



Equipe de recherche
Transition de la fécondité et
Santé de la reproduction

DOCUMENTS DE RECHERCHE N° 5

LE RECOURS CROISSANT À L'AVORTEMENT
PROVOQUÉ À ABIDJAN DEPUIS 10 ANS
Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité ?

Annabel DESGRÉES DU LOÛ, Philippe MSELLATI, Ida VIHO et
Christiane WELFFENS-EKRA



L'INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE
POUR LE DEVELOPPEMENT EN COOPERATION

Paris, Avril 1998

Annabel Desgrées du Loû, démographe à l'Orstom, membre de l'ETS.
Orstom-ENSEA, 08BP3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire.
Tél. : (225) 44 41 15 Fax : (225) 41 12 81
Email : annabel@abidjan.orstom.ci

Philippe Msellati, épidémiologiste à l'Orstom.
Orstom, Centre de Petit Bassam, 04 BP 293, Abidjan 04, Côte d'Ivoire.
Tél. : (225) 35 43 67 Fax : (225) 35 40 15
Email : msellati@bassam.orstom.ci

Ida Viho, docteur en médecine.
Projet Ditrane, CHU de Yopougon, 21 BP 362, Abidjan 21, Côte d'Ivoire.
Tél. : (225) 46 66 87 Fax : (225) 46 67 27

Christiane Welffens-Ekra, Professeur de Gynécologie-Obstétrique.
Service de Gynécologie Obstétrique, CHU de Yopougon, 21 BP 362, Abidjan 21, Côte d'Ivoire.
Tél. : (225) 46 66 87 Fax : (225) 46 67 27

© ETS/Orstom 1998

ISSN 1274-9494

Eléments de catalogage :

Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans.
Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité ? / Desgrées du Loû Annabel, Msellati
Philippe, Viho Ida et Welffens-Ekra Christiane - Paris : ETS, Orstom, 1998, 21 p. ; 30 cm.
(Equipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction. Documents de
recherche n° 5, ISSN 1274-9494).

DESGRÉES DU LOÛ Annabel, MSELLATI Philippe, VIHO Ida et WELFFENS-EKRA Christiane : Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans. Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité ?

RÉSUMÉ : En Côte d'Ivoire, la fécondité a baissé rapidement au cours des 15 dernières années, puisque le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 7,2 en 1980 à 5,7 en 1994. Plusieurs mécanismes ont rendu possible cette baisse : recul de l'âge d'entrée en union et de l'âge à la première naissance, espacement des naissances... Cependant les taux de prévalence contraceptives sont encore faibles dans ce pays, avec moins de 20 % des femmes qui déclarent utiliser une méthode de contraception, et des questions demeurent quant aux méthodes par lesquelles les femmes planifient leurs grossesses en Côte d'Ivoire. Une méthode possible de contrôle de la fécondité est encore très mal connue dans ce pays, car illégale et faite de façon clandestine : le recours à l'avortement provoqué.

Cette étude présente les niveaux de recours à l'avortement et leur évolution observés à partir des vies génésiques de 1 201 femmes enceintes dans la ville d'Abidjan. Au vu de ces données, il semble qu'il y ait actuellement en Côte d'Ivoire un recours à l'avortement provoqué très fréquent (un tiers des femmes ont avorté au moins une fois), inconnu ou ignoré par les services de santé, et que ce phénomène soit très récent. D'après notre échantillon de femmes, la généralisation du recours à l'avortement se serait faite au cours des dix dernières années ; elle a touché toutes les classes d'âge, mais plus particulièrement les plus jeunes qui ont commencé à utiliser l'avortement dès le début de leur vie féconde, au contraire de leurs aînées qui l'utilisaient plutôt comme un moyen d'espacement des naissances après les premières grossesses. Cette augmentation rapide du recours à l'avortement s'est faite de façon concomitante à la baisse de fécondité en Côte d'Ivoire et pourrait en être l'un des éléments explicatifs.

MOTS CLÉS : Côte d'Ivoire – Abidjan – Avortement provoqué – Fécondité – Planification familiale.

DESGRÉES DU LOÛ Annabel, MSELLATI Philippe, VIHO Ida and WELFFENS-EKRA Christiane : The increasing use of induced abortion in Abidjan for the last 10 years. One of the mechanisms of the recent fertility decline ?

ABSTRACT : In Ivory Coast, fertility has quickly decreased during the last 15 years : the total fertility rate fell from 7.2 children in 1980 to 5.7 in 1994. Several mechanisms explain this decrease : a later age at first marriage, a later age at first birth, greater birth intervals... However less than 20 % of women report contraceptive use. The methods women use to control their fertility remain largely unknown. In particular, little is known on induced abortion since it is an illegal act in Ivory Coast, but still may be used as a possible method of fertility control.

This study presents the levels and trends of induced abortion, observed from the retrospective pregnancy histories of 1 201 pregnant women in Abidjan. These data reveal a frequent use of induced abortion (one third of women aborted once at least) which seems to be a recent phenomenon, generalised during the last ten years. The use of induced abortion concerned all age-groups, but particularly the youngest who used it from the beginning of their fertile life as a way to delay the first birth, whereas the oldest used it after several pregnancies, in order to space births. This rapid and recent increase of induced abortion is concomitant to the recent fertility decrease in Ivory Coast and may have played a part in such a decrease.

KEY WORDS : Ivory Coast – Abidjan – Induced abortion – Fertility – Family planning.

INTRODUCTION

La baisse de la fécondité en Afrique est amorcée. En Afrique au Sud du Sahara, il s'agit encore d'un phénomène tout neuf, mais incontestable : après une légère - et inquiétante - hausse des taux de fécondité dans quelques pays dans les années soixante-dix, consécutive à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, le nombre moyen d'enfants par femme est en diminution depuis la fin des années 1980 dans tous les pays pour lesquels on dispose de données fiables (VALLIN, 1998) : il est passé de 7,9 en 1977 à 5,4 en 1993 au Kenya, de 7,2 en 1978 à 6,1 en 1992 au Sénégal et en Côte d'Ivoire de 7,2 en 1980 à 5,7 en 1994 (DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1984 ; N'CHO *et al.*, 1995). En Côte d'Ivoire, l'essentiel de la baisse s'est donc produit à partir des années 1980, avec une baisse d'un enfant et demi par femme entre l'enquête ivoirienne de fécondité et l'enquête démographique et de santé de 1994, en un peu plus d'une dizaine d'années. Dans les villes, le processus est encore accentué : la fécondité urbaine n'est aujourd'hui que de 3,4 enfants par femme au Kenya, 3,1 au Zimbabwe (VALLIN, 1998), 4,7 en Côte d'Ivoire, mais 4,1 dans la seule ville d'Abidjan (KOUASSI, 1995), qui compte environ 3 millions de personnes, soit environ 20 % de la population du pays (N'CHO *et al.*, 1995). En outre, en Côte d'Ivoire, cette baisse de la fécondité a concerné tout particulièrement les âges les plus jeunes (KOUASSI, 1995). Des questions se posent donc : quels mécanismes ont rendu possible cette mutation, car c'en est une, dans des pays où le culte de la fécondité semblait être inamovible ? Dans la littérature sur l'Afrique subsaharienne, on rencontre plusieurs éléments de réponse : le recul de l'âge d'entrée en union tout d'abord, avec la scolarisation des filles ou leur placement loin de la famille ; le recul de l'âge au premier enfant, et un recours de plus en plus important à la contraception moderne (KOUASSI, 1995). Cependant, le recours à la contraception moderne est loin d'être généralisé, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne : en Côte d'Ivoire en particulier, on estimait en 1994 à seulement 6 % la proportion de femmes utilisant une méthode moderne de contraception au moment de l'enquête. Chez les femmes non en union mais sexuellement actives, ce taux était de 18 %, ce qui n'est pas très élevé. Comment expliquer, avec des taux de prévalence contraceptive si faibles, le recul de l'âge à la première naissance (alors que l'âge aux premiers rapports sexuels, lui, ne recule pas), et la baisse de la fécondité dans toutes les classes d'âge ?

Dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, le recours à l'avortement pour interrompre volontairement une grossesse est un acte illégal ou restreint à certaines conditions, avec des législations plus ou moins souples à ce sujet selon les pays : en Côte d'Ivoire, au Burkina-Faso, en Mauritanie et au Niger, c'est un acte totalement illégal, sauf rares exceptions¹. Dans d'autres pays, il est autorisé pour préserver la santé ou la vie de la mère (Mali, Nigeria, Bénin, Congo, etc.) ; dans deux pays seulement (Cameroun et Ghana), il peut être légal pour raisons juridiques ou socio-économiques (BLEDSOE et COHEN, 1993). Très peu d'informations sont donc disponibles sur l'avortement dans ces pays : elles n'existent pas dans les registres officiels à cause de la nature illégale de l'acte, et dans les grandes enquêtes (les enquêtes démographiques et de santé par exemple), aucune question n'a été posée sur l'avortement provoqué, parce qu'on craignait a priori que les réponses ne soient pas fiables, les femmes étant supposées réticentes à déclarer une pratique illégale (BLEDSOE et COHEN, 1993 ; BOERMA, 1991).

Les seules informations généralement disponibles proviennent des données hospitalières concernant les complications d'avortement : on a donc une estimation des conséquences graves du

¹ En Côte d'Ivoire, il n'y a pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par la sauvegarde de la santé de la mère gravement menacée. Il faut l'avis de deux médecins en plus de celui du médecin traitant. (Article 367 du Code Pénal Ivoirien).

recours à l'avortement provoqué en Afrique subsaharienne mais aucune vision d'ensemble du niveau de cette pratique dans l'ensemble de la population (BLEDSOE et COHEN, 1993). Ces données suggèrent cependant qu'il existe un recours fréquent à l'avortement provoqué, en particulier aux jeunes âges, avant le mariage et chez les jeunes filles encore scolarisées ou étudiantes : d'après une enquête en milieu hospitalier à Accra au début des années 1980, un quart des femmes de moins de 20 ans venues accoucher à l'hôpital pour leur deuxième grossesse avaient interrompu clandestinement leur première grossesse ; au Cameroun, on a estimé à 18 % la proportion des grossesses terminées par un avortement provoqué chez les adolescentes (BLEDSOE et COHEN, 1993). Il ne s'agit donc pas d'un phénomène marginal, même s'il n'est pas reconnu par la loi, et mieux connaître le niveau de recours à l'avortement provoqué est aujourd'hui nécessaire pour une bonne prise en charge de la santé maternelle dans les pays africains. En Côte d'Ivoire, où l'avortement est illégal, les seuls chiffres concernant le recours à l'avortement en population générale que nous ayons trouvé concernent des populations rurales, et une population spécifique, celle des « Corps Habillés » de Bouaké et d'Abidjan, interrogées dans le cadre d'enquêtes sur la planification familiale. Lors de ces enquêtes, menées entre 1994 et 1997, 7 à 16 % des femmes interrogées dans les zones rurales ont déclaré avoir eu recours au moins une fois dans leur vie à l'avortement (KOFFI *et al.*, 1994 ; 1995 ; 1998) et 32 % chez les « Corps Habillés » (KOFFI et FASSASSI, 1997). Ce type d'informations n'étaient pas disponibles pour la ville d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire. Dans l'étude présentée ici, nous avons tiré parti des données rétrospectives recueillies en 1997 sur les vies génésiques de 1 201 femmes enceintes au cours d'une enquête sur les relations entre fécondité et VIH dans trois centres de consultations prénatales de la ville d'Abidjan, pour estimer la fréquence du recours à l'avortement chez les femmes abidjanaises et l'évolution de ce phénomène dans la dernière décennie, au cours de laquelle la fécondité a baissé de plus d'un enfant par femme.

LE CADRE DE L'ÉTUDE

La population et les méthodes d'enquête

Les données ont été collectées au cours d'une enquête rétrospective sur « vie génésique et sérologie VIH » réalisée dans le cadre du Projet Ditrane, essai clinique de réduction de la transmission mère-enfant du VIH² (MSELLATI *et al.*, 1998). Au cours de cette enquête menée entre juillet et décembre 1997, 1 201 femmes enceintes venues en consultation prénatale dans les Formations Sanitaires Urbaines de Yopougon-Attie et Ouassakara (commune de Yopougon) et d'Anonkoua-koute (commune d'Abobo) ont été interrogées sur l'histoire de leur vie génésique. Pour chaque grossesse déclarée, l'âge de la femme et l'issue de la grossesse ont été relevés. En cas de grossesse non menée à terme, on demandait à la femme s'il s'était agi d'un avortement provoqué, d'un avortement spontané ou d'un mort-né (une fausse couche avant 6 mois de grossesse était considérée comme un avortement spontané, après 6 mois de grossesse comme un mort-né). Des questions sur la contraception au cours du dernier intervalle inter-génésique étaient également posées.

² Ce projet, intitulé projet DITRAME (Diminution de la transmission mère-enfant), est financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (essai 049) et la Coopération Française et dirigé par l'unité INSERM 330. La coordination à Abidjan est sous la responsabilité du Programme Sida de l'ORSTOM. Nous remercions toute l'équipe du projet DITRAME, grâce à qui les résultats présentés dans ce texte ont pu être établis, et en particulier le Professeur François Dabis, co-investigateur du projet, pour son soutien et l'intérêt qu'il porte à la problématique de la fécondité.

Les indicateurs utilisés

Parmi les 1 201 femmes enquêtées, 204 étaient primigestes. L'analyse qui suit, qui porte sur le recours passé à l'avortement provoqué déclaré par ces femmes enceintes, concerne uniquement les 997 femmes non primigestes. Le niveau de recours dans le passé à l'avortement provoqué dans la population des femmes enquêtées a été estimé à partir de la proportion de femmes ayant déjà eu au moins une fois recours à l'avortement au moment de l'enquête (en 1997), parmi les femmes ayant déjà eu au moins une grossesse. Dans la suite du texte, nous nommerons cette proportion « taux de recours passé à l'avortement », par souci de simplification. Ce taux a été calculé par classe d'âge.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à l'évolution au cours du temps du taux de recours passé à l'avortement, en l'envisageant sous trois aspects. On a tout d'abord comparé la situation à trois dates : 1987, 1992, 1997, en calculant ce taux de recours passé à l'avortement en 1992 (proportion de femmes qui avaient déjà fait un avortement en 1992, parmi les femmes ayant déjà eu au moins une grossesse en 1992) ainsi qu'en 1987 (proportion de femmes qui avaient déjà fait un avortement en 1987, parmi les femmes ayant déjà eu au moins une grossesse en 1987). L'âge et l'histoire génésique de chaque femme en 1987 et en 1992 ont été estimés à partir des histoires génésiques recueillies en 1997, dans lesquelles tous les événements étaient datés. Pour chaque date, on ne considérait que l'ensemble des femmes non primigestes à la date considérée. L'analyse était menée par classe d'âge, de façon à comparer le comportement de chaque classe d'âge aux différentes dates. Puis, ces taux de recours à l'avortement calculés dans chaque classe d'âge à différentes dates nous ont permis de reconstituer l'évolution du niveau de recours à l'avortement selon l'âge, pour chaque génération de naissance, ce qui permet d'observer comment le recours à l'avortement a évolué avec l'âge dans les différentes générations enquêtées en 1997. Enfin on a calculé le taux d'avortement selon le rang de la grossesse (nombre de femmes ayant eu recours à l'avortement pour leur grossesse de rang n sur le nombre de femmes ayant eu une grossesse de rang n). Cette analyse a été faite pour l'ensemble des femmes, et par génération de naissance, de façon à observer l'évolution au cours des générations du comportement face aux grossesses successives.

Les relations entre le taux de recours passé à l'avortement et les principaux facteurs socio-démographiques (niveau d'instruction, statut matrimonial au moment de l'enquête, âge, nombre de grossesses, type de centre de consultation prénatale) ont été mesurées par analyse univariée. Les taux entre les différents groupes ont été comparés par le test du Chi². Une régression logistique a été réalisée pour mesurer l'effet propre de chacun de ces facteurs sur la probabilité chez une femme non primigeste d'avoir fait au moins un avortement provoqué.

Un dernier indicateur du niveau de recours à l'avortement a enfin été calculé, de façon à effectuer des comparaisons avec les indicateurs disponibles dans les pays du Nord. En effet, dans les pays où l'IVG est une pratique légale et donc enregistrée, on calcule un taux d'avortement par an, égal au nombre d'avortements provoqués dans une année divisé par le nombre total de naissances vivantes de l'année (taux d'avortement pour 100 naissances vivantes) ou encore par le nombre total de conceptions dans la même année (taux d'avortement pour 100 grossesses ou 100 conceptions). Nous ne disposons pas ici de données nationales ni de données à grande échelle mais il nous a paru intéressant de calculer de façon similaire un taux d'avortement pour 100 grossesses sur une période donnée. Sur une année les effectifs auraient été trop faibles, cet indicateur a donc été calculé sur 2 périodes de 5 ans, 1987-1991 et 1992-1996, toujours à partir des histoires génésiques dont nous disposons. Cet indicateur n'est pas exactement équivalent aux taux d'avortement annuels décrits précédemment, puisque dans cet indicateur une femme sera prise en compte autant de fois qu'elle a eu de grossesses dans la période considérée, bien que ces différentes grossesses ne soient pas des événements indépendants les uns des autres. Cependant il a le mérite de permettre des comparaisons avec d'autres pays.

Les limites des données

Avant toute discussion de ces résultats, il faut garder à l'esprit que cette enquête concernait une population particulière : des femmes enceintes venues en consultation prénatale dans deux quartiers populaires d'Abidjan. Dès lors, on n'observe pas avec cette enquête les femmes qui n'ont pas encore mené de grossesses à terme mais qui ont pu avoir déjà eu recours à l'avortement, comme ce peut être le cas pour des jeunes femmes qui ne veulent pas encore « commencer leur descendance ». On n'observe pas non plus, à l'autre extrémité de l'échelle des âges, les femmes plus âgées qui peuvent avoir interrompu leur descendance par le moyen de l'avortement. Enfin les femmes enquêtées peuvent avoir sous-déclaré leur recours passé à l'avortement, d'une part parce que c'est un sujet qui peut être douloureux, et d'autre part parce que le recours à l'avortement est un acte illégal en Côte d'Ivoire. Cependant, ces biais vont tous dans le même sens d'une sous-estimation du recours à l'avortement, qui est donc vraisemblablement supérieur à celui décrit. Notons enfin que l'enquête étant rétrospective, les événements les plus anciens sont à considérer avec précautions : les risques d'omissions sont vraisemblablement plus importants pour les avortements survenus 15 à 20 ans avant l'enquête.

Un autre limite de ces données est leur restriction géographique : l'enquête n'a été menée que dans trois centres de consultation prénatale et ne doit donc pas être considérée comme représentative de l'ensemble de la ville d'Abidjan. Cependant, il faut noter que les quartiers concernés, Abobo et Yopougon, sont des quartiers populaires, où habite une grande partie de la population d'Abidjan, de diverses catégories socio-professionnelles. D'autre part, les résultats de l'analyse multivariée montrent que, après ajustement sur l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction et le nombre de grossesses, la probabilité qu'une femme ait avorté ne dépend pas du centre de consultation prénatale où elle a été enquêtée, ce qui suggère que le niveau de recours à l'avortement dépend plus de facteurs socio-démographiques que du lieu d'habitation.

Enfin, l'objectif initial de l'enquête utilisée ici n'était pas d'analyser le recours à l'avortement provoqué, mais de faire la part entre avortements provoqués et avortements spontanés de façon à évaluer les conséquences de l'infection par le VIH sur le déroulement de la grossesse. Aucune information n'était donc disponible sur les lieux et les conditions dans lesquelles ont été faits les avortements, ni sur les motivations des femmes et leurs attitudes par rapport à cet acte. Cependant, les informations quantitatives disponibles sur le nombre des avortements faits par chaque femme ainsi que sur leur date et leur rang dans la vie génésique de la femme méritaient d'être présentées car elles révèlent un phénomène important à Abidjan mais sur lequel très peu d'informations sont disponibles.

UN NIVEAU ÉLEVÉ DE RECOURS À L'AVORTEMENT

Parmi les 997 femmes enquêtées qui avaient eu au moins une grossesse avant l'enquête, le tiers (30,5 %) avaient eu déjà recours au moins une fois à l'avortement provoqué, tous âges confondus (tableau 1). Ce taux dépend fortement de l'âge mais dans le sens inverse de celui attendu : les femmes sont d'autant plus susceptibles d'avoir eu un avortement qu'elles sont plus jeunes : 37 % environ des moins de 25 ans ont déjà avorté contre 30 % des 25-29 ans, 24 % des 30-34 ans et 19 % des plus de 35 ans (tableau 2).

Parmi les femmes ayant avorté, plus de la moitié n'ont avorté qu'une seule fois, environ une sur trois a avorté deux fois, et seulement une sur 10 a avorté trois fois et plus. L'avortement est donc un phénomène assez répandu, mais seule une minorité de femmes y recourent plus de deux fois dans leur vie.

TABLEAU 1 : PROPORTION DE FEMMES (EN %) AYANT EU RECOURS À L'AVORTEMENT, OU AYANT EU UN AVORTEMENT SPONTANÉ OU UN MORT-NÉ SUR L'ENSEMBLE DES CLASSES D'ÂGE (997 FEMMES).

	Au moins une fois		1 fois		2 fois		3 fois et plus	
	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb
Proportion de femmes ayant eu recours à l'avortement provoqué	30,5	304	17,8	177	9,5	95	3,2	32
Proportion de femmes ayant eu un avortement spontané	10,7	107	8,3	83	1,8	18	0,6	6
Proportion de femmes ayant eu un mort-né	5,6	56	5,0	50	0,4	4	0,2	2

TABLEAU 2 : PROPORTION DE FEMMES (EN %) AYANT EU RECOURS À L'AVORTEMENT, OU AYANT EU UN AVORTEMENT SPONTANÉ OU UN MORT-NÉ SELON LA CLASSE D'ÂGE.

	<20 ans		20-24 ans		25-29 ans		30-34 ans		≥35 ans	
	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb
Proportion de femmes ayant eu recours à l'avortement provoqué	36,9	41	36,5	127	28,7	73	23,7	45	19,1	18
Proportion de femmes ayant eu un avortement spontané	12,6	14	5,7	20	12,2	31	15,8	30	12,8	12
Proportion de femmes ayant eu un mort-né	4,5	5	4,0	14	4,7	12	9,5	18	7,4	7
Effectif		111		348		254		190		94

Parallèlement, l'utilisation de la contraception dans cette population est vraisemblablement peu répandue. Le seul indicateur dont nous disposions était la proportion de femmes qui ont utilisé un moyen de contraception depuis la dernière grossesse : 16,5 % de ces femmes ont déclaré avoir utilisé un moyen de contraception, quel qu'il soit, entre cette dernière grossesse et celle en cours, et si l'on considère seulement l'utilisation d'un moyen de contraception moderne, ce taux tombe à 12,1 % (tableau 3). Notons que les 204 femmes primigestes de l'enquête avaient déclaré un taux

d'utilisation d'une contraception moderne encore plus faible (8,3 %) entre la date de leur premières règles et cette première grossesse.

En ce qui concerne les taux d'avortements spontanés et de mort-nés, environ 10 % des femmes (tous âges confondus) ont déjà fait une fausse couche et 6 % ont eu un mort-né. Lorsqu'on calcule la proportion de fausses couches sur le nombre total de grossesses (non terminées par un avortement provoqué), on obtient un taux de 6 % (140/2354). On pourrait penser que les fausses couches sont légèrement sous déclarées, car dans une population générale ce taux devrait être au moins de 10 % (Leridon, 1992). Cependant il s'agit ici d'un échantillon de femmes fertiles (puisque enceintes) et il semble normal que le taux de fausses couches observé soit inférieur à celui attendu dans une population où sont prises en compte aussi les femmes infertiles, susceptibles d'avoir davantage de fausses couches. Par ailleurs, le risque d'avortement spontané est plus important chez les très jeunes femmes et chez les femmes au dessus de 30 ans, ce qui était prévisible.

TABLEAU 3 : PROPORTION DE FEMMES AYANT UTILISÉ UN MOYEN DE CONTRACEPTION ENTRE LA GROSSESSE PRÉCÉDENTE ET CELLE EN COURS ET TYPE DE CONTRACEPTION UTILISÉE (997 FEMMES NON PRIMIGESTES).

	%	effectif/effectif total
Utilisatrices	16,5	165/997
Type de contraception utilisé :		
- pilule	63,0	104/165
- préservatif	7,3	12/165
- stérilet	2,4	4/165
- spermicides	0,6	1/165
- autres	26,6	44/165
Note : Parmi les femmes primigestes de l'enquête, 12,5 % (26/204) ont déjà utilisé au moins un moyen de contraception : la pilule dans 9 cas sur 26 (35 %), le préservatif dans 6 cas sur 26 (23 %), le stérilet dans 2 cas sur 26 (8 %), les autres méthodes dans 34 % des cas.		

Les chiffres obtenus pour l'avortement provoqué, bien qu'ils sous-estiment vraisemblablement la réalité comme cela a été mentionné précédemment, révèlent donc un recours à l'avortement très élevé. Ces chiffres sont bien supérieurs aux quelques chiffres disponibles à partir des enquêtes sur la planification familiale menées par l'ENSEA dans différentes régions de Côte d'Ivoire entre 1994 et 1997, qui font état de 16 % de femmes ayant avorté au moins une fois dans la région d'Aboisso (Sud-Est de la Côte d'Ivoire) (KOFFI *et al.*, 1994), 7 % dans la région Centre Nord (KOFFI *et al.*, 1995) et 11 % dans la zone de Tanda (KOFFI *et al.*, 1998). Dans la population abidjanaise enquêtée ici, cette proportion est multipliée par deux ou trois ; on retrouve alors un niveau similaire à celui enregistré chez les « corps habillés » (32 %) (KOFFI et FASSASSI, 1997). Ces écarts s'expliquent vraisemblablement en partie par des différences de comportement entre villes et campagnes : on observe en effet dans les enquêtes citées ci-dessus une plus grande proportion de femmes ayant eu recours à l'avortement en zone urbaine qu'en zone rurale. Il faut y voir vraisemblablement l'expression d'un contrôle social moins fort dans les villes que dans les campagnes, qui laisse aux femmes plus d'autonomie dans leurs décisions de procréation, des conditions de vie urbaines peu favorables aux familles nombreuses, mais aussi, et ce n'est pas le moindre, un accès plus facile à l'avortement « médicalement assisté » en ville. En effet, bien que l'avortement soit un acte illégal en Côte d'Ivoire, il semble que la majorité des avortements soit réalisée en milieu « médicalisé » : centres de santé, domicile d'un personnel de santé (IPPF, 1994). Nous n'avons aucune donnée à ce sujet dans l'enquête présentée ici, mais dans certaines des enquêtes menées par l'ENSEA la question du lieu de l'avortement a été posée aux femmes ayant déjà avorté : 57 % des femmes dans le Centre Nord ont déclaré avoir avorté dans une

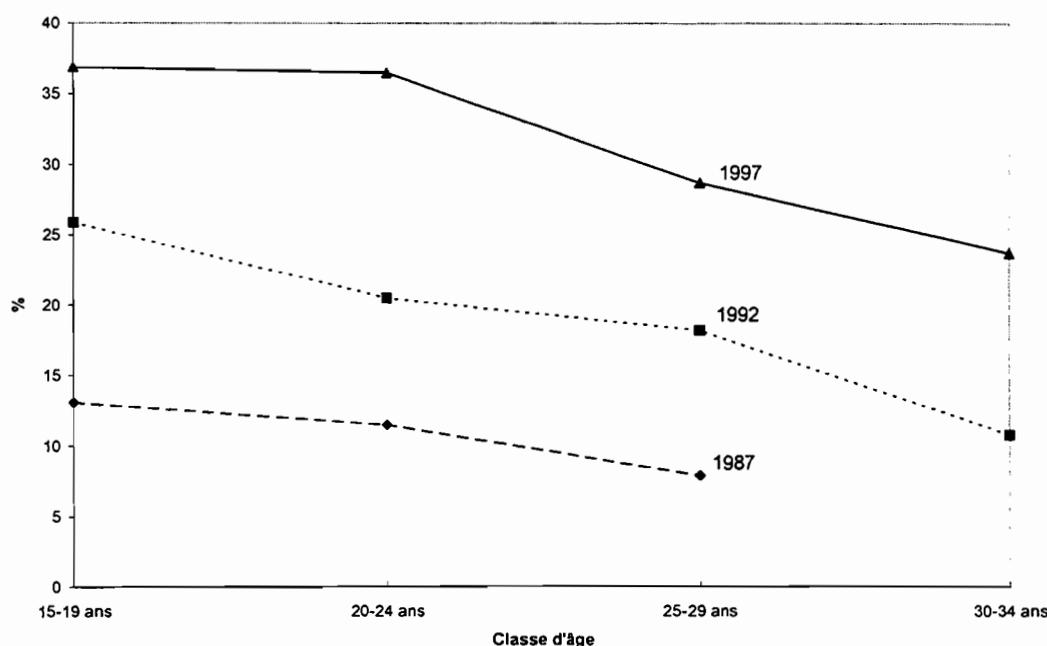
structure médicale (centre de santé, hôpital ou clinique) (KOFFI *et al.*, 1995) et 69 % à Tanda (KOFFI *et al.*, 1998).

UN PHÉNOMÈNE RÉCENT ?

Il est frappant de constater que ce sont les plus jeunes femmes qui déclarent le plus fréquemment avoir eu recours à l'avortement, alors qu'elles ont eu une vie génésique moins longue que leurs aînées et ont donc été « soumises au risque » d'avorter moins longtemps. Il est donc possible que cet important recours à l'avortement soit un phénomène récent. Pour le vérifier, nous avons mesuré les variations du recours à l'avortement selon la période, selon la génération de naissance et selon le rang de la grossesse, par les méthodes décrites précédemment.

La figure 1 montre la proportion de femmes ayant déjà eu recours à l'avortement par classe d'âge en 1987, en 1992 et en 1997. Cette proportion est en nette augmentation puisqu'elle a triplé au cours de la décennie dans toutes les classes d'âge. Entre 1987 et 1997, la proportion de femmes ayant déjà avorté est passé de 13 % à 37 % chez les moins de 20 ans, de 8 % à 29 % chez les 25-29 ans (tableau annexe 1).

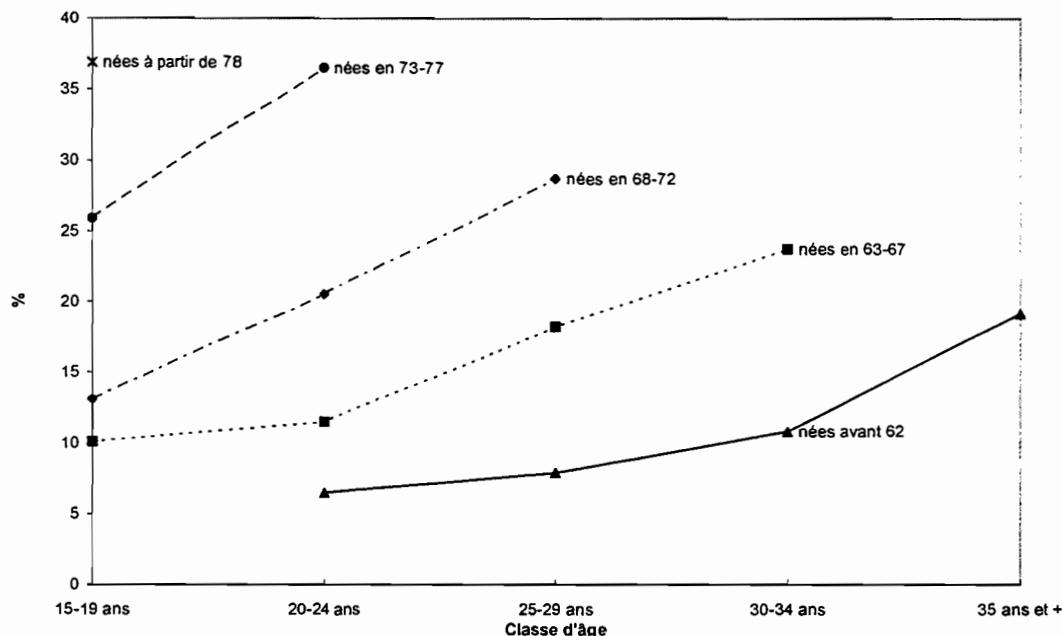
FIGURE 1 : ÉVOLUTION ENTRE 1987 ET 1997 DE LA PROPORTION DE FEMMES AYANT DÉJÀ EU AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ (EN % DES FEMMES NON PRIMIGESTES), PAR CLASSE D'ÂGE.



La figure 2 présente les variations de cette proportion par classe d'âge selon les générations de naissance. On retrouve un recours à l'avortement plus répandu, et aussi plus précoce, dans les générations les plus jeunes : parmi les femmes nées avant 1962, seules 6 % avaient déjà avorté avant 25 ans, et 11 % avant 35 ans. Chez les femmes nées entre 1968 et 1972, 13 % avaient déjà eu un avortement avant 20 ans, 20 % avant 25 ans et 29 % avant 30 ans. Dans les générations

1973-1977, déjà 26 % de femmes avaient avorté avant 20 ans, et cette proportion passe à 37 % chez les femmes nées à partir de 1978 (tableau annexe 2).

FIGURE 2 : ÉVOLUTION SELON LA GÉNÉRATION DE NAISSANCE DE LA PROPORTION DE FEMMES AYANT DÉJÀ EU AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ (EN % DES FEMMES NON PRIMIGESTES), PAR CLASSE D'ÂGE.



La figure 3 présente les variations du taux d'avortement non plus selon l'âge mais selon le rang de grossesse, toutes générations confondues (figure 3a) et par génération de naissance (figure 3b). Sur l'ensemble des femmes (figure 3a), on n'observe pas de variations nettes du recours à l'avortement selon le rang de naissance avant la septième grossesse. Dans le détail par génération, il apparaît une légère augmentation du taux d'avortement avec le rang de la grossesse, mais celui-ci reste avant tout dépendant de la génération de la femme bien plus que du rang de la grossesse (figure 3b, tableau annexe 3) : les générations les plus jeunes ont recours à l'avortement dès les premières grossesses (31 % d'avortements dès la grossesse de rang 1 chez les jeunes femmes nées après 1978), alors que les femmes nées avant 1968 déclarent peu d'avortements avant la 4^e grossesse, et atteignent un taux d'avortement d'environ 15 % pour les grossesses de rang 4 à 6. On observe donc de nets changements de comportement entre les 5 groupes de génération de naissance enquêtées dans cette étude, avec un recours plus important et plus précoce à l'avortement à chaque groupe de génération. Il semble que cette évolution se soit particulièrement accélérée entre les générations 1968-1972 et 1973-1977, qui présentent des profils de recours à l'avortement selon l'âge et selon le rang de grossesse très différents (figures 2 et 3b).

FIGURE 3 : PROPORTION DE GROSSESSES TERMINÉES PAR UN AVORTEMENT PROVOQUÉ SELON LE RANG DE LA GROSSESSE.

FIGURE 3A : ENSEMBLE DES FEMMES

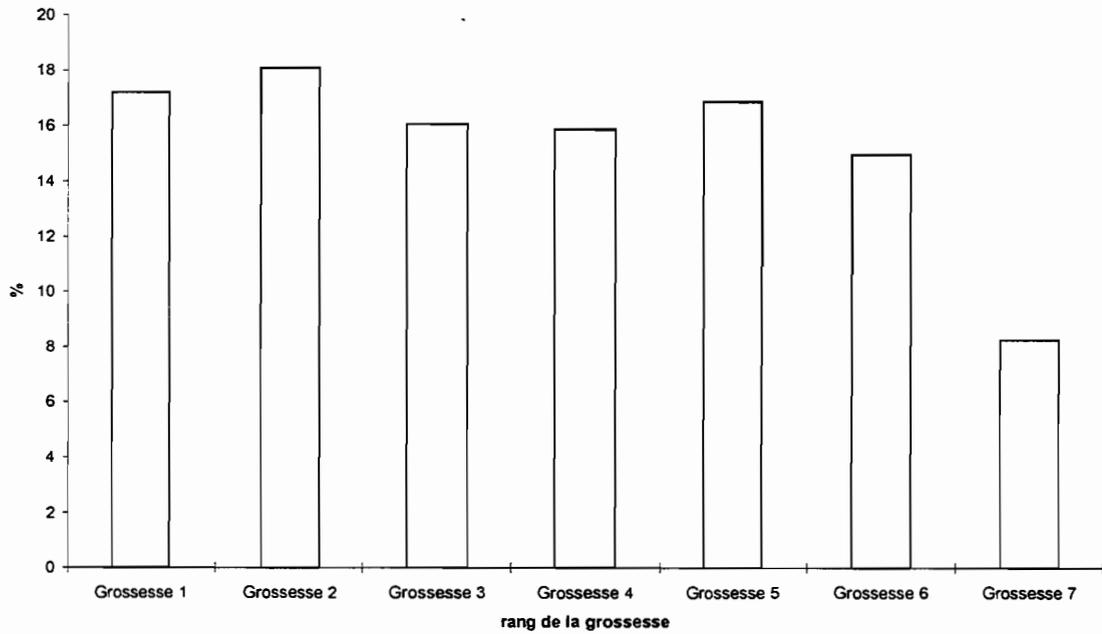
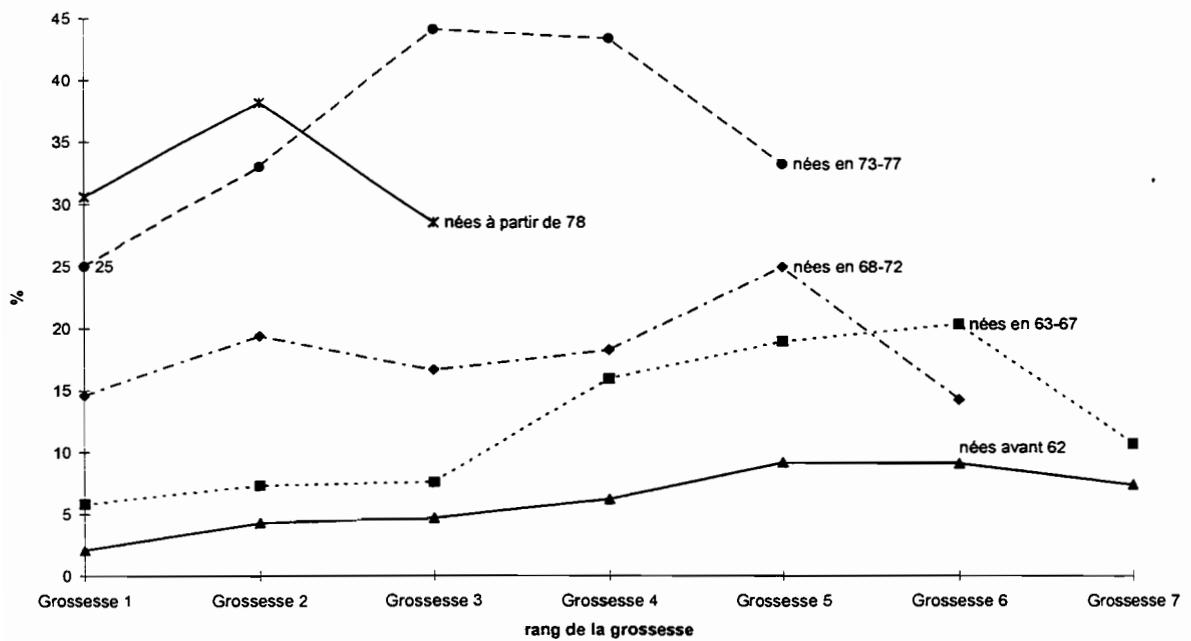


FIGURE 3B : PAR GÉNÉRATION DE NAISSANCE



Ainsi, les données présentées ici, si elles révèlent un recours à l'avortement beaucoup plus fréquent que ce qui a pu être estimé jusqu'ici en Côte d'Ivoire, montrent également qu'il s'agit d'un phénomène sinon récent du moins en récente augmentation. 6 % des femmes nées avant 1962 déclarent avoir déjà eu un avortement avant 25 ans, soit dans les années 1985. En 1997, la proportion des femmes de moins de 25 ans ayant déjà avorté est passée à 37 %, ce qui, même si l'on considère que les chiffres obtenus pour les années 1985 sont sous-estimés à cause des biais de mémoire, représente une augmentation considérable du recours à l'avortement en une seule décennie. Cette forte augmentation du recours à l'avortement se fait d'une génération à l'autre plus que d'une classe d'âge à l'autre : les plus jeunes générations ont fréquemment recours à l'avortement dès le début de leur vie féconde, tandis que les générations les plus anciennes n'y viennent qu'après plusieurs grossesses, et dans des proportions moindres. On pourrait ainsi presque parler d'un « phénomène de génération » tant la liaison entre le recours à l'avortement et la génération de naissance est forte.

Parallèlement, l'utilisation de la contraception dans cette population est encore très faible : 12 % seulement des femmes ont déclaré avoir utilisé un moyen de contraception moderne entre leurs deux dernières grossesses. On peut alors légitimement se demander si le recours à l'avortement provoqué n'intervient pas, dans cette population, comme un moyen de régulation des naissances, face à un manque d'information ou à des difficultés d'accès aux méthodes de contraception. L'amplification de ce phénomène au cours des 10 dernières années pourrait révéler un changement récent des mentalités en matière de fécondité, les jeunes femmes des années 1990 étant moins prêtes que leurs aînées à accepter des grossesses précoces, rapprochées et nombreuses. Cette hypothèse rejoint les principaux résultats d'enquêtes menées sur la planification familiale en Côte d'Ivoire, qui montrent un changement des idéaux de fécondité et un désir de planification familiale, émergeant en particulier dans les plus jeunes générations (KOFFI *et al.*, 1994, 1995, 1998 ; TOURE *et al.*, 1997). D'autre part, la proportion croissante d'avortements provoqués chez les plus jeunes femmes pourraient révéler un refus des grossesses survenant lorsque la jeune femme est encore scolarisée ou étudiante. En effet, dans la région de Tanda, la moitié des femmes qui avaient avorté avaient déclaré avoir interrompu leur grossesse pour pouvoir poursuivre leurs études (KOFFI *et al.*, 1998). Le fait que, dans la population étudiée ici, le recours à l'avortement soit plus élevé chez les femmes les plus jeunes, les plus instruites et chez les femmes seules confirme cette hypothèse d'une augmentation des avortements liée à un changement des mentalités en matière de procréation.

Les différences d'intensité et de précocité du recours à l'avortement observées entre les générations plaideraient d'ailleurs en faveur d'un changement des comportements et des motivations face à l'avortement : pour les générations anciennes, l'avortement est un moyen d'espacer les naissances, en refusant un intervalle trop court, ou encore de limiter les naissances, lorsque qu'une certaine parité est atteinte, d'où un recours à l'avortement généralement après plusieurs grossesses. Par contre, dans les plus jeunes générations, le recours à l'avortement apparaît dès les toutes premières grossesses : c'est un moyen de retarder la première naissance, de planifier les naissances dès le début de sa vie féconde.

En matière de fécondité, cet important recours à l'avortement observé au cours des dernières années chez les femmes les plus jeunes et ce dès les premières grossesses pourrait ainsi être l'un des mécanismes expliquant le recul de l'âge à la première naissance et la baisse de la fécondité. Il est en effet frappant de constater que la baisse de la fécondité s'est accélérée après 1988 [l'indice synthétique de fécondité pour Abidjan observé au recensement de 1988 est de 4,7 (ABBAS, 1992), et, 6 ans plus tard, en 1994, il est passé à 4,1 (N'CHO *et al.*, 1995)], soit exactement pendant la décennie où nous observons une multiplication par trois du recours à l'avortement.

LES FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES LIÉS À L'AVORTEMENT

Le recours à l'avortement est deux fois plus fréquent chez les femmes qui ne sont pas en union que chez celles en union (tableau 4), et cette différence demeure en analyse multivariée, après ajustement par l'âge et les autres facteurs considérés (tableau 5). La probabilité d'avortement est inversement liée au niveau d'instruction : seules 18 % des femmes analphabètes déclarent avoir fait au moins un avortement contre 48 % des femmes du niveau secondaire, et 38 % des femmes de niveau primaire (tableau 4). En analyse multivariée, la différence reste significative entre les femmes n'ayant pas d'instruction et les femmes ayant été scolarisées, quel que soit le niveau d'étude (tableau 6). Ces différences peuvent s'expliquer par un accès plus difficile à l'avortement pour les femmes analphabètes (qui ont moins de revenus et disposent de moins d'information), mais aussi par un recours plus fréquent à l'avortement chez les jeunes filles scolarisées, qui ne veulent pas abandonner leurs études à cause d'une grossesse.

TABLEAU 4 : ANALYSE UNIVARIÉE DE LA PROPORTION DE FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ EN 1997 SELON L'ÂGE, LE NOMBRE DE GROSSESSES PRÉCÉDENTES, LE NIVEAU D'INSTRUCTION, LE STATUT MATRIMONIAL ET LE LIEU DE LA CONSULTATION PRÉNATALE.

Variable	Proportion de femmes ayant avorté au moins 1 fois		
	%	effectif/effectif total	p *
Classe d'âge :			<0,001
<20 ans	36,9	41/111	
20-24 ans	36,5	127/348	
25-29 ans	28,7	73/254	
30-34 ans	23,7	45/190	
35 ans et +	19,1	18/94	
Nombre de grossesses précédentes :			0,03
1-2	27,2	145/534	
3-5	35,5	125/352	
6 et +	30,9	34/110	
Niveau d'instruction :			<0,001
pas d'études	17,7	80/453	
primaire	38,2	131/343	
secondaire	48,1	91/189	
Statut matrimonial :			<0,001
non en union	55,9	71/127	
en union	26,5	226/853	
Centre de santé :			0,005
Yopougon-attié	33,3	223/670	
Ouassakara	27,5	61/222	
Anonkoua-koute	19,0	20/105	

* test du Chi 2 du maximum de vraisemblance

TABLEAU 5 : RÉGRESSION LOGISTIQUE DE LA PROBABILITÉ POUR UNE FEMME D'AVOIR FAIT AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ EN 1997 SELON L'ÂGE, LE NOMBRE DE GROSSESSES PRÉCÉDENTES, LE NIVEAU D'INSTRUCTION, LE STATUT MATRIMONIAL ET LE LIEU DE LA CONSULTATION PRÉNATALE.

Variable	Odds ratio	p
Classe d'âge :		
<20 ans	2,34	<0,001
20-24 ans	2,11	<0,001
25-29 ans	0,99	0,97
30-34 ans	0,52	<0,001
35 ans et +		
Nombre de grossesses précédentes :		
1-2	0,33	<0,001
3-5	1,39	0,007
6 et +		
Niveau d'instruction :		
pas d'études	0,45	<0,001
primaire	1,20	0,09
secondaire		
Statut matrimonial :		
non en union	1,81	<0,001
en union		
Centre de santé :		
Yopougon-attié	1,22	0,10
Ouassakara	1,00	0,98
Anonkoua-koute		

L'analyse multivariée confirme un effet propre de la génération de naissance, avec un recours à l'avortement beaucoup plus important chez les femmes de moins de 25 ans au moment de l'enquête, ce qui correspond aux femmes nées après 1972. Il apparaît enfin après ajustement sur les autres facteurs que le risque d'avortement est lié au nombre de grossesses de la femme : les femmes les plus susceptibles d'avoir avorté sont celles ayant eu entre 3 et 5 grossesses (tableaux 4 et 5).

En examinant la répartition du taux de recours à l'avortement selon les différents centres d'enquête, il apparaît en première analyse univariée que les femmes consultant dans le centre d'Anonkoua-koute sont moins nombreuses à avoir avorté que les femmes des deux autres centres (19 % à Anonkoua-koute, commune d'Abobo contre 27 % et 33 % à Ouassakara et Yopougon-attié, commune de Yopougon). Cependant, en analyse multivariée, après ajustement sur les autres facteurs (âge, statut matrimonial, niveau d'instruction, nombre de grossesses), cette différence n'est plus significative (tableau 5) : on ne peut donc conclure à des différences entre quartiers dans le recours à l'avortement à partir des femmes enquêtées dans cette étude.

COMPARAISON AVEC LES PAYS DU NORD

À partir de l'histoire des grossesses des femmes enquêtées en 1997, le taux d'avortement est de 26 pour 100 grossesses sur la période 1992-1996, pour ce groupe de femmes qui étaient âgées de 13 à 45 ans pendant cette période (tableau 6). En France, C. Blayo a estimé ce taux à 20 avortements pour 100 grossesses pour l'année 1989 (BLAYO, 1995), et aux Etats Unis ce sont 29 % des grossesses qui sont terminées par un avortement, toujours pour les années 1990 (MONTGOMERY, 1996). Il semble ainsi qu'on ait atteint aujourd'hui dans la ville d'Abidjan un niveau de recours à l'avortement tout à fait similaire à celui des pays du Nord (tableau 6). Cependant la situation est fort différente puisque, si en France et aux Etats-Unis l'avortement est légalisé et donc systématiquement réalisé dans le cadre des services de santé, cela reste un acte illégal en Côte d'Ivoire, et les conditions dans lesquelles cet acte est pratiqué sont largement inconnues.

Le calcul de ce taux d'avortement pour la période quinquennale précédente, 1987-1991, confirme l'existence d'une hausse récente du recours à l'avortement : le nombre d'avortements pour 100 grossesses a quasiment doublé entre 1987-1991 et 1992-1996 (tableau 6).

TABLEAU 6 : TAUX D'AVORTEMENTS POUR 100 GROSSESSES À ABIDJAN, EN FRANCE ET AUX ETATS-UNIS (SUR L'ENSEMBLE DES CLASSES D'ÂGE).

Population	Abidjan, enquête Ditrane			France (1)	Etats Unis (2)
	1987-1991	1992-1996	1987-1996	1989	1988
Taux d'avortement pour 100 grossesses	13,8	26,1	20,6	20,1	29
(1) In Blayo (C.), « L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. », <i>Population</i> , 3, 1995, tableau 4 p. 790. (2) In Montgomery (M.R.), « Comments on men, women and unintended pregnancy. », in Casterline (J.B.) et al. (eds), <i>Fertility in the United States. New patterns, new theories. Population and Development Review</i> , a supplement to vol. 22, 1996, p. 100.					

CONCLUSION

Ces résultats montrent que le recours à l'avortement existe aujourd'hui à Abidjan, dans des proportions comparables aux pays du Nord où l'avortement est légal, et que c'est une pratique qui, bien que clandestine, ne peut plus être ignorée dans la définition des programmes de santé publique autant que dans l'étude de la dynamique de la population ivoirienne. La généralisation très récente de ce recours à l'avortement, qui intervient aujourd'hui dès les jeunes âges et dès les premières grossesses, explique vraisemblablement une bonne part de la baisse rapide de fécondité observée à Abidjan depuis une dizaine d'année, dans un contexte de faible prévalence contraceptive. Cependant, au delà de leurs conséquences démographiques sur l'indice synthétique de fécondité, les taux d'avortement observés dans cette population soulèvent plusieurs questions auxquelles notre enquête ne permet pas de répondre mais qui appellent de plus amples recherches.

Tout d'abord dans quelles conditions sanitaires se font ces avortements, dans un pays où l'interruption volontaire de grossesse est un acte illégal ? Quel est leur impact sur la santé de ces femmes ? Dans les enquêtes sur la planification familiale menées par l'ENSEA, environ un tiers des femmes qui avaient déjà avorté avaient déclaré des complications après un avortement

(hémorragies, infections...). Près d'une femme enquêtée sur trois déclarait avoir perdu une proche parente des suites d'un avortement provoqué (KOFFI *et al.*, 1994). La gravité de ces avortements « clandestins », fréquemment suivis de complications pouvant conduire à des stérilités ou au décès de la femme, n'est plus à démontrer (MUNDIGO, 1991 ; IPPF, 1994), mais l'ampleur du phénomène reste inconnue. Pourtant les complications d'avortement sont en partie responsables du taux élevé de mortalité maternelle de la Côte d'Ivoire, qui était de 597 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1988-1994 (BARRÈRE et BARRÈRE, 1995) : d'après une étude menée 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 *et al.*, 1996). Il semble d'ailleurs que la mortalité maternelle ait augmenté en Côte d'Ivoire au cours des années précédant l'EDS de 1994 (la mortalité maternelle est estimée à 330 pour 100 000 sur la période 1981-1986) : la généralisation des avortements que nous observons sur la même période pourrait expliquer une partie de cette augmentation.

D'autre part, quels types de besoin en planification familiale ces avortements traduisent-ils et comment répondre à ces besoins ? L'enquête démographique et de santé de 1994 avait estimé que 43 % des femmes en union avaient des « besoins non satisfaits en planification familiale » en Côte d'Ivoire, contre seulement 11 % des femmes en union ayant leur besoins en planification familiale satisfaits (KOUASSI, 1995). Le recours à l'avortement clandestin observé dans cette étude confirme l'émergence d'un besoin en planification familiale et ces résultats correspondent aux évolutions observées par diverses enquêtes sur la fécondité dans ce pays : le nombre idéal d'enfants déclaré par les femmes comme par les hommes diminue avec les générations, pour atteindre environ 4 enfants chez les plus jeunes, contre 6 chez les plus âgés (KOUASSI, 1995). Cependant il faut rappeler que l'amélioration et la généralisation de services de planification familiale améliorera sans doute la situation, mais ne diminuera pas nécessairement le taux de recours à l'avortement. En effet, L. Toulemon et H. Léridon ont montré dans les pays du Nord que « contraception et avortement apparaissent comme deux comportements différents, souvent complémentaires, et non comme les termes d'une alternative » (TOULEMON et LÉRIDON, 1992). En effet, si le développement des méthodes de contraception contribue à réduire le nombre de grossesses non désirées, simultanément les échecs de cette planification familiale sont aussi moins bien acceptés, et les mêmes femmes qui utilisent des méthodes contraceptives auront recours à l'avortement en cas d'échec de la méthode utilisée. C'est ainsi qu'en France, le nombre des avortements n'a apparemment pas diminué avec la diffusion des méthodes efficaces de contraception (LÉRIDON *et al.*, 1987). Au Japon par contre, une étude menée dans les années 1950 avait montré que la diffusion des méthodes contraceptives s'était accompagnée d'une diminution du nombre absolu d'avortements. En effet, dès lors que le nombre de grossesses non désirées diminue, le nombre d'avortements diminue aussi, même si le taux d'avortement pour 100 grossesses reste stable (LÉRIDON *et al.*, 1987). Quoi qu'il en soit, la question des avortements, même si elle intervient dans le contexte global de la planification familiale, doit être traitée comme un problème spécifique de la santé maternelle et non comme le simple corollaire d'une demande non satisfaite en méthodes contraceptives.

Ainsi les résultats présentés, qui sont une première estimation du recours à l'avortement dans une grande ville d'Afrique de l'Ouest, appellent de plus amples recherches : il faudra les vérifier dans d'autres groupes de femmes, et en particulier de femmes non enceintes, déterminer dans quelles conditions sanitaires, matérielles et économiques se font ces avortements et les raisons de ce recours. Mais dès maintenant, la généralisation rapide et récente du recours à l'avortement provoqué en Côte d'Ivoire que nous observons doit être considérée comme le signe d'un changement des besoins et des attitudes face à la fécondité, et être prise en compte à ce titre dans les programmes de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBAS (S.), 1992, « Fécondité », *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 1988). Analyse des résultats définitifs. Volume 3, Tome 1*, Institut National de la Statistique, Abidjan.
- BARRÈRE (B.) et BARRÈRE (M.), 1995, « Mortalité maternelle. », *Enquête Démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire*, Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, pp. 155-166.
- BLAYO (C.), 1995, « L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. », *Population*, 3, 1995, pp. 779-810.
- BLEDSOE (C.) et COHEN (B.) (eds), 1993, *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*, National Academy Press, Washington, 208 p.
- BOERMA (T.) (ed), 1991, *Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care. Interdisciplinary approaches*. IUSSP, 427 p.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1984, *Enquête Ivoirienne sur la Fécondité 1980-81. Rapport principal. Volume 1. Analyse des principaux résultats*, Direction de la statistique, Ministère de l'économie et des finances, Abidjan, 140 p.
- IPPF, 1994, Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique, La Conférence de Maurice, Ile Maurice, Grand' Baie, 24-28 mars 1994, 36 p.
- KOFFI (N.) et FASSASSI (R.) 1997, *Fécondité et planification familiale au sein des corps habillés, militaires et paramilitaires*, Rapport d'enquête, ENSEA, Abidjan, mars 1997, 155 p.
- KOFFI (N.), KOUYE (P.) et SIKA (L.), 1994, *La planification familiale dans le département d'Aboisso*, Rapport d'enquête, ENSEA, Abidjan, février 1994, 137 p. + annexes.
- KOFFI (N.), ZANOU (B.), FASSASSI (R.) *et al.*, 1995, *La planification familiale dans le Centre Nord, sous préfectures de Katiola, Niakaramandougou et Tafire*, Rapport d'enquête, ENSEA, Abidjan, Décembre 1995, 131 p. + annexes.
- KOFFI (N.), ZANOU (B.), FASSASSI (R.) *et al.*, 1998, *Etude socio-démographique et de planification familiale dans la commune de Tanda, avril 1994*, Etudes et Recherches n° 24, ENSEA, Abidjan, janvier 1998, 100 p.
- KOUASSI (L.), 1995, « Préférences en matière de fécondité. », *Enquête Démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire*, Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, pp. 89-102.
- LÉRIDON (H.), 1992, « The analysis of maternity histories when data on the intermediate or explanatory variables refer only to the situation at the time of the survey. », in HILL (A.) et BRASS (W.) (eds), *The analysis of maternity histories*. IUSSP, Ordina Editions, pp. 265-284.
- LÉRIDON (H.), CHARBIT (Y.), COLLOMB (P.) *et al.*, 1987, *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, INED-PUF, Travaux et Documents n° 117, 380 p.
- MONTGOMERY (M. R.), 1996, « Comments on men, women and unintended pregnancy. », in CASTERLINE (J. B.) *et al.* (eds), *Fertility in the United States. New patterns, new theories. Population and Development Review*, a supplement to vol. 22, pp. 100-106.
- MSELLATI (P.), RAMON (R.), VIHO (I.) *et al.*, 1998, « Prevention of mother to child transmission of HIV in Africa : uptake of pregnant women in a clinical trial. Abidjan, Côte d'Ivoire. », *Aids*, à paraître.
- MUNDIGO (A.), 1991, « Mortality and morbidity due to induced abortion. », in BOERMA (T.) (ed), *Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care. Interdisciplinary approaches*, IUSSP, pp. 201-223.

Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan

- N'CHO (S.), KOUASSI (L.), KOUAMÉ (K. A.) *et al.*, 1995, *Enquête démographique et de Santé, Côte d'Ivoire, 1994*. Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, 294 p.
- Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Côte d'Ivoire, 1988. Analyse des résultats définitifs*, Institut National de la Statistique, Abidjan.
- THONNEAU (P.), DJANHAN (Y.), TRAN (M.) *et al.*, 1996, « The persistence of a high maternal mortality rate in the Ivory Coast. », *American Journal of Public Health*, 86, 10, p. 1478.
- TOULEMON (L.) et LERIDON (H.), 1992, « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements. », *Population*, 1, pp. 1-46.
- TOURE (L.), KAMAGATE (Z.), GUILLAUME (A.) et DESGRÉES DU LOÛ (A.), 1997, *Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon*, ENSEA - ORSTOM - Direction Régionale de la Santé - FNUAP - MCAC, Abidjan, janvier 1997, 66 p. + annexes.
- VALLIN (J.), 1998, « Démographie : peut-on encore parler d'exception africaine ? », *Jeune Afrique* n° 1939, pp. 72-73.

ANNEXE

TABLEAU ANNEXE 1 : PROPORTION DE FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ (PARMI CELLES AYANT EU AU MOINS UNE GROSSESSE) SELON LA CLASSE D'ÂGE EN 1987, EN 1992 ET EN 1997 (EN %, EFFECTIFS CONCERNÉS ENTRE PARENTHÈSES).

Année	<20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	≥35 ans	Ensemble
1987	13,1 (11/84)	11,5 (18/156)	7,9 (7/89)			10,8 (36/332)
1992	25,9 (38/147)	20,5 (44/215)	18,2 (33/181)	10,8 (10/93)		19,6 (126/642)
1997	36,9 (41/111)	36,5 (127/348)	28,7 (73/254)	23,7 (45/190)	19,1 (18/94)	30,5 (304/997)

Note : pour les années 1987 et 1992, l'histoire génésique de chaque femme a été estimée à partir des informations récoltées en 1997, chaque événement étant daté.

TABLEAU ANNEXE 2 : PROPORTION DE FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ (PARMI CELLES AYANT EU AU MOINS UNE GROSSESSE) SELON LA GÉNÉRATION DE NAISSANCE ET L'ÂGE À L'ÉVÈNEMENT(EN %, EFFECTIFS CONCERNÉS ENTRE PARENTHÈSES).

Année de naissance	<20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	≥35 ans
avant 1962	–	6,5 (5/77)	7,9 (7/89)	10,8 (10/93)	19,1 (18/94)
1963-67	10,1 (9/89)	11,5 (18/156)	18,2 (33/181)	23,7 (45/190)	
1968-72	13,1 (11/84)	20,5 (44/215)	28,7 (73/254)		
1973-77	25,9 (38/147)	36,5 (127/348)	–		
à partir de 1978	36,9 (41/111)	–	–		

TABLEAU ANNEXE 3 : TAUX D'AVORTEMENTS PROVOQUÉS SELON LE RANG DE LA GROSSESSE ET LA GÉNÉRATION DE NAISSANCE (EN %, EFFECTIFS CONCERNÉS ENTRE PARENTHÈSES).

Rang de la grossesse	Génération de naissance					Ensemble
	à partir de 1978	1973-1977	1968-1972	1963-1967	1962 et avant	
Rang 1	30,6 (34/111)	25,0 (87/348)	14,6 (37/254)	5,8 (11/190)	2,1 (2/94)	17,2 (171/997)
Rang 2	38,2 (13/34)	33,0 (62/188)	19,4 (32/165)	7,3 (13/177)	4,3 (4/92)	18,1 (124/685)
Rang 3	28,6 (2/7)	44,2 (34/77)	16,7 (23/138)	7,6 (12/158)	4,7 (4/86)	16,1 (75/466)
Rang 4	–	43,5 (10/23)	18,3 (13/71)	16,0 (19/119)	6,2 (5/81)	15,9 (47/296)
Rang 5	50,0 (1/2)	33,3 (1/3)	25,0 (6/24)	19,0 (16/84)	9,2 (6/65)	16,9 (30/178)
Rang 6	–	–	14,3 (2/14)	20,4 (11/54)	9,1 (4/44)	15,0 (17/113)
Rang 7	–	–	–	10,7 (3/28)	7,4 (2/27)	8,3 (5/60)

Note : le taux d'avortements correspond au nombre des grossesses terminées par un avortement provoqué pour 100 grossesses.

PARUS DANS LES COLLECTIONS DE L'ETS

Documents de recherche

- n° 1 : Recompositions familiales et transformations agraires. Une lecture de cas africains et mexicain – André QUESNEL et Patrice VIMARD, 23 p. (épuisé)
- n° 2 : Micro-économie de la fécondité. Quelques réflexions à partir du cas indien – Christophe Z. GUILMOTO, 22 p.
- n° 3 : Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise – Patrice VIMARD, 31 p.
- n° 4 : Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain – Susana LERNER, André QUESNEL et Olivia SAMUEL, 29 p.
- n° 5 : Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans. Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité ? – Annabel DESGRÉES DU LOÛ, Philippe MSELLATI, Ida VIHO et Christiane WELFFENS-EKRA, 21 p.

Notes et Projets

- n° 1 : Projet scientifique, 19 p. (épuisé)
- n° 2 : Santé de la reproduction et changement socio-économique dans un milieu rural sénégalais. Cadre conceptuel d'un programme de recherche – Valérie DELAUNAY, 17 p. (épuisé)
- n° 3 : Bibliographie des membres de l'ETS 1994-1995 – Préparée par Agnès GUILLAUME, 26 p.
- n° 4 : Sida et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. Une revue commentée de la littérature – Annabel DESGREES DU LOU, 25 p.
- n° 5 : Propositions pour des recherches appliquées sur la planification familiale en Afrique subsaharienne. De l'utilité de la recherche pour l'efficience des programmes de population – Patrice VIMARD, KOFFI N'Guessan, Agnès GUILLAUME et Agnès ADJAMAGBO, 18 p.
- n° 6 : Bibliographie des membres de l'ETS 1996-1997 – Préparée par Raïmi FASSASSI, 34 p.

Reproduit en France par INSTAPRINT S.A.
1-2-3, levée de la Loire - LA RICHE - B.P. 5927 - 37059 TOURS Cedex 1
Tél. 02 47 38 16 04

Dépôt légal 2^{ème} trimestre 1998

L'ETS regroupe des chercheurs de l'ORSTOM, de différentes disciplines (démographie, anthropologie, nutrition...), qui se sont réunis sur des problématiques liées à la transition de la fécondité et à la santé de la reproduction.

L'ETS publie deux séries de documents. Les *Notes et Projets* présentent les thèmes et les méthodes des programmes en cours. Les *Documents de Recherche* proposent des analyses de cas, des études comparatives et des réflexions théoriques.



ETS, ORSTOM/LPE, Case 10, Centre St. Charles,
3 place V. Hugo, 13331 Marseille Cedex 3, France.

Tél./fax : (33) 04 42 22 46 31

Email : vimard@orstom.rio.net