*	*	*	*
Treichville	51,3	41,7	16,0	10,0	5,7	3,7	300
Williamsville	40,3	29,7	11,0	16,0	12,0	3,7	300
Cocody	71,3	38,3	39,7	38,0	25,0	12,3	300
Koumassi	54,7	40,7	16,0	32,7	27,3	4,0	300
Ensemble	54,4	37,6	20,7	24,2	17,5	5,9	1200

significativité du test de Chi deux : \* p<0,01 - \*\* p<0,05

Source : EPF 1999

La prévalence contraceptive actuelle comme passée, quelque soit le type de méthode est plus élevée chez les femmes non actuellement en union comparativement à celles qui sont mariées : la différence est nettement plus marquée pour les méthodes modernes, ces femmes recherchent certainement une plus grande efficacité des méthodes contraceptives.

Des différences dans la prévalence contraceptive apparaissent également selon l'appartenance religieuse des femmes : quelque soit le type de méthodes, la prévalence contraceptive est plus élevée chez les femmes de religion chrétienne comparativement aux autres religions, en particulier aux

femmes musulmanes : ces femmes sont moins engagées dans une maîtrise de leur fécondité, elles ont d'ailleurs des descendance supérieures aux autres femmes.

Si l'on compare la prévalence contraceptive selon l'activité des femmes, elle est toujours plus élevée pour les femmes élèves ou étudiantes et celles employées dans le secteur tertiaire : cette différence est corrélée à leur niveau d'instruction puisque les femmes d'un niveau d'éducation supérieur utilisent toujours plus la contraception.

Les femmes de Cocody et de Koumassi ont une prévalence actuelle proche (respectivement 27,3 contre 25,0) pour les méthodes modernes : elle est deux fois supérieure à celles des femmes interrogées à Williamsville (12 %) et près de 5 fois celle des femmes de Treichville (5.7 %). Cet écart entre ces centres s'explique par la présence de service spécifique de planification familiale dans les deux premiers centres. Cependant, à Cocody trois fois plus de femmes interrogées utilisent des méthodes naturelles (12,3 %) que celles du centre de santé de Koumassi.

### ***La constitution de la descendance et la pratique de la contraception***

La pratique contraceptive des femmes varie selon la période de leur vie féconde : leurs besoins ne sont pas identiques si elles sont en début ou fin de vie féconde, selon le niveau de leur descendance atteinte et leur désir d'enfant.

L'étude de l'utilisation de la contraception en fonction de constitution de la descendance permet de voir comment les femmes s'inscrivent dans un processus de maîtrise de leur fécondité.

Un peu plus d'un tiers des femmes (38,1 %) utilisent une méthode contraceptive juste après leur première naissance, dans 16 % des cas une méthode moderne et dans 21 % une méthode naturelle (tableau 10 et figure 2).

**TABLEAU 10: UTILISATION DE LA CONTRACEPTION APRÈS CHAQUE NAISSANCE  
SELON LE RANG DE NAISSANCE ET LE TYPE DE MÉTHODE UTILISÉE  
(POUR CHAQUE FEMME AYANT AU MOINS UNE NAISSANCE DE RANG N).**

Après la naissance de rang n	utilisation			effectif
	ensemble des méthodes	méthodes modernes	méthodes naturelles	
1	38,1	16,4	21,7	985
2	42,4	16,5	26,2	583
3	39,6	15,8	23,8	336
4	42,0	15,0	27,1	207
5	44,3	17,3	27,8	133
6	45,2	15,1	30,1	73
7	51,2	20,5	33,3	39

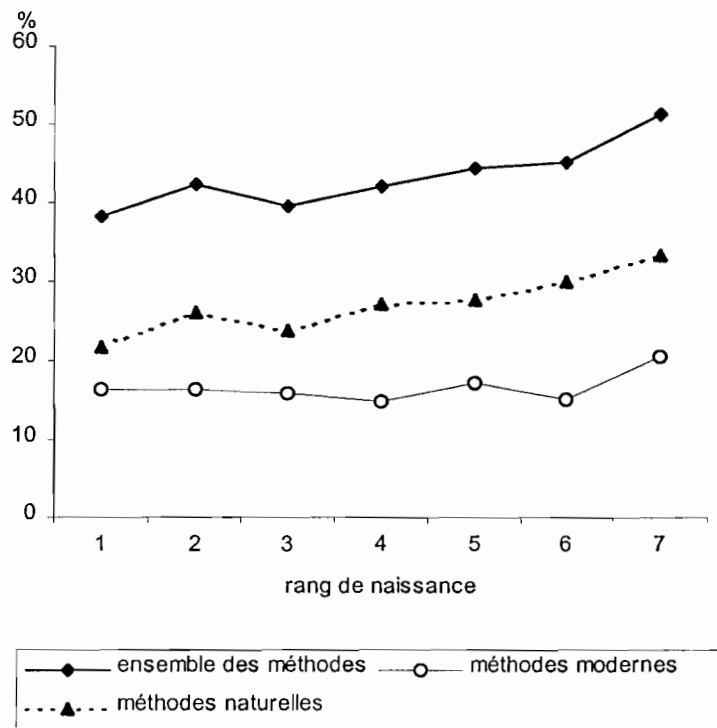
Étant donné la faiblesse des effectifs, les naissances de rang 10 et 11 ont été exclues de l'analyse  
\* comprend les méthodes modernes naturelles, et plusieurs méthodes peuvent être utilisées en même temps

Source : EPF 1999.

Cette pratique progresse au fur et à mesure que les femmes constituent leur descendance mais toujours en privilégiant l'utilisation de méthodes naturelles, dont la prévalence augmente

régulièrement. Après les naissances de rang 7, plus de la moitié des femmes utilisent l'utilisation d'une méthode : une femme sur cinq utilise une méthode moderne et un tiers une méthode naturelle. Ce n'est qu'après la 7<sup>ème</sup> naissance qu'un peu plus de la moitié des femmes (51,2 %) des femmes utilisent une méthode contraceptive : 20,5 % pour les méthodes modernes et 33,3 % pour les méthodes naturelles.

FIGURE 2 : UTILISATION DE LA CONTRACEPTION APRÈS LA NAISSANCE DE RANG N (EN %)



Pour préciser les stratégies de régulation de la fécondité adoptées par les femmes, nous avons considéré le type d'utilisation de la contraception (tableau 11) : s'agit-il d'une utilisation continue signifiant qu'elles recourent à la contraception après chaque naissance pour un meilleur espacement des naissances, d'une utilisation discontinue donc non systématique après chaque grossesse ou alors de femmes qui n'ont aucune stratégie de régulation de leur fécondité par la contraception ?

La proportion de femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception est d'environ 45 % pour les femmes ayant atteint des descendance de 2 ou 4 enfants, elle est d'environ 40 % pour celles qui ont trois enfants et inférieure à 36 % pour celles qui ont eu cinq enfants ou plus au cours de leur vie féconde. Au fur et à mesure de la constitution de leur descendance, les femmes utilisent de plus en plus la contraception mais surtout de façon discontinue sauf pour les femmes de faible parité (deux enfants). Cette utilisation de façon intermittente peut répondre à un souci d'espacer les naissances

pour éviter des grossesses trop rapprochées ou trop nombreuses, mais aussi à un abandon d'une méthode à cause de ses effets secondaires ou suite à l'échec d'une contraception.

**TABLEAU 11: RÉPARTITION (EN %) DES FEMMES PAR TYPE D'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE MODERNE SELON LA DESCENDANCE ATTEINTE.**

Descendance atteinte	type d'utilisation			effectifs de femmes
	jamais utilisé	utilisation discontinuée	utilisation continue	
2	45,3	21,9	32,8	247
3	38,8	35,6	25,6	129
4	44,6	31,1	24,3	74
5	33,3	41,7	25,0	60
6	35,3	44,1	20,6	34

Compte tenu de la faiblesse des effectifs des femmes ayant atteint une descendance de 7 et +, ces rangs ont été exclus de l'analyse

Source : EPF 1999

Près d'un tiers des femmes, qui ont deux enfants ont utilisé la contraception après chaque naissance régulièrement : ces femmes s'inscrivent donc dans un processus de maîtrise de leur fécondité dès le début de la constitution de leur descendance. Quand la parité augmente, entre un quart et 20 % des femmes ont utilisé la contraception de façon continue.

Cette utilisation de la contraception de façon continue montre un désir de régulation de la fécondité par un espacement des naissances tout d'abord et ensuite l'adoption d'une contraception d'arrêt pour atteindre la descendance souhaitée. Les résultats montrent pour certaines femmes un réel désir de maîtrise de leur fécondité. Cette étude des modes de régulations de la fécondité pour être complète doit prendre en compte le rôle de l'avortement utilisé par fois en remplacement ou complément de la contraception, à la suite de l'échec ou de l'abandon d'une méthode (voir infra).

### ***La connaissance de la période féconde.***

Les études menées sur la contraception montrent que bien souvent les femmes connaissent mal le processus biologique de la reproduction et le cycle menstruel, qui sont pourtant indispensables à la compréhension et à l'utilisation correcte de la contraception, tout particulièrement pour les méthodes naturelles. L'efficacité des méthodes contraceptives va dépendre de la connaissance des risques d'exposition à une grossesse et de la période de fécondabilité.

Cette connaissance de la période féconde a été appréhendée en considérant trois modalités :

- les femmes qui pensent que cette période se situe en milieu du cycle ;
- celles qui ont une connaissance douteuse de cette période, c'est-à-dire qui pensent que cette période se situe juste avant ou après les règles ;
- celles qui méconnaissent totalement cette période ou disent qu'elle se situe pendant les règles.

Nous avons considéré cette période féconde pour l'ensemble des femmes et les utilisatrices de la méthode d'Ogino et de l'abstinence.

Les femmes ont dans l'ensemble une mauvaise connaissance du processus de reproduction biologique et de leur période de fécondabilité. Plus de la moitié (57,7 %) des femmes ne connaissent pas leur période féconde, 15,2 % en ont une connaissance douteuse et seulement 27,1 % en ont une connaissance exacte (tableau 12). Ainsi, près de trois quarts (72,7 %) d'entre elles seraient exposées à un risque de grossesse si elles utilisaient des méthodes nécessitant la connaissance de la période féconde. Ces femmes ont globalement un moins bon niveau de connaissance que celles enquêtées lors de l'EDS 1994, puisqu'au niveau national, seulement 43,3 % des femmes ne connaissaient pas leur période féconde.

TABLEAU 12 : CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE (EN %).

Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la méthode d'Ogino	Ensemble
Connaissance :	69,1	27,1
<i>Milieu de cycle</i>	69,1	27,1
Connaissance douteuse :	23,9	15,2
<i>juste après les règles</i>	22,9	15,0
<i>juste avant les règles</i>	0,9	0,2
Ne connaît pas	7,1	57,7
<i>Pendant les règles</i>	0,9	0,4
<i>ne sait pas</i>	6,2	57,3
Effectif	37,8 (454)	1200

Source : EPF 1999

Par contre les utilisatrices de méthodes Ogino ont une bien meilleure connaissance de la période de fécondabilité puisque près des deux tiers (69,1 %) disent qu'il s'agit de la période située en milieu de cycle. Près d'un quart des femmes ont une connaissance douteuse et 7 % l'ignorent totalement : ainsi environ un tiers des utilisatrices de méthodes Ogino, se croyant protégées par cette méthode courent le risque d'une grossesse non désirée car n'ont pas une information suffisante de l'utilisation correcte de cette méthode.

Ce constat souligne l'importance d'une bonne IEC concernant les méthodes de planification familiale, mais aussi les mécanismes de reproduction biologique pour éviter les échecs des méthodes contraceptives.

### ***Les raisons de l'utilisation actuelle de la contraception***

La connaissance des raisons de l'utilisation de la contraception est très importante car elle révèle les besoins des femmes en matière de fécondité. Ainsi on peut appréhender si ces méthodes sont pratiquées uniquement dans un but d'espacement ou au contraire de limitation des naissances.

Les femmes recourent surtout à la contraception dans un but d'espacement des naissances puisque trois quarts d'entre elles (74,8 %), l'utilisent pour retarder la venue du prochain enfant ; seulement 11,4 % s'inscrivent dans un processus de limitation de leur descendance (tableau 13).

**TABLEAU 13 : RAISONS DE L'UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION (EN %).**

Raisons	Méthodes modernes	Méthodes naturelles	N'importe quelle méthode
Pour la santé du dernier-né	7,1	38,0	15,2
Pour attendre d'être mariée	0,5	0	0,3
Pour la santé de la mère	33,3	26,8	9,3
Pour retarder la venue du prochain enfant	78,6	64,8	74,8
Pour ne plus avoir d'enfant	13,3	5,6	11,4
Autre	1,0	1,4	1,3
Effectif	210	71	290

Source : EPF 1999

Ce désir d'espacement des naissances est aussi bien mentionné par les utilisatrices de méthodes modernes (78,6 %) que de méthodes naturelles (64,8 %) mais dans des proportions différentes.

Les femmes qui souhaitent limiter leur descendance sont deux fois plus nombreuses à utiliser les méthodes modernes (13,3 %) que les méthodes naturelles (5,6 %) : elles recherchent donc des méthodes plus efficaces.

La préservation de la santé de la mère et de celle de l'enfant sont aussi deux raisons fréquemment citées. Elles correspondent aux messages diffusés par les prestataires de services en matière de planification familiale : plus d'un tiers (38,0 %) des utilisatrices de méthodes naturelles et 7,1 % des utilisatrices de méthodes modernes déclarent recourir à ces méthodes pour préserver la santé de l'enfant « la pratique de l'abstinence post-partum qui est souvent conseillée à la femme pour protéger la santé de l'enfant, mais aussi pendant l'allaitement » (Guillaume, 1999). Environ un quart (26,8 %) des utilisatrices de méthodes naturelles et 4,3 % de méthodes modernes les utilisent pour préserver leur propre santé en évitant des grossesses trop rapprochées. Il est intéressant de constater que lorsque les questions de santé de la mère sont évoquées les femmes préfèrent utiliser des méthodes modernes alors que lorsqu'il s'agit de préserver la santé de l'enfant les femmes recourent aux méthodes naturelles. Cette attitude peut s'expliquer par la pratique de l'allaitement : il y a parfois des réticences tant de la part des personnels de santé que de certaines femmes d'utiliser une contraception moderne pendant cette période.

### ***Les sources d'information et d'approvisionnement sur la contraception.***

#### *Des sources variées d'information*

Les femmes acquièrent leur connaissance des méthodes de contraception, toutes méthodes confondues, par plusieurs canaux d'informations, les deux principales sources étant le personnel de santé et l'AIBEF (56,2 %) et les amis ou les parents (47,1 %) (Tableau 14). Pour les méthodes modernes comme pour les méthodes naturelles, dans plus de la moitié des cas (respectivement



51,5 % et 54,8 %), la connaissance des méthodes provient du personnel de santé. L'AIBEF est peu citée comme source d'information, mais le personnel de cette association est très certainement assimilé aux personnels de santé. Les amis et parents jouent également un rôle important dans la diffusion de la connaissance des méthodes modernes (47,2 %) et naturelles (41,4 %).

**TABLEAU 14 : CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DE LA SOURCE D'INFORMATION (EN %).**

Source d'information	Connaissance		
	Méthode quelconque	Méthode moderne	Méthode naturelle
AIBEF	5,1	5,1	6,3
Personnel de santé	51,1	51,5	54,8
Média	21,3	21,6	24,5
Ami, parent	47,1	47,2	41,4
École	11,7	11,8	23,3
Autre	0,5	0,5	0,4
Effectif.	1121	1108	570

La somme des proportions est différente de 100 car plusieurs réponses sont possibles.

Source : EPF 1999

Les médias contribuent notablement à cette diffusion de l'information sur la contraception (dans plus de 40 % des cas). L'école joue aussi un rôle important puisque 11,7 % des femmes déclarent avoir eu connaissances des méthodes modernes par ce canal et 23,3 % pour les méthodes naturelles : cette sensibilisation à l'école est importante et devrait être renforcée pour éviter les grossesses précoces et avortements chez les adolescentes, une cause fréquente d'abandon scolaire.

Ainsi une diversité des sources d'information sur la contraception apparaît et les réseaux informels jouent un rôle non négligeable. Cette importance des réseaux informels dans la diffusion de l'information sur la contraception a été signalée dans de nombreuses études et notamment au Sénégal (Ngom, 2000). Ces sources multiples d'information sur la contraception montrent la nécessité de sensibiliser un large public à la planification familiale.

#### *Les sources d'approvisionnement*

Les sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives sont à la fois les sources formelles : l'AIBEF, les centres de santé et les pharmacies mais aussi les réseaux plus informels que sont les amis, les parents et les marchés (pharmacies par terre, colporteurs...).

La principale source d'approvisionnement est le centre de santé puisqu'environ 71 % des femmes y ont eu recours (tableau 15). L'AIBEF est peu mentionné mais certains de ses centres étant inclus dans des structures sanitaires publiques tel le cas de la FSU de Koumassi, les femmes assimilent les deux centres. Près de 8 % des femmes s'approvisionnent directement dans les pharmacies privées, soit par automédication soit en se procurant des ordonnances délivrées dans un centre qui ne disposait pas des contraceptifs en stock.

Les amis et parents constituent la deuxième source d'approvisionnement, 10,5 % des femmes ont mentionné avoir obtenu leur contraceptif de cette façon, on voit donc l'importance du réseau informel dans l'approvisionnement en contraceptif, surtout pour les préservatifs et dans une moindre mesure la pilule.

TABLEAU 15 : SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIF MODERNE (EN %).

Source d'approvisionnement	Préservatif masculin	Pilule	Injectables	Ensemble
AIBEF	0,0	5,3	7,4	5,2
Centre de santé	0,0	74,0	88,9	70,9
Pharmacie	4,8	9,9	3,7	7,6
Ami, parent	52,4	8,4	0,0	10,5
Marché	23,8	0,0	0,0	2,9
Autre.	14,3	1,5	0,0	7,6
Total des femmes	21	131	54	210

Source : EPF 1999

Ces résultats sur la contraception montrent donc une pratique très variable selon les caractéristiques des femmes et une forte utilisation des méthodes naturelles de contraception. Dans cette situation, comment intervient le recours à l'avortement et quel type de femmes y ont-ils recours ?

## L'AVORTEMENT

Bien qu'illégale en Côte d'Ivoire, la pratique de l'avortement semble assez répandue. En effet, les résultats d'une étude menée en 1998 dans 4 FSU-Com de la ville d'Abidjan révèle que 33 % des femmes avaient eu, au cours de leur vie féconde, au moins un avortement (Guillaume, 1999). Dans différentes régions de Côte d'Ivoire, les taux d'avortements dans la population générale se situent entre 6.5 % et 16 %, et ces proportions sont toujours plus élevées en zones urbaines (Guillaume, Desgrées du Loû et *al.*, 1999). Quelle est l'ampleur de ce phénomène chez les femmes interrogées ?

### *Caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant pratiqué l'avortement.*

L'analyse de la pratique de l'avortement montre de grandes différences de comportements selon les caractéristiques des femmes (tableau 16).

Près d'un quart des femmes interrogées ont déjà eu au cours de leur vie féconde au moins un avortement : cette proportion est identique à Treichville et Cocody (24 %), plus faible à Williamsville (21,7 %) et la plus élevée à Koumassi (27 %).

Cette pratique varie relativement peu selon l'âge des femmes interrogées (entre 21.1 et 28.8 %), avec un pic à 25-34 ans, mais les différences ne sont pas significatives. Ce même constat est valable dans les centres de santé sauf à Williamsville où se sont les femmes âgées de plus de 35 ans qui ont un plus grand recours à l'avortement.

**TABLEAU 16 : CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES AYANT DÉJÀ PRATIQUÉ L'AVORTEMENT  
SELON LE CENTRE DE SANTÉ(EN %).**

Caractéristiques socio-démographiques	Lieu d'enquête				Ensemble	
	Treichville	Williamsville	Cocody	Koumassi	%	Effectif
<b>Groupe d'âge</b>						
<= 24 ans	18.2	20.5	20.0	25.1	21.1	134
25-34 ans	31.6	20.9	31.3	31.2	28.8	130
>=35 ans	22.5	31.0	20.0	20.8	23.9	27
<b>Niveau d'instruction</b>	*	*	*	*	*	
Non scolarisées	14.1	11.7	9.4	13.7	12.2	64
Primaire	23.6	22.7	31.5	31.2	27.7	101
Second 1 <sup>er</sup> cycle	40.7	38.3	37.0	34.0	37.5	75
Second 2 <sup>nd</sup> cycle et +	45.5	39.4	44.1	61.9	46.4	51
<b>État matrimonial</b>		*		*	*	
En union	21.1	16.9	21.4	23.5	20.7	178
Non en union	30.2	34.6	31.8	36.7	33.1	113
<b>Religion</b>	*	*		*	*	
Chrétien	41.0	32.7	32.8	37.2	35.6	198
Musulman	8.6	11.0	8.2	10.8	9.7	50
Autres religions	37.2	34.1	23.5	32.0	33.3	43
<b>Profession</b>					*	
Commerce	23.1	21.9	17.1	24.6	21.8	112
Artisanat	28.6	27.3	36.8	26.3	29.8	45
Élèves et étudiantes	16.7	23.1	33.3	42.9	30.4	24
Ménagères	18.9	18.6	20.3	23.5	20.4	72
Secteur tertiaire	45.8	23.1	32.0	47.1	36.5	38
Ensemble	24,0	21.7	24.3	27.0	24.3	291

Significatif p<1 %

Source : EPF 1999

Le niveau scolaire de la femme est très déterminant dans le recours à l'avortement : plus les femmes sont instruites et plus le recours à l'avortement est élevé. Seulement 12.2 % des femmes sans instruction ont déjà pratiqué un avortement, alors qu'elles sont deux fois plus nombreuses quand elles ont atteint un niveau primaire (27,7 %), trois fois plus quand elles ont poursuivi leurs études jusqu'au premier cycle du secondaire (37,5 %) et près de 4 fois plus quand elles atteignent le second cycle du secondaire ou le supérieur (46,4 %). Lorsque l'on considère les différents centres de santé où les femmes ont été interrogées, on constate des écarts très marqués entre les femmes non scolarisées et celles de niveau primaire, tout particulièrement à Cocody où elles sont trois fois plus nombreuses à avoir déjà avorté quand elles ont atteint un niveau scolaire du primaire (31,5 % vs 9,4 %). Cette variation du recours à l'avortement selon l'instruction s'explique par une plus grande maîtrise de leur fécondité par les femmes instruites, mais aussi par l'incapacité des femmes scolarisées ou étudiantes à assumer une grossesse pendant leurs études tant pour des raisons économiques que sociales ou familiales. Ce constat de la liaison entre le taux d'avortement et le niveau d'instruction a été fait dans de nombreuses études en Afrique (Zabin et Kiragu, 1998 ; Amegee, 1999).

Comme de nombreuses enquêtes l'ont souligné, cette pratique est plus répandue chez les femmes non en union que chez celles qui sont mariées : un tiers des femmes non mariées déclarent avoir eu au moins un avortement au lieu d'une femme sur cinq seulement chez celles en union : les grossesses

illégitimes restent mal acceptées par la société et parfois l'auteur de la grossesse en refuse la responsabilité pour ne pas avoir à assumer ultérieurement la charge d'un enfant.

Les femmes de religion musulmane sont entre trois et quatre fois moins nombreuses à recourir à l'interruption de grossesse (9,7 %) que les femmes de religion chrétienne (35,6 %) : ces femmes ont dans l'ensemble une forte fécondité et sont moins instruites. Elles s'inscrivent moins fréquemment que les autres femmes dans un processus de maîtrise de leur fécondité : faibles pratiques de la contraception et de l'avortement.

Lorsque l'on considère l'intensité du recours à l'avortement selon la profession exercée par les femmes, on constate que les élèves ou étudiantes et les femmes exerçant dans le secteur tertiaire de l'économie, c'est-à-dire les plus instruites ont le plus fréquemment recours à l'avortement, suivies de celles travaillant dans l'artisanat environ 30 %. La tendance reste à peu près identique dans tous les centres de santé mais d'une intensité variable.

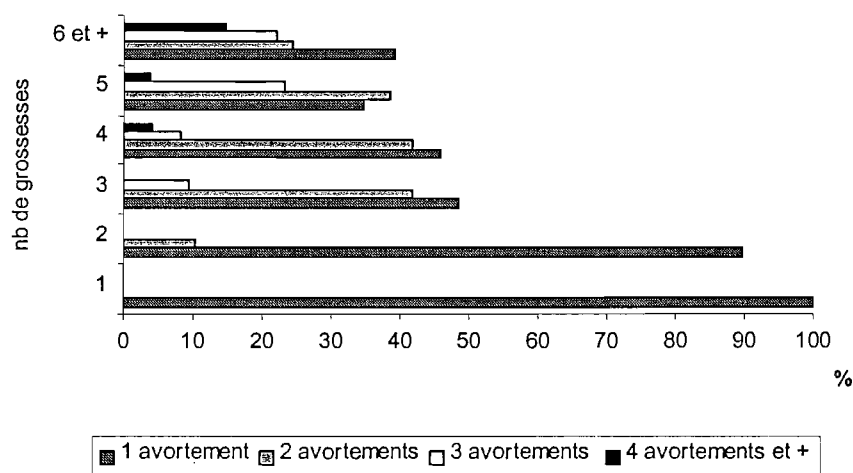
Ainsi, le recours à l'avortement diffère fortement selon le profil des femmes : cet élément doit être pris en compte dans les campagnes de sensibilisation sur la planification familiale et la santé de la reproduction en général.

### *Des avortements à répétitions ?*

Nous avons analysé la pratique de l'avortement pour voir si au cours de la vie féconde des femmes cet acte est à caractère exceptionnel, en réponse à une grossesse indésirée, ou plutôt répétitif correspondant à un mode de gestion de la fécondité.

Parmi les femmes qui ont eu au cours de leur vie féconde au moins un avortement, 60,8 % en ont eu un seul, 27,1 % deux, 8,9 % trois et 3 % des femmes 4 ou plus, attestant de la répétitivité de tels événements (figure 3).

**FIGURE 3 : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LE NOMBRE DE GROSSESSES ET LE NOMBRE D'AVORTEMENTS (PARMI LES FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT)**

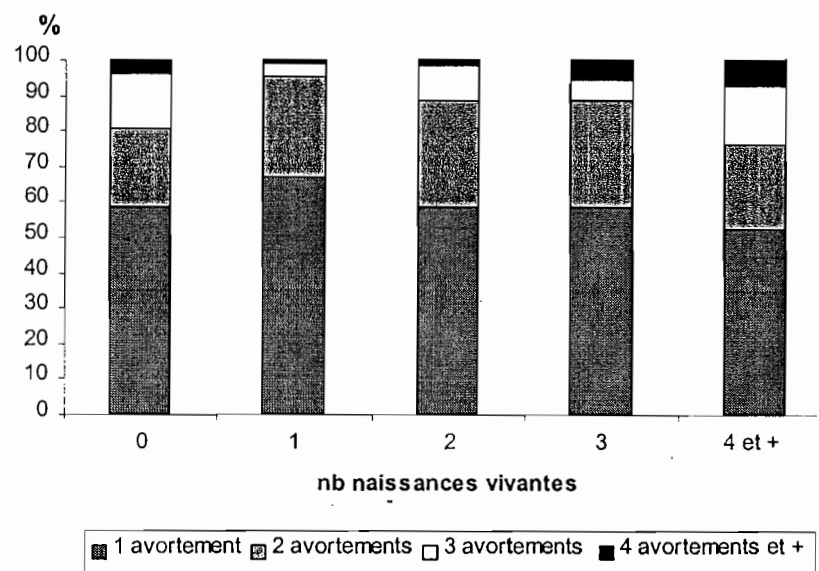


Le nombre de grossesses et d'avortements sont étroitement liés : plus la femme a de grossesses, plus elle a des avortements à répétition. Ainsi parmi les femmes qui ont eu au moins un avortement, plus de la moitié de celles qui ont trois grossesses ou plus, ont eu deux avortements ou plus (le maximum étant de 7 avortements) : 27 % des femmes qui ont eu 5 grossesses ont eu 3 avortements ou plus, et 37 % de celles avec six grossesses ou plus.

Près de 10 % des femmes qui ont eu deux ou trois grossesses, et 4 % de celles qui ont eu 4 grossesses, les ont toutes interrompues par un avortement. L'avortement apparaît donc comme un mode de gestion des grossesses non désirées parfois pour retarder l'entrée en vie féconde puisque toutes les grossesses sont interrompues par un avortement. Un constat similaire de cette forte corrélation entre le nombre de grossesses et le nombre d'avortement a été fait dans une étude en Colombie et les auteurs précisent que le nombre de grossesses joue un rôle important dans l'explication des avortements à répétition (Zamudio, Rubiano *et al.*, 1999).

Ce constat de l'avortement comme mode de régulation de la fécondité se confirme quand on analyse le recours à l'avortement en fonction de la descendance des femmes (figure 4). Ainsi, parmi les femmes qui ont eu au moins un avortement, et qui n'ont pas de naissances vivantes, 58,8 % ont eu un seul avortement, 21,6 % en ont eu deux et près de 20 % en ont eu trois ou quatre : ainsi ces femmes régulent leur fécondité par des avortements souvent répétitifs.

**FIGURE 4 : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES ET LE NOMBRE D'AVORTEMENTS PARMI LES FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT**



Environ deux tiers des femmes qui ont eu une seule naissance vivante ont eu un avortement. Le même constat apparaît que lorsque l'on considère le nombre de grossesses : plus la femme a de naissances vivantes et plus grande est la fréquence des avortements à répétition. Plus de la moitié des

femmes qui ont eu 4 naissances vivantes ou plus ont eu deux avortements ou plus ; 16,6 % des femmes en ont eu trois et 7,1 % quatre ou plus.

L'avortement a donc un impact non négligeable sur la taille de la famille et intervient pour atteindre les nombre d'enfants désirés. Quel est son impact sur la descendance des femmes ?

### *L'impact de l'avortement sur la réduction de la descendance*

L'urbanisation, le recul de l'âge au premier mariage, la contraception, sont généralement des facteurs pris en compte pour l'explication de l'évolution de la fécondité, mais l'avortement qui constitue un facteur de réduction de la descendance est rarement considéré. Le manque de données disponibles justifie le peu d'étude sur ce sujet : lors de l'enquête menée en 1998 à Abidjan dans quatre centres de santé, le recours à l'avortement contribuait à une diminution de la descendance des femmes interrogées de 10,1 % avec 0,23 naissance évitée en moyenne (Guillaume et Desgrées du Loû, 1999).

L'impact de l'avortement a été mesuré en calculant le pourcentage de diminution de la descendance du à l'avortement (tableau 17) selon le modèle de Léridon et Toulemon (1997)<sup>5</sup>. Il est relativement élevé puisque les femmes ont eu en moyenne 0,38 avortement soit 0,14 naissance évitée en moyenne à cause de l'avortement : la réduction de la descendance est de 6,5 %, c'est-à-dire qu'au lieu de 2,02 naissances vivantes, la descendance moyenne aurait du être de 2,16 enfants nés vivants.

Cette réduction de la descendance varie selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. Ainsi plus les femmes sont jeunes et plus l'impact de l'avortement sur le niveau de leur descendance est élevé : ce constat est assez normal dans la mesure où les jeunes femmes débutent la constitution de leur descendance. La descendance des jeunes femmes de moins de 25 ans a été réduite de 9,0 % par l'avortement, probablement pour retarder leur entrée en vie féconde, tandis que la diminution n'est que de 7,1 % pour les femmes ayant un âge compris entre 25 et 34 ans et de 2,5 % pour celles âgées de plus de 35 ans.

Ce poids de l'avortement sur la réduction de la descendance est fortement marqué selon le niveau d'instruction des femmes. Ainsi, chez les femmes de niveau secondaire, c'est près de 20 % de leur descendance qui a été réduite alors que cette réduction est près de deux fois moins élevée chez les femmes de niveau premier cycle du secondaire et près de sept fois moins pour celles qui ne sont pas scolarisées.

Des différences très nettes sur la mesure de l'impact de l'avortement apparaissent lorsque l'on considère la profession exercée par les femmes qui est très liée à leur niveau d'instruction. Ainsi pour les femmes exerçant leur activité dans le secteur tertiaire de l'économie ou actuellement élèves ou

---

<sup>5</sup> Leridon and Toulemon (1997) ont montré à travers différentes études, que 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 »

étudiantes la diminution de la descendance liée à l'avortement est de 15 à 22 % alors qu'elle n'est que de 4 à 10 % dans les autres secteurs de l'activité.

**TABLEAU 17 : IMPACT DE L'AVORTEMENT SUR LA RÉDUCTION DE LA DESCENDANCE.**

Variables	Nombre moyen d'avortement	Nombre moyen de naissances évitées	Nombre moyen de naissances vivantes	Descendance sans avortement	% de réduction de la descendance due à l'avortement
<b>Âge actuel</b>					
15-24 ans	0,28	0,11	1,07	1,17	9,0
25-34 ans	0,51	0,19	2,53	2,72	7,1
35 ans et plus	0,37	0,14	5,39	5,53	2,5
<b>Niveau d'instruction</b>					
Non scolarisée	0,18	0,07	2,44	2,51	2,6
Primaire	0,42	0,16	1,85	2,01	7,9
Scd 1 <sup>er</sup> cycle	0,60	0,22	1,69	1,91	11,7
Scd 2 <sup>nd</sup> cycle et plus	0,77	0,29	1,21	1,50	19,3
<b>État matrimonial</b>					
En union	0,34	0,13	2,43	2,55	5,0
Non en union	0,47	0,17	1,00	1,18	14,8
<b>Religion</b>					
Chrétien	0,55	0,21	1,78	1,98	10,5
Musulman	0,14	0,05	2,36	2,41	2,1
Autres religions	0,57	0,21	1,72	1,93	11,0
<b>Profession</b>					
Commerce	0,33	0,12	2,58	2,70	4,6
Artisanat	0,44	0,17	1,52	1,68	9,9
Élève et étudiante	0,48	0,18	0,66	0,84	21,5
Ménagère	0,31	0,12	1,95	2,07	5,7
Secteur tertiaire	0,63	0,24	1,31	1,55	15,4
<b>Lieu d'enquête</b>					
Treichville	0,39	0,15	2,26	2,41	6,1
Williamsville	0,34	0,13	2,10	2,23	5,7
Cocody	0,42	0,16	1,63	1,79	8,7
Koumassi	0,36	0,13	2,09	2,23	6,1
<b>Utilisation passée de la contraception</b>					
Non	0,19	0,07	2,01	2,08	3,4
Oui	0,53	0,20	2,03	2,23	8,9
Ensemble	0,38	0,14	2,02	2,16	6,5

Source : EPF 1999

D'importants écarts apparaissent également selon l'état matrimonial : près de 15 % de la descendance des femmes non en union est réduite par l'avortement alors que cet impact est 3 fois moins élevé chez les femmes en union.

La religion est également un facteur de différenciation dans la pratique de l'avortement. Malgré l'opposition de la religion à l'avortement, ce recours a permis aux femmes chrétiennes de réduire leur descendance de 10,5 %. soit 5 fois plus que celle des femmes musulmanes.

Lorsque l'on analyse cet impact selon le lieu où les femmes ont été interrogées, le pourcentage de réduction de la descendance varie entre 5,7 % pour les femmes interrogées à Williamsville et 8,7 % pour celles qui l'ont été à Cocody : ces différences s'expliquent par le profil socio-démographique des femmes fréquentant ces centres.

Afin d'appréhender le lien entre la pratique contraceptive et le recours à l'avortement, nous avons étudié cet impact de l'avortement sur la fécondité en fonction de l'utilisation passée de la contraception. Pour les femmes qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, la réduction de la descendance imputable à l'avortement est 2.5 fois supérieure à celle des femmes qui n'ont pas utilisé la contraception : certaines femmes s'inscrivent donc dans une maîtrise de leur fécondité en utilisant conjointement avortement et contraception. Il est possible que pour bon nombre d'entre elles, l'avortement n'intervienne qu'à la suite d'un échec d'une méthode contraceptive fréquent dans le cas de méthodes naturelles (voir infra).

### ***Les méthodes d'avortement connues et utilisées.***

Toute une gamme de méthodes abortives existe qui relèvent aussi bien de la médecine moderne (intervention chirurgicale, utilisation de médicaments...) que de la médecine traditionnelle en recourant à la pharmacopée traditionnelle, ainsi que d'autres pratiques : utilisation de détergent, de différentes boissons, de sondes.... (McLaren, 1990). La plupart de ces méthodes sont lourdes de conséquences sur la santé des femmes (The Alan Guttmacher Institute, 1999). L'avortement est d'ailleurs une cause importante de morbidité et de mortalité maternelles : dans les trois CHU d'Abidjan entre 1989 et 1992, 70% des décès maternels seraient consécutifs à des avortements provoqués faits à domicile ou dans de mauvaises conditions (Thonneau, Djanhan et al., 1996).

Dans notre échantillon, 69,3 % des femmes connaissent au moins une méthode d'avortement et 24,3 % d'entre elles ont déjà pratiqué un avortement (tableau 18).

L'intervention chirurgicale, généralement un curetage est la méthode la mieux connue (33,4 %) et la plus utilisée (73,2 %). Elle est généralement pratiquée par du personnel médical plus ou moins qualifié ( gynécologue, médecins, infirmiers,...) et dans des lieux variables aussi bien dans des hôpitaux que dans des cliniques ou des infirmeries privées.

**TABLEAU 18 : RÉPARTITION DES FEMMES SELON LES MÉTHODES\* D'AVORTEMENT CONNUES ET UTILISÉES EN (%).**

Méthodes abortives	Méthodes connues	Méthodes utilisées
Intervention chirurgicale.	33,4	73,2
Sonde végétale	10,8	2,4
Tisane par voie orale	11,5	3,4
Médicaments/ injection	5,3	4,5
Lavements, purges	29,2	15,5
Ovule traditionnel	9,8	4,8
Verre	2,1	0,3
Coca avec du sucre ou du nescafé	5,2	2,7
Miel au citron	0,2	0
Autre	1,6	2,4
Ensemble	69,3 (1200)	24,3 (291)
Plusieurs méthodes peuvent être utilisées ou connues		

Source : EPF 1999



Certains médicaments sous forme de comprimés ou injections sont réputés pour leurs propriétés abortives : 5,3 % des femmes connaissent ce type de méthodes et 4,5 % les ont utilisés. Il s'agit le plus souvent de produits tels l'aspirine, des anti-paludéens, le paracétamol ou des hormones, pris le plus souvent en surdosage.

Plusieurs méthodes relevant de la médecine traditionnelle sont également mentionnées et jouent un rôle important comme méthodes abortives. Disponibles sur les marchés ou chez les thérapeutes traditionnels, elles sont d'un coût plus abordable que la plupart des méthodes modernes.

En premier lieu, les lavements et purges sont connus et utilisés par 29.2 % et 15.5 % des femmes ; viennent ensuite les tisanes par voie orale, 11,5 % des femmes les mentionnent et 3.4 % les ont utilisées. Les sondes végétales sont citées par 10.8 % des femmes et utilisées par 2.4 % d'entre elles. Enfin les ovules traditionnels que 9.8 % des femmes connaissent et 4.8 % ont utilisé.

A ces deux types de méthodes s'ajoutent d'autres méthodes moins connues et peu usitées telles le verre pilé, le mélange de coca-cola avec du sucre ou du nescafé ou de miel et citron. L'excès de sucre, l'acidité ou les mélanges sucré et acide sont considérés comme ayant des propriétés abortives.

Un grand nombre de ces méthodes est inefficace mais fait courir aux femmes des risques pour leur santé : les avortements ont souvent comme conséquences des infections hémorragies, perforations de l'utérus, stérilités...

### ***Les raisons du recours à l'avortement.***

Le recours à l'avortement s'explique par de multiples raisons. Des contraintes familiales, sociales, ou économiques peuvent motiver ces interruptions de grossesses. Elles peuvent aussi se justifier par raisons de santé ou un besoin de réguler sa fécondité (Zabin et Kiragu, 1998; Guillaume, 1999).

La crainte des parents et les raisons scolaires sont les deux principaux motifs cités par les femmes (22.7 et 20,3 %) pour expliquer cet avortement (tableau 19). Beaucoup de jeunes filles encore scolarisées et, non mariées craignent par cette grossesse d'être obligées d'abandonner leurs études et rejetées par leurs parents.

Différentes études menées en Côte d'Ivoire ont montré que le risque d'abandon des études est une cause fréquente d'avortement chez les jeunes filles : ainsi à Tanda, 55.4 % des femmes ont mentionné avoir avorté pour cette raison, 17.8 % à Aboisso, environ 11 % dans le Centre-Nord et à Niakaramandougou et près de 20 % chez des femmes en consultation dans quatre FSU-Com à Abidjan (Guillaume et Desgrées du Loû, 1999).

Cette décision d'avorter est prise par la femme dans certains cas parce qu'elle n'est pas mariée (12.7 %), ou à la demande du partenaire (15.1 %), ou car le partenaire refuse d'assumer la paternité de cette grossesse (3.8 % des cas) : il s'agit dans une majorité des cas d'un refus d'une grossesse

illégitime souvent mal acceptée par la société. Ce refus est également exprimé par les femmes quand elles déclarent avoir avorté « pour éviter un scandale » (6.9 %).

Les difficultés économiques éprouvées par les femmes sont aussi à l'origine de nombre d'avortements : ainsi 9,3 % d'entre elles déclarent avoir avorté par « manque de moyen » et dans 1.4 % des cas car leur activité économique ne leur permettait pas d'assumer un enfant supplémentaire. La crise économique et, en zone urbaine, l'insertion de plus en plus importante des femmes dans des activités extra-domestiques restreignent les possibilités pour supporter une descendance nombreuse ; avec les difficultés économiques, les possibilités de confiage des enfants vers d'autres parents pour qu'ils en assument la charge se raréfient.

Ce recours à l'avortement exprime également un besoin non satisfait de planification familiale : en effet, 11,3 % des femmes déclarent avoir avorté car « l'enfant précédant était trop petit » et 0,3 % car elles ne voulaient plus d'enfant. L'avortement intervient donc comme moyen d'espacement des naissances et dans de rares cas de limitation des naissances. Il faut noter que dans certains centres de planification familiale, aucune méthode contraceptive n'est prescrite aux femmes avant leur retour de couches et certaines contractent une grossesse alors qu'elles se croyaient protégées du fait de l'allaitement. Ce recours à l'avortement peut être également consécutif à l'abandon mais surtout à l'échec d'une méthode : comme nous avons pu le constater, la prévalence des méthodes naturelles est élevée et elles sont pratiquées par des femmes qui n'ont pas toujours des connaissances précises du cycle de reproduction biologique.

Les raisons de santé, les seules pour lesquelles l'avortement est légal en Côte d'Ivoire sont rarement évoquées (1 %).

**TABLEAU 19 : RAISONS DU RECOURS À L'AVORTEMENT (EN %).**

Raisons	%
Continuer les études	20,3
Raison de santé	1,0
Manque de moyen	9,3
Pas mariée	12,7
A la demande du partenaire	15,1
Éviter un scandale	6,9
Ne veut plus avoir d'enfant	0,3
Mari absent, divorcée	1,0
Crainte des parents	22,7
Refus de paternité	3,8
L'enfant précédent en bas âge	11,3
Ne pourrait pas s'occuper de l'enfant	1,4
Autre	6,5
Effectif	291
La somme des pourcentages est différente de 100, étant donné que plusieurs réponses sont possibles	

Source : EPF 1999

Si l'on compare ces résultats à ceux de l'enquête menée en 1998 auprès des femmes consultant dans les FSU-Com, on constate que les raisons qui amènent les femmes à avorter se situent dans les

mêmes registres mais leur fréquence est différente. Ainsi les raisons dominantes sont toujours la poursuite des études et la crainte des parents (citées par plus de 19 % des femmes). La situation matrimoniale et l'attitude du partenaire étaient également deux éléments importants dans la décision d'avorter. Un nombre plus important de femmes mentionnaient les difficultés économiques comme raison d'avorter (15 %). Dans les deux enquêtes, pour environ 12 % des femmes le recours à l'avortement traduit un besoin non satisfait en planification familiale.

Ces différentes raisons révèlent au sein de la population un besoin de régulation de la fécondité, notamment pour des raisons économiques, mais surtout du au poids social et familial dans la gestion de la fécondité manifesté par le refus d'accepter des grossesses précoces ou illégitimes. Cette pratique de l'avortement révèle un certain manque d'autonomie des femmes et l'importance du choix du conjoint dans les décisions en matière de procréation. Il convient de s'interroger sur la responsabilité de la famille et du conjoint dans la prise en charge financière de l'avortement et des possibilités que la femme a de discuter, avec son entourage, de son choix de recourir à l'avortement.

### ***L'avortement : une affaire de femmes***

#### *Le partage de l'information*

La décision pour une femme de recourir à l'avortement ne peut pas toujours être partagée avec son entourage : cet acte est illégal et, de plus, souvent sanctionné par la société civile et la religion. Les parents ou l'entourage familial de jeunes filles ou le conjoint peuvent dans certains cas réprouber cet acte.

L'attitude des femmes et leur capacité de gérer cette décision d'avorter, mais aussi d'avoir un soutien financier pour pratiquer cet acte vont dépendre de la situation familiale des femmes et notamment de leur situation matrimoniale (tableau 20)..

**TABLEAU 20 : PERSONNE INFORMÉE DE L'AVORTEMENT OU QUI L'A PAYÉ SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL DE LA FEMME AU MOMENT DE CET AVORTEMENT (EN %) .**

Personne concernée	Partage de l'information		Paiement de l'avortement	
	Femmes en union	Femmes non en union	Femmes en union	Femmes non en union
Personne	22,5	19,1	12,7*	10,5*
La femme	-	-	25,4	25,5
Le mari	41,7	-	46,5	-
L'ami	-	50,0	-	48,2
Le frère ou la sœur	16,9	30,5	0	2,3
Le père ou la mère	7,0	9,5	0	8,6
Un autre parent	4,2	8,2	2,8	4,5
Un ami	20,0	5,6	0	0,5
Une autre personne	0	1,0	0	1,0

Plusieurs réponses possibles : le pourcentage est supérieur à 100  
 \* l'acte a été gratuit

Source : EPF 1999

Environ une femme sur cinq qu'elle soit en union ou non, n'a pas parlé avec son entourage de sa décision d'avorter, certainement pour éviter une certaine désapprobation sociale et / ou familiale

Dans un peu moins de la moitié des cas (41.7 %) les femmes mariées ont partagé cette décision avec leur conjoint. Ces femmes se confient aussi à leur famille ou entourage proche : dans 16.9 % des cas le frère ou la sœur et dans 20 % des cas des ami(e)s.

Pour les femmes non en union, si dans la moitié des cas elles informent leur ami de cette décision d'avorter, ces femmes se confient le plus souvent à leurs frères ou sœurs et plus rarement à d'autres membres de la famille (les parents dans 9.5 % des cas ou d'autres membres de la famille 8 % des cas).

#### *La prise en charge financière des avortements*

Pour le paiement de cette intervention, les sollicitations de l'entourage sont également diverses. Ainsi environ 10 % des femmes ont eu recours à une méthode gratuite. Qu'elles soient mariées ou non, un quart des femmes prennent elles-mêmes en charge financièrement cet avortement et dans plus de 45 % des cas, elles sollicitent l'aide financière de leur mari ou ami. Les femmes non mariées sont par contre aidées par leurs parents.

Les femmes qui recourent à l'avortement le font parfois à l'insu de leur partenaire ou conjoint, révélant un manque de discussion ou un désaccord sur le projet de fécondité du couple. Dans d'autres cas, le conjoint est informé et c'est d'ailleurs parfois à sa demande que l'avortement est réalisé : différentes situations dans la gestion de la fécondité apparaissent donc, dépendantes de l'autonomie de décision et économique de la femme mais aussi du poids de la famille et de l'entourage.

#### *Les coûts de l'avortement.*

Les coûts des avortements sont variables et dépendants du type de méthode utilisée, du lieu où cet avortement est pratiqué (hôpital, clinique privée, infirmerie...) et du personnel qui l'a exécuté. Les méthodes basées sur la pharmacopée traditionnelle ou sur l'achat de comprimés sur les marchés sont moins onéreuses.

Dans 10,3 % des cas, l'avortement a été gratuit, : il s'agit essentiellement (83,3 %) d'avortements faits à la maison (tableau 21).

Mais dans l'ensemble cette pratique est onéreuse puisqu'elle a coûté jusqu'à 160 000 FCFA. Les coûts sont bien sur plus élevés quand il s'agit d'une intervention chirurgicale. Plus cet avortement est fait avec des garanties sanitaires et plus il est onéreux : 37.6 % des ces avortements coûtent entre 20 000 et 30 000 FCFA et près d'un quart plus de 40 000 FCFA. Ces différences de prix dépendent de la qualification du praticien qui a fait cet avortement (médecin, infirmier, étudiant en

médecine...), des infrastructures utilisées et dans certains cas de la durée de la grossesse : plus la durée de la grossesse est longue et plus le coût de l'avortement sera élevé.

**TABLEAU 21 : RÉPARTITION DES COÛTS DE L'AVORTEMENT (EN %).**

Coût de la méthode en FCFA	Ensemble des méthodes	Intervention chirurgicale
gratuit	10,3	1,9
1 à 9999	14,4	0,5
10000 à 19999	9,3	10,3
20000 à 29999	27,8	37,6
30000 à 39999	14,4	19,7
40000 et +	16,5	22,5
Ne sait pas	7,2	7,5
Effectif	291	213

Source : EPF 1999

L'avortement est une pratique beaucoup plus coûteuse que la contraception et plus risquée pour la santé de la femme bien que les risques inhérents à ces pratiques ne semblent pas toujours perçus par les femmes. Les campagnes de sensibilisation sur la planification familiale devraient mettre l'accent sur ces différences de coûts ainsi que sur les risques liés aux avortements pour inciter les femmes à une plus grande utilisation des contraceptifs.

### *Les conditions de l'avortement*

La pratique de l'avortement étant illégale, ces interruptions de grossesses ne sont pas toujours faites dans des conditions d'hygiène et de sécurité satisfaisantes. Les complications post-abortum sont fréquentes : hémorragies, infection, douleurs, stérilité... et parfois le décès de la femme (Thonneau, Djanhan et al., 1996).

Dans notre étude, près des trois quarts des avortements sont faits par du personnel médical : environ deux tiers par des médecins et 7.6 % par des infirmiers. Ces personnels ne sont pas toujours qualifiés pour réaliser de tels actes et ne les pratiquent pas forcément dans un univers sanitaire adéquat puisque souvent faits clandestinement. Le rôle des thérapeutes traditionnels reste marginal puisqu'ils ne sont intervenus que dans 1.7 % des cas

Par contre, près d'une femme sur quatre (22.6 %) ont pratiqué elles-mêmes cet avortement, essentiellement par des lavements (62,1 %) ou en utilisant des ovules traditionnels (16,7 %), ces deux méthodes provoquent fréquemment de graves infections

La plupart des avortements ont été réalisés dans des structures médicales, en majorité dans des cliniques privées et plus d'un quart à domicile.

Environ 16 % des femmes déclarent avoir eu des complications à la suite de cet avortement, mais certaines de ces complications ne sont pas perceptibles immédiatement tels les cas de stérilité. Les complications fréquemment citées sont les douleurs dans le ventre et dans une moindre mesure les hémorragies. Une femme sur cinq a eu des complications quand l'avortement a été fait à domicile et

seulement dans 14.1 % quand il a été fait dans une structure médicale quelconque, mais le risque est majoré quand l'intervention se passe dans une clinique privée (16.4 %). Près de 68 % des femmes qui n'ont eu aucune complication ont recouru à un médecin pour se faire avorter et 22 % de ces femmes ont pratiqué elles-mêmes cet avortement.

Les risques de complications associés à ces avortements sont moins élevés lorsqu'ils sont fait dans un environnement médicalisé mais restent malgré tout fréquents : même dans des structures médicales ces avortements sont souvent faits de façon clandestine. Le même constat a été fait à Dakar où dans 14 % des cas les avortements étaient faits de façon clandestine à l'hôpital (Koly, 1991).

L'assistance dont vont bénéficier les femmes lors d'un avortement est importante car elle va conditionner également la prise en charge post-abortum de ces femmes. Plus de deux tiers des femmes (67.4 %) n'ont reçu aucun conseil après cet avortement. Dans un quart des cas seulement, il leur a été conseillé d'utiliser une méthode contraceptive et 5.5 % des femmes ont bénéficié d'une prescription d'une méthode moderne de contraception. Cette insuffisance de prise en charge post-abortum est également un facteur de risque pour la santé des femmes qui sont exposées à de nouvelles grossesses non désirées.

Le counselling post-abortum doit être développé pour sensibiliser les femmes aux risques inhérents à cette pratique des avortements faits de façon clandestine et aussi pour leur dispenser des conseils sur la planification familiale et leur prescrire des méthodes contraceptives efficaces afin d'éviter que l'avortement ne soit utilisé comme méthode de régulation de la fécondité (IPPF, 1994).

Quel est le comportement de planification familiale des femmes qui avortent ?

### ***L'avortement et la contraception.***

La relation entre la pratique contraceptive et le recours à l'avortement est complexe. Elle pose la question des raisons qui amènent les femmes à recourir à l'avortement plutôt que d'utiliser une méthode contraceptive. L'avortement intervient-il en complément de la contraception suite à l'échec ou à l'abandon de la contraception ? L'avortement est-il un moyen de réguler la fécondité en l'absence totale d'utilisation d'une contraception liée à un manque d'information et / ou d'accès à ces méthodes ?

L'analyse de la pratique contraceptive avant et après le dernier avortement nous permet de mieux appréhender les stratégies des femmes pour réguler leur fécondité et de voir si l'expérience d'un avortement incite les femmes à recourir à la planification familiale (tableau 22).

Un tiers des femmes déclarent avoir utilisé une méthode contraceptive avant leur dernier avortement, 15.4 % une méthode naturelle et 17.1 % une méthode moderne (dont 6.1 % le préservatif). Dans cette

situation, leur recours à l'avortement s'explique par l'échec d'une méthode, fréquent dans le cas des méthodes naturelles, l'irrégularité de son utilisation (notamment dans le cas du préservatif) ou son abandon. Parmi ces femmes 28,9 % ont également utilisé la contraception après leur avortement : plus de la moitié des femmes (54,4 %) ont choisi une méthode moderne (essentiellement le préservatif (21,4 %) et la pilule (28,4 %) et 46,4 % une méthode naturelle (majoritairement la méthode des cycles 45,2 %). Ces femmes s'inscrivent donc dans une stratégie de régulation de leur fécondité en utilisation conjointement l'avortement et la contraception : elles restent cependant exposées au risque d'un avortement puisque ne choisissent pas systématiquement une maîtrise de leur fécondité par une méthode efficace : elles sont nombreuses à utiliser des méthodes naturelles ou les préservatifs.

**TABLEAU 22 : PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION AVANT ET APRÈS LE DERNIER AVORTEMENT  
(EN % DU TOTAL)**

Utilisation de la contraception avant l'avortement	Utilisation de la contraception après l'avortement		
	Non	Oui	Total
Non	35,1 (102)	31,3 (91)	66,3 (193)
Oui	4,8 (16)	28,9 (84)	33,7 (98)
Total	39,9 (116)	60,1 (175)	100 (291)

Source : EPF 1999

Environ 5 % des femmes utilisaient une contraception avant le dernier avortement mais n'y ont pas eu recours après. Elles justifient cette absence de contraception car elles ont eu « des problèmes avec les méthodes » ou parce que leur conjoint est opposé à la contraception, elles sont donc à nouveau exposées au risque d'un avortement.

Deux tiers des femmes (66.3 %) qui ont avorté ne pratiquaient pas la contraception avant leur dernier avortement : parmi elles, plus de la moitié (35,1 %) n'ont pas eu recours à la contraception après l'avortement. Elles justifient leur absence de pratique contraceptive en période post-abortum par un manque d'information sur les méthodes (35,3 %), leur opposition à la contraception (25,5 %) mais aussi parce que ces méthodes seraient mauvaises pour la santé (8,8 %).

Par contre, l'expérience d'un avortement amène près d'un tiers des femmes (31,3 %) qui n'utilisaient pas de contraception avant ce dernier à y recourir ensuite : 17,6 % de ces femmes utilisent une méthode naturelle et 79,1 % une méthode moderne : 56 % la pilule, 7,7 % les injectables, 9,9 % les préservatifs.

Cette étude la pratique contraceptive avant et après un avortement révèle un manque d'information sur la contraception pour de nombreuses femmes, aussi bien en terme de connaissance de ces méthodes que de leur utilisation et de leurs éventuels effets secondaires. Cette crainte des effets secondaires pour la santé des femmes est un frein important à l'utilisation de la contraception. Il est surprenant de constater que les femmes craignent des problèmes pour leur santé en évoquant les

effets secondaires de la contraception mais n'hésitent pas à recourir à l'avortement qui présente des risques sanitaires bien plus conséquents. Cette faible pratique contraceptive après l'avortement montre bien l'insuffisance du counselling post-abortum fait aux femmes et la nécessité de former les personnels de santé à une meilleure prise en charge des femmes.

### ***La perception de l'avortement***

#### *Un acte légal ou à légaliser?*

En Côte d'Ivoire, comme dans 25 autres pays africains, l'avortement n'est autorisé que lorsque la santé de la mère ou de l'enfant est menacée. Malgré cette interdiction légale, cet acte est fréquemment pratiqué et parfois avec le concours du personnel médical. Les femmes ont-elles conscience de l'illégalité de cet acte ?

La majorité des femmes (70,4 %) savent que l'avortement n'est pas légal dans le pays et seulement 2,5 % d'entre elles pensent qu'il est légal (tableau 23). Un peu plus d'un quart des femmes (27,1 %) sont indécises sur le caractère légal ou illégal de cet acte.

**TABLEAU 23 : CONNAISSANCE DU CARACTÈRE ILLÉGAL DE L'AVORTEMENT SELON LA PRATIQUE DE L'AVORTEMENT (EN %)**

A déjà fait au moins un avortement	L'avortement est-il légal ?			Effectif
	Non	Oui	Ne sait pas	
Non	66.3	1.7	32.0	909
Oui	83.2	5.2	11.7	291
Total	70.4	2.5	27.1	1200

Source : EPF 1999

Parmi les femmes qui ont déjà eu au moins un avortement, 83.2 % savent que cet acte est illégal, 5.2 % pensent que cette pratique est autorisée et près de 12 % n'ont pas d'opinion sur les interdits relatifs à cette pratique. La connaissance du caractère illégal de l'avortement ne constitue pas un frein à cette pratique : les femmes qui ont déjà eu recours à l'avortement sont plus nombreuses à savoir que cet acte est illégal que celles qui n'en ont jamais fait (83.2 % vs 66.3 %) : il est probable que certaines femmes sont informées du caractère illégal de cet acte seulement au moment où elles souhaitent recourir à l'avortement.

Les sanctions pénales pour les femmes ou les personnes qui pratiquent ces avortements en Côte d'Ivoire sont rares : les femmes redoutent certainement davantage la sanction sociale ou familiale d'une grossesse non désirée ou les difficultés économiques qu'elle peut induire. Les femmes ne semblent pas mesurer le risque de pratiquer un acte non autorisé au regard de la loi puisqu'environ trois quarts d'entre elles (73 %) sont opposées à une légalisation de l'avortement (tableau 24). Parmi ces femmes opposées à la légalisation 76.4 % savent que l'avortement n'est pas légal et près d'un quart d'entre elles ignorent totalement si cette procédure est légale ou illégale.



**TABLEAU 24 : OPINION PAR RAPPORT À LA LÉGALISATION DE L'AVORTEMENT SELON LA PERCEPTION DE LA LÉGALITÉ DE L'ACTE (EN %)**

Opinion par rapport à la légalisation de l'avortement	Avortement légal ?			Ensemble
	Non	Oui	Ne sait pas	
Défavorable	76,4	1,1	22,5	73,0 (876)
Favorable	87,6	4,3	8,1	13,4 (161)
Ne sait pas	21,5	8,0	70,6	13,6 (163)
Total	70,4	2,5	27,1	100 (1200)

Source : EPF 1999

Une proportion équivalente de femmes (13 %) est favorable à la législation de l'avortement ou ne se prononce pas sur ce sujet : la plupart des femmes favorables à la légalisation de l'avortement savent que sa pratique est illégale.

Pour quelles raisons les femmes sont-elle opposées à une légalisation de l'avortement : cette attitude renvoie-t-elle à des considérations éthiques, morales ou religieuses ?

La principale opposition à la légalisation de l'avortement est que cet acte est « contraire à la religion ou à la morale » (38.2 % des réponses). Une femme sur cinq (19.3 %) y est opposée pour des raisons éthiques : « l'avortement est un crime » (tableau 25).

D'autres femmes (17.7 %) sont opposées à la légalisation de l'avortement pour des raisons sanitaires : elles mentionnent que l'avortement est une cause de mortalité maternelle (17.7 %) et comporte des risques de stérilité. Ces femmes ne perçoivent pas que la légalisation de l'avortement permettra qu'il soit réalisé dans de meilleures conditions sanitaires limitant ainsi les complications et les risques de morbidité ou mortalité maternelles. Ce même type d'argument a été évoqué aux Philippines, lors d'une étude menée auprès de sages-femmes et accoucheuses traditionnelles(Cadelina, 1999).

**TABLEAU 25 : RAISONS POUR LESQUELLES L'AVORTEMENT NE DOIT PAS ÊTRE LÉGALISÉ (PARMI LES FEMMES DÉFAVORABLES À LA LÉGALISATION DE L'AVORTEMENT) (EN %).**

Les raisons	% de réponses
C'est un crime	19,3
Cause de mortalité maternelle, peut tuer la femme	17,7
Va réduire la population, il y aura beaucoup de mort	3,7
La religion est contre, contre la morale, ça n'est pas bien	38,2
Peut inciter à la débauche	2,6
Possibilités d'éviter les grossesses par la contraception	17,5
Comporte des risques, rend stérile	8,4
Cette pratique va se répandre	1,6
le légaliser entraînerait un désintéressement à la PF	0,7
l'enfant est un don de Dieu	1,3
c'est un être humain	0,8
Autre	2,2
Effectif	876

Source : EPF 1999

Cette opposition à la légalisation est également justifiée par le fait que l'on peut éviter l'avortement par le recours à la planification familiale : ces femmes pensent donc qu'il est préférable de

développer les programmes de planification familiale plutôt que de légaliser les interruptions de grossesses.

Un peu plus d'une femme sur cinq est favorable à la légalisation de l'avortement essentiellement pour des raisons liées à la santé de la femme (tableau 26) : près d'un tiers des femmes disent que la légalisation éviterait des décès maternels (31.1 % des réponses), des risques pour la santé de la femme (22.4 %), notamment la stérilité (8.7 %). Elle permettrait que l'avortement se fasse dans de meilleures conditions (18 %), et éviterait la clandestinité (12.4 %). Toutes ces raisons montrent la perception que ces femmes ont des risques encourus par la pratique de l'avortement quand il est fait dans de mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité, cas de la plupart des avortements clandestins. Pour certaines femmes, la légalisation de l'avortement éviterait les « enfants non désirés » et les « abandons d'enfants » : cette question des abandons d'enfants fait référence aux « enfants de la rue », un phénomène qui se développe à Abidjan.

**TABLEAU 26 : RAISONS POUR LESQUELLES L'AVORTEMENT DOIT ÊTRE LÉGALISÉ  
PARMI LES FEMMES FAVORABLES À LA LÉGALISATION (EN %).**

Raisons	Proportions
Pour la santé de la femme	22,4
Cause de mortalité maternelle, peut tuer la femme	31,1
La population augmente trop	0,6
Éviter les abandons d'enfants (les enfants de la rue)	5,6
Éviter les enfants non désirés	13,7
L'avortement coûte cher	0,6
Rend stérile	8,7
Éviter la clandestinité	12,4
Coût de la vie est cher, élevé	3,1
Pour qu'il se fasse dans de meilleures conditions	18,0
Manque de moyens	0,6
Si l'homme ne veut pas reconnaître la grossesse	0,6
Autre	4,3
Effectif	161

Source : EPF 1999

Quelques femmes mentionnent également comme raisons de libéraliser l'avortement, les difficultés économiques auxquelles les femmes sont confrontées pour élever leurs enfants : elles souhaitent donc avoir la possibilité d'interrompre une grossesse non désirée pour ce motif.

Ces éléments relatifs à la légalisation de l'avortement montrent le risque sanitaire que représente cette pratique pour les femmes, bien qu'il ne semble pas toujours perçu par celles qui font ces avortements. Ils soulignent également la nécessité de développer les programmes de planification familiale pour limiter les recours à l'avortement.

*Le recours à l'avortement en cas de grossesse non désirée ou de menace de la santé de la mère ou de l'enfant ?*

Les femmes ont également exprimé leur opinion quant à la possibilité de recourir à l'avortement si la santé de la mère est menacée ou si la femme ne désirait pas cette grossesse. Leurs positions sont

assez différentes dans ces deux situations, renvoyant aux perceptions de la fécondité, aux risques associés à l'avortement mais aussi à des considérations éthiques.

Près de deux tiers des femmes (63.3 %) pensent qu'une femme ne doit pas se faire avorter si elle ne désire pas sa grossesse (tableau 27).

L'opinion des femmes varie selon leurs caractéristiques socio-démographiques. Les jeunes femmes sont plus tolérantes quant à la possibilité de se faire avorter simplement par refus d'une grossesse non désirée : ainsi entre 36 et 40 % des femmes âgées de 15 à 35 ans admettent cette possibilité tandis qu'elle n'est reconnue que par 26 % des femmes de plus de 35 ans.

Trois fois plus de femmes de niveau d'éducation du supérieur ou du 2<sup>ème</sup> cycle du secondaire considèrent qu'une femme peut se faire avorter si elle ne désire pas une grossesse comparativement aux femmes non scolarisées, et elles sont deux fois plus nombreuses quand on compare les femmes du niveau primaire et celles non scolarisées : les femmes plus instruites accepteront plus difficilement une grossesse non désirée qui peut également présenter un risque d'abandon scolaire.

**TABLEAU 27 : OPINION PAR RAPPORT AU RECOURS À L'AVORTEMENT EN CAS DE GROSSESSE NON DÉSIRÉE OU DE MENACE POUR SANTÉ DE LA MÈRE SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES INTERROGÉES (EN %).**

Caractéristiques des femmes	Grossesses non désirées		Santé de la mère et/ou de l'enfant		Effectif
	Non	Oui	Non	Oui	
<b>Âge actuel</b>					
<=24 ans	63,8	36,2	45,4	54,6	636
25-34 ans	59,9	40,1	45,9	54,1	451
>=35 ans	73,5	26,5	51,3	48,7	113
<b>Niveau d'instruction</b>					
Non scolarisées	78,7	21,3	53,0	47,0	525
Primaire	59,2	40,8	43,6	56,4	365
Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	48,0	52,0	42,0	58,0	200
Secondaire 2 <sup>nd</sup> cycle et +	30,9	69,1	30,0	70,0	110
<b>État matrimonial</b>					
En union	69,0	31,0	47,1	52,9	859
Non en union	48,7	51,3	43,7	56,3	341
<b>Religion</b>					
Chrétien	50,9	49,1	36,9	63,1	556
Musulman	80,0	20,0	54,4	45,6	515
Autres religion	49,6	50,4	53,5	46,5	129
<b>Profession.</b>					
Commerce	64,9	35,1	45,2	54,8	513
Artisanat	58,3	41,7	43,7	56,3	151
Élèves et étudiantes	49,4	50,6	41,8	58,2	79
Ménagères	70,8	29,2	51,8	48,2	353
Secteur tertiaire	47,1	52,9	38,5	61,5	104
<b>Lieu d'enquête</b>					
Treichville	64,3	35,7	98,3	1,7	300
Williamsville	54,0	46,0	44,0	56,0	300
Cocody	65,3	34,7	14,7	85,3	300
Koumassi	69,3	30,7	27,7	72,3	300
Ensemble	63,3	36,7	46,2	53,8	1200

Source : EPF 1999

Les opinions des femmes en union par rapport à celles non en union sont également divergentes puisqu'un écart de 20 points apparaît dans leurs opinions (31 % approuvent vs 51 %) : la prise en charge d'une grossesse non désirée est plus facile à accepter pour une femme en union qui bénéficiera davantage d'un soutien familial que pour une femme non mariée pour qui cette grossesse peut être stigmatisante.

Malgré les interdits de la religion catholique relatifs à l'avortement, 49 % des femmes chrétiennes approuvent le recours à l'avortement en cas de grossesse non désirée alors que seulement 20 % des femmes musulmanes partagent cet avis. Seules les femmes interrogées dans le centre de santé de Williamsville font preuve d'une certaine tolérance pour un recours à l'avortement en cas de grossesse non désirée.

La position des femmes par rapport à l'avortement est beaucoup plus permissive quand on leur demande si une femme peut avorter si sa santé est menacée puisque plus de la moitié des femmes admettent cette possibilité, qui est d'ailleurs la seule admise par la loi. Dans cette situation, la décision d'avorter n'émanera pas uniquement de la femme mais sera dépendante des avis des personnels de santé, ce qui va faciliter la décision des femmes.

Dans cette situation, les jeunes femmes manifestent plus leur approbation que les femmes plus âgées (55 % vs 49 %). Il en est de même selon le niveau d'instruction atteint, mais les écarts sont moins conséquents que lorsque l'on s'intéresse à cette question en cas de grossesse indésirée. Plus de la moitié des femmes en union comme non en union sont favorables à l'avortement en cas de menace pour la santé des femmes et lorsque l'on considère l'appartenance religieuse des femmes, bien que près de deux tiers des femmes chrétiennes approuvent l'avortement pour des raisons sanitaires seulement 46 % des femmes des autres confessions religieuses partagent cette opinion.

Cette question du possible recours à l'avortement en cas de grossesse non désirée ou lorsque cette grossesse présente une menace pour la santé de la femme est intéressante car elle renvoie aux perceptions de la fécondité, à l'acceptation des grossesses illégitimes par la famille et la société et à toutes les considérations éthiques que pose le recours à l'avortement.

## **CONCLUSION**

La fécondité en Côte d'Ivoire, bien qu'ayant connu une légère baisse se maintient à des niveaux encore élevées comme le montrent les résultats de cette étude : les indices de fécondité sont d'un niveau équivalent à ceux de l'EDS 1998-99 soit 4,2 enfants par femmes. La fécondité reste précoce puisque plus des trois quarts des adolescentes ont commencé leur vie féconde à 15 ans. Les échecs naturels de grossesses sont fréquents ainsi que le recours à l'avortement provoqué, puisque près d'un quart des grossesses ne se terminent pas par une naissance vivante.

Malgré cette fécondité encore élevée, les femmes désirent réguler leur fécondité. Cette demande a été soulignée par les personnels de santé qui sont particulièrement sollicités par les jeunes femmes : la fréquentation croissante des consultations de planification familiale dans les centres où l'enquête a été réalisée confirme ce besoin de maîtrise de la fécondité. La prévalence contraceptive reste cependant assez faible puisqu'au moment de l'enquête seulement un quart des femmes utilisaient une méthode moderne de contraception dont 5,9 % une méthode naturelle mais leur utilisation de la contraception progresse au fur et à mesure qu'elles constituent leur descendance.

Un autre indicateur d'un besoin de régulation de la fécondité est le recours à l'avortement. Il est fréquent chez les femmes interrogées : ainsi un quart des femmes ont pratiqué au moins un avortement et certaines ont des avortements à répétition. L'avortement est, particulièrement chez les jeunes femmes, une façon de retarder leur entrée en vie féconde, sa prévalence est élevée lors de la première grossesse. Cet avortement est une façon de refuser une grossesse indésirée, qui peut être réprouvée par la famille ou la société, ou avoir des conséquences sur la scolarité des femmes. L'avortement a un impact sur la fécondité puisqu'il contribue à une réduction de la descendance de 6,5 %, chez ces femmes

Ce fort recours à l'avortement pose la question de l'accès à la contraception et du choix des femmes entre ces deux méthodes : l'avortement étant illégal, sa pratique est clandestine et expose les femmes à des risques sanitaires. Contraception et avortement sont parfois utilisés conjointement suite à l'échec d'une méthode contraceptive (utilisation erronée, irrégularité d'utilisation ou inefficacité de la méthode). Dans certains cas, l'avortement « remplace » la contraception : certaines femmes, par méconnaissance des méthodes contraceptives ou des lieux d'approvisionnement n'utilisent pas la contraception. D'autres refusent de recourir à ces méthodes à causes de « leurs effets secondaires » ou de « leurs conséquences néfastes sur la santé ».

Ces réticences à l'utilisation de la contraception montrent un besoin d'information de la population sur les méthodes de planification familiale : de nombreuses femmes reçoivent leurs informations à travers des réseaux informels qui, s'ils présentent l'avantage de pouvoir sensibiliser un large public, sont parfois vecteurs de fausses rumeurs. L'information doit également s'orienter sur les méfaits de l'avortement qui ne semble par perçu comme une pratique « à risque » par de nombreuses femmes : si environ un tiers des femmes pensent qu'il faut le légaliser pour limiter les décès maternels consécutifs à ces avortements, environ 20 % de celles opposées à cette légalisation, mentionnent les risques de décès que la légalisation pourrait entraîner, alors qu'au contraire elle devrait permettre une meilleure prise en charge sanitaire. Ainsi bon nombre de femmes ont une mauvaise perception des risques liés à l'avortement faits dans des conditions illégales.

La contraception et l'avortement participent pour les femmes d'un même désir de réguler leur fécondité. Comment les amener à privilégier la contraception et limiter l'avortement, une pratique coûteuse et risquée pour la santé ?

### ***Quelques recommandations....***

Cette étude menée auprès des femmes consultant dans les centres de santé nous amène à formuler quelques recommandations.

L'information auprès des femmes dans le domaine de la santé de la reproduction doit être renforcée pour les sensibiliser sur les questions relatives à la reproduction et à la santé sexuelle. En effet, certaines femmes ont une mauvaise connaissance du processus de reproduction biologique ainsi que des risques inhérents aux avortements faits dans de mauvaises conditions. Cette sensibilisation doit toucher particulièrement les jeunes femmes, très exposées aux risques de grossesses non désirées, celles peu instruites qui utilisent peu la contraception et les femmes sans enfants. En effet, les avortements sont particulièrement fréquents dès la première grossesse, alors que ces femmes ont un accès limité aux centres de santé : c'est bien souvent seulement à l'occasion du suivi prénatal que les femmes accèdent aux services de santé de la reproduction et plus particulièrement à la planification familiale.

Le milieu scolaire constitue un relais important dans la diffusion de l'information sur la santé de la reproduction. Les femmes l'ont mentionné comme réseau d'information sur les méthodes contraceptives et bien souvent elles acquièrent leurs connaissances sur la reproduction au cours des enseignements dispensés : plus les femmes sont instruites et plus elles recourent à la planification familiale. C'est un lieu d'échange et de communication entre « pairs », ce qui facilite la diffusion des informations. Cette sensibilisation doit concerner la santé de la reproduction en général mais plus spécifiquement la sexualité, les mécanismes de reproduction biologique, la planification familiale et les maladies sexuellement transmissibles.

Au niveau de l'offre de planification familiale, les activités doivent être renforcées ou développées selon les centres de santé. Ce renforcement des activités passe par une sensibilisation et une formation complémentaire de tous les personnels de ces centres aux méthodes de planification familiale, ainsi qu'aux techniques d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC). En effet dans certains centres, le personnel formé n'est pas assez nombreux pour faire face à la demande croissante et permettre de prendre le temps de faire une information plus approfondie.

Ces centres doivent disposer de plus de moyens en équipement et en approvisionnement pour offrir une gamme de prestation la plus large possible et ainsi mieux répondre aux besoins des femmes :

certains centres par exemple ne peuvent pas assurer la pose du DIU, car ils ne disposent pas du matériel adéquat.

La sensibilisation à la planification familiale doit toucher un large public : les femmes comme les hommes, les adolescent(e)s comme les femmes mariées. Bien souvent la sensibilisation n'est faite que dans le cadre des consultations prénatales ou post-natales ce qui exclut la population des adolescentes pourtant très exposée aux grossesses indésirées et chez qui la demande en planification familiale est importante. Les messages diffusés lors des séances d'IEC, principalement ciblés sur l'espacement des naissances pour préserver la santé de la mère et de l'enfant, ou les problèmes que pose pour une famille une descendance nombreuse ne prennent que partiellement en compte les besoins de ces femmes qui ont débuté leur vie sexuelle, mais pas encore leur vie féconde.

Cette sensibilisation doit concerner un large public puisque le rôle des réseaux informels, parents, amis et des médias dans la diffusion de cette information a été souligné, mais il faut que ces réseaux véhiculent des informations correctes et ne soient pas colporteurs de fausses rumeurs.

Cette étude a montré une bonne connaissance de la contraception par les femmes mais par contre beaucoup d'idées fausses au sujet de ces méthodes et des craintes quant à leurs effets secondaires. L'IEC doit insister sur les possibles effets secondaires de certaines méthodes mais aussi sur la possibilité pour chaque femme de trouver une méthode adaptée à ces besoins, en fonction de son état de santé, son âge, sa parité... et de changer de méthode si celle prescrite ne lui convient pas. La sensibilisation sur ces méthodes doit être renforcée pour changer la perception que les femmes en ont et combattre ainsi les fausses rumeurs : ce changement nécessite une information approfondie sur le fonctionnement des méthodes et leurs effets sur la santé (durée, efficacité de la méthode, risque d'aménorrhée, ...). Cette sensibilisation doit également concerner les risques de grossesses en période post partum, même pendant l'allaitement et il est nécessaire de promouvoir des méthodes contraceptives adaptées aux femmes qui allaitent.

Un des problèmes apparus dans cette étude, qui confirme d'ailleurs les résultats des enquêtes menées en 1998 dans les FSU-Com est le fort taux de recours à l'avortement, pratique particulièrement répandue chez les femmes en début de vie féconde et qui survient souvent à la suite de l'échec d'une méthode de contraception (souvent une méthode naturelle), à l'abandon ou à l'absence d'utilisation de la contraception.

Les conditions dans lesquelles ces avortements sont pratiqués sont lourdes de conséquences pour la santé des femmes : risque de morbidité voir de mortalité maternelles, mais aussi de stérilité post-abortum. L'expérience d'un avortement n'amène pas systématiquement les femmes à utiliser des méthodes contraceptives et certaines pratiquent des avortements à répétition. Une sensibilisation doit être faite auprès des femmes pour souligner les risques inhérents à cette pratique et montrer que

l'avortement ne peut pas être utilisé comme « méthode de régulation » de la fécondité : même lorsqu'il est pratiqué par du personnel médical, ces avortements ne sont pas toujours faits dans des conditions sanitaires adéquates car c'est acte est fait généralement dans la clandestinité et par du personnel souvent non qualifié pour ce type d'acte.

Le personnel médical doit être formé pour une meilleure prise en charge post-abortum et éviter ainsi des avortements à répétition : en effet, les femmes ne reçoivent pas toujours après un avortement de conseils et ne bénéficient pas de suivi pour éviter une nouvelle grossesse non désirée. Seule une prise en charge post-abortum efficace permettra de limiter ces pratiques.

Cette question de l'avortement doit être intégrée dans les campagnes d'IEC sur la planification familiale pour faire prendre conscience aux femmes des risques des avortements faits le plus souvent de façon clandestine et de la nécessité de recourir à la contraception plutôt qu'à l'avortement.



## BIBLIOGRAPHIE

- Amegee, L. K., 1999. *Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène*. Séminaire International "Santé de la Reproduction en Afrique", ENSEA, IRD, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Cadelina, F. V., 1999. Induced abortion in a province in the Philippines: the Opinion, Role and Experience of traditional birth attendants and government midwives. In *Abortion in the developing world*. Mundigo A. et Indriso C. (eds.). New Delhi, WHO. Quality of abortion care : Provider perspectives: 311-320.
- Desgrées du Loû, A., P. Msellati, 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.
- Guillaume, A., 1999. *Planification familiale et pratique de l'avortement : une étude dans quatre FSU-Com d'Abidjan*. Rapport d'enquête. Abidjan, ENSEA-IRD: 59 p.
- Guillaume, A. et Desgrées du Loû A., 1999. *Contraception et/ou avortement ? Une étude auprès de formations sanitaires d'Abidjan*. Séminaire International "Santé de la Reproduction en Afrique", ENSEA, IRD, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Guillaume, A., Desgrées du Loû A. et al., 1999. Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire. Abidjan, ENSEA, IRD, *Études et recherche* n°27 : 50 p.
- 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. In *Enquête Démographique et de santé 1994*. Macro International Inc. Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, Calverton, Maryland, USA. Calverton, Maryland. chap. 4: 49-72.
- Koly, F., 1991. *L'avortement provoqué clandestin : aspects actuels et perspectives à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar*. Dakar, Faculté de Médecine.
- Kouassi, L., 1995. Fécondité. In *Enquête Démographique et de santé 1994*. Macro International Inc. Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, Calverton, Maryland, USA. Calverton, Maryland. Chap 3: 33-48.
- Leridon, H. et Toulemon L., 1997. L'analyse de la fécondité : approche biométrique. Modèle mathématique. In *Démographie, approche statistique et dynamique des populations*. Paris, Collection "Économie et statistiques avancées". Chap. 17: 296-322.
- Lesthaeghe, R. and C. Jolly, 1994. The start of the sub-saharan fertility transition : some answers and many questions. *Human reproductive ecology. Interactions of environment, fertility and behaviour*. Campbell L. and J. W. Wood (eds.). New-York, Annals of the New York Academy of science. 709: 379-395.
- McLaren, A. 1990. *A history of contraception. From antiquity to the present day*. USA, Blackwell Oxford UK and Cambridge.
- Ministère délégué auprès du Premier Ministre, 1997. *Déclaration de politique nationale de population*. Abidjan, République de Côte d'Ivoire, FNUAP.
- 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 p.

- 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 et Guillaume A. (eds.). Paris, IRD Éditions: 193-206.
- The Alan Guttmacher Institute 1999. *Sharing responsibility women society & abortion worldwide*. New York, Guttmacher.
- Thonneau, P., Y. Djanhan, et al., 1996. "The persistence of a High maternal mortality rate in the Ivory Coast." *American J Public Health* 86: 1478-9.
- Vimard, P., K. N'Guessan, et al., 1997. Propositions pour des recherches appliquées sur la planification familiale en Afrique Sub-Saharienne, de l'utilité de la recherche pour l'efficience des programmes de population. Paris, ETS/Orstom.
- Zabin, L. and Kiragu K., 1998. "The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa." *Studies in Family Planning* 29(2): 210-232.
- Zamudio, L., Rubiano N., et al., 1999. The Incidence and Social and Demographic Characteristics of abortion in Colombia. . *In Abortion in the developing world*. Mundigo A. et Indriso C. (eds.). New Delhi, WHO. : 407-446:
- Zanou, B., Desgrées du Loû A., et al., 1999. Étude démographique et de santé maternelle dans la sous-préfecture de Niakaramandougou (Centre-Nord). Abidjan, ENSEA, FNUAP: Études et recherches n°26. 123 p..

**TABLEAU ANNEXE 1 : ISSUE DES GROSSESSES SUIVANT LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES INTERROGÉES (EN %).**

Caractéristiques des femmes	L'issue des grossesses				Effectif
	Nés vivants	mort-nés	Fausse couches <sup>(1)</sup>	Avortements provoqués	
<b>Âge actuel (*)</b>					
<= 24 ans	72,8	1,5	6,4	19,3	928
25 -34 ans	76,1	1,8	6,6	15,5	1486
>= 35 ans	87,0	1,6	5,2	6,2	678
<b>Niveau d'instruction (*)</b>					
Non scolarisées	85,7	1,9	6,1	6,3	1480
Primaire	76,0	1,1	5,1	17,7	875
Scd 1 <sup>er</sup> cycle	66,7	2,0	7,4	23,8	499
Scd 2 <sup>nd</sup> cycle et +	54,6	1,3	8,4	35,5	238
<b>État matrimonial (*)</b>					
En union	80,7	1,9	6,3	11,5	2553
Non en union	62,3	2,2	5,9	29,5	539
<b>Religion (*)</b>					
Chrétien	71,3	1,2	5,1	22,4	1372
Musulman	85,7	1,9	7,2	5,1	1399
Autre religion	68,2	2,5	6,5	22,7	321
<b>Profession (*)</b>					
Commerce	82,2	82,2	5,5	10,7	1585
Artisanat	70,4	70,4	7,4	20,7	324
Elèves et étudiantes	50,5	50,5	12,6	36,9	103
Ménagères	78,8	78,8	6,4	12,9	862
Secteur tertiaire	61,9	61,9	6,0	30,3	218
<b>Lieu d'enquête (*)</b>					
Treichville	80,3	1,2	4,3	14,1	831
Williamsville	77,3	2,1	8,0	12,7	805
Cocody	72,4	1,6	7,4	18,6	673
Koumassi	79,2	1,6	5,4	13,8	783
<b>Rang de grossesse (*)</b>					
1	72,3	2,2	7,3	18,2	1047
2	77,2	1,2	5,6	16,0	768
3	80,4	0,8	6,1	12,7	489
4	81,7	1,0	6,4	10,9	312
5	82,4	2,6	6,2	8,8	193
6	87,0	1,6	3,3	8,1	123
7	81,3	1,3	5,0	12,5	80
8 et plus	86,3	3,7	3,7	6,3	80
Ensemble	77,8	1,9	6,2	14,6	3092

\*différence significative au seuil de  $p < 0,01$  – (1) y compris les grossesses extra-utérines

Source : EPF 1999