

LE RECOURS À L'AVORTEMENT PROVOQUÉ À ABIDJAN

Une cause de la baisse de la fécondité?

Annabel DESGRÉES du LOÛ*, Philippe MSELLATI**,
Ida VIHO***, Christiane WELFFENS-EKRA****

On a longtemps considéré qu'une grande partie de l'Afrique subsaharienne était totalement rétive à l'adoption de méthodes contraceptives modernes, ce qui constituait l'explication principale au maintien d'une fécondité élevée dans cette région du monde. L'une après l'autre, les enquêtes EDS (Enquêtes sur la démographie et la santé) ont conduit à réviser cette idée, notamment au Kenya, au Zimbabwe, au Ghana, au Sénégal ou en Côte d'Ivoire.

A. DESGRÉES du LOÛ, P. MSELLATI, I. VIHO et C. WELFFENS-EKRA abordent ici un aspect complémentaire. L'avortement ne serait-il pas parfois, malgré son caractère généralement illégal, un moyen non négligeable de maîtrise de la fécondité? Cela semble être le cas à Abidjan, d'après leur analyse d'une enquête réalisée auprès de femmes enceintes dans plusieurs quartiers de la capitale ivoirienne. La question mériterait sûrement d'être aussi posée dans d'autres grandes villes africaines.

La baisse de la fécondité est amorcée en Afrique. Au sud du Sahara, il s'agit encore d'un phénomène assez récent, mais incontestable : après une légère 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 quatre-vingt dans de nombreux 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 (N'Cho *et al.*, 1995) et de 7,2 en 1980 à 5,7 en 1994 en Côte d'Ivoire (N'Cho *et al.*,

* Institut de recherche pour le développement (ex Orstom), Centre de Petit Bassam, Ensea, Abidjan.

** Institut de recherche pour le développement, Centre de Petit Bassam, Projet Ditrème, Abidjan.

*** Projet Ditrème, Abidjan.

**** Projet Ditrème, Abidjan, CHU de Yopougon, Service de gynécologie obstétrique.



1995). En Côte d'Ivoire, l'essentiel de la baisse s'est donc produit à partir des années quatre-vingt, avec une baisse de 1,5 enfant 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 probablement près de 3 millions d'habitants d'après les projections antérieures, 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). Une question se pose 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 trouve 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, ce recours 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'âges ?

Dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, le recours à l'avortement pour interrompre volontairement une grossesse est un acte illégal ou soumis 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 exceptions⁽¹⁾. 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 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 disponibles proviennent généralement des données hospitalières concernant les complications d'avortement : on a donc

⁽¹⁾ En Côte d'Ivoire, il n'y pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par une grave menace sur la santé de la mère. Il faut l'avis de deux médecins en plus de celui du médecin traitant (art. 367 du Code pénal ivoirien).

une estimation des conséquences graves du recours à l'avortement provoqué en Afrique subsaharienne, mais aucune vision d'ensemble du niveau de cette pratique dans la population (Bledsoe et Cohen, 1993). Ces données suggèrent cependant que le recours à l'avortement provoqué est fréquent, 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 il serait nécessaire de mieux connaître le niveau de recours à l'avortement provoqué 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 disponibles sur le recours à l'avortement en population générale concernent des populations rurales, et un groupe spécifique, celui des « Corps habillés » (policiers, militaires et gendarmes) de Bouaké et d'Abidjan, interrogés 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'était pas disponible 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 consultation prénatale de la ville d'Abidjan ; l'évolution de la fréquence du recours à l'avortement, au cours de la dernière décennie, permettra d'éclairer la baisse de la fécondité (plus d'un enfant par femme) durant cette période.

I. – Cadre de l'étude

Population et 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 VIH⁽²⁾ (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-Attié et Wassakara (commune de Yopougon)

⁽²⁾ Ce projet Ditrane (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'IRD.

et d'Anonkoua-Koute (commune d'Abobo) ont été interrogées sur l'histoire de leur vie génésique. Sur l'ensemble de ces deux communes, Yopougon et Abobo, qui rassemblent une population d'environ 1 million d'habitants, soit un tiers de la population d'Abidjan, il existe actuellement treize formations sanitaires. Les trois formations sanitaires citées avaient été sélectionnées pour la mise en place du projet Ditrane, la première parce que c'était la plus importante de la commune de Yopougon, et les deux autres parce qu'elles étaient les plus performantes.

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 intergénésique étaient également posées.

Indicateurs utilisés Parmi les 1 201 femmes enquêtées, 204 étaient primigestes. L'analyse qui suit porte sur le recours passé à l'avortement provoqué, déclaré par les 997 femmes enceintes non primigestes. Le niveau de recours 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 à une date donnée, parmi les femmes ayant déjà eu au moins une grossesse à cette date. Cet indicateur, quoique grossier, nous a semblé préférable au taux d'avortement habituellement utilisé pour les données nationales (nombre d'avortements rapporté au nombre de naissances vivantes ou au nombre de conceptions), à cause du faible effectif dont nous disposons. En effet, sur l'ensemble des histoires génésiques des 1 201 femmes enquêtées, on a dénombré 2 828 grossesses (réparties sur environ 20 ans) dont 474 se sont terminées par un avortement provoqué. Un calcul de taux par classe d'âges, par génération et par période, nous conduisait à de très petits effectifs, d'où des fluctuations importantes des taux qui rendaient plus difficile la lecture des tendances.

L'évolution au cours du temps du recours à l'avortement a été observée sous deux aspects :

— on a tout d'abord comparé la proportion de femmes ayant déjà avorté à trois dates : 1987, 1992, 1997. 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. On a donc considéré, en 1997, la proportion de femmes ayant déjà eu recours au moins une fois à l'avortement parmi l'ensemble des femmes qui avaient déjà eu une grossesse (avant celle en cours) en 1997, puis la proportion de femmes qui avaient déjà eu recours au moins une fois à l'avortement en 1992, parmi les femmes qui avaient déjà eu au moins une grossesse terminée avant juillet 1992, et de même pour juillet 1987. Ces indicateurs ont été calculés pour l'ensemble des femmes, puis par classe

d'âges. Cela nous a permis de comparer le comportement de chaque classe d'âges aux différentes dates, et de reconstituer l'évolution du niveau de recours à l'avortement selon l'âge, pour chaque génération de naissance, de façon à observer comment le recours à l'avortement a évolué avec l'âge dans les différentes générations enquêtées en 1997 ;

— on a ensuite calculé la proportion de grossesses terminées par un avortement selon le rang de la grossesse. Cette analyse a été faite pour l'ensemble des femmes et par génération de naissance, de façon à observer l'évolution du comportement au fil des générations.

Les relations entre la proportion de femmes ayant avorté au moins une fois et les principaux facteurs sociodémographiques (niveau d'instruction, statut matrimonial au moment de l'enquête, âge, nombre de grossesses, type de centre de consultation prénatale) ont d'abord 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 ensuite 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.

Enfin, pour obtenir au moins un indicateur plus comparable à ceux disponibles dans les autres pays (pays du nord essentiellement), un taux d'avortement pour 100 conceptions a été calculé sur deux périodes de 5 ans, 1987-1991 et 1992-1996, toujours à partir des histoires génésiques dont nous disposons. Cependant, il ne faudra pas perdre de vue (dans les comparaisons avec d'autres pays) que cet indicateur n'est pas exactement équivalent aux taux d'avortement annuel habituellement utilisés, puisqu'il est calculé à partir de femmes ayant toutes eu au moins deux grossesses, dont une en cours (celle pour laquelle la femme enquêtée est venue en consultation prénatale). De plus, une femme y 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.

Limite des données

Avant toute discussion des résultats, il faut garder à l'esprit que cette enquête ne concernait que des femmes enceintes, donc des femmes fécondes : elles sont fertiles et exposées au risque de grossesse, et donc au risque de grossesse non désirée, dans une population où l'utilisation de la contraception est encore peu répandue (Touré *et al.*, 1997). D'autre part, on n'observe pas de femmes n'ayant pas encore mené de grossesse à terme, mais qui ont pu avoir déjà recours à l'avortement, par exemple des jeunes femmes ne voulant 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 occulté leur recours passé à l'avortement, d'une part parce que c'est un sujet potentiellement douloureux, et d'autre part parce que le recours à l'avortement est un acte illégal en Côte d'Ivoire. Hormis le premier cité, ces biais vont globalement dans le sens d'une sous-

estimation du recours à l'avortement, qui est donc vraisemblablement supérieur à celui observé. 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 quinze à vingt ans avant l'enquête.

Une autre limite de ces données est géographique : l'enquête n'a été menée que dans trois centres de consultation prénatale et donc ne doit 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 environ un tiers de la population d'Abidjan, de diverses catégories socioprofessionnelles, et que l'ensemble des trois formations sanitaires considérées dans l'enquête représente environ 18 % des accouchements de la ville d'Abidjan. 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. On peut donc en conclure qu'il n'y a pas de différence significative dans l'histoire du recours à l'avortement selon la formation sanitaire où a été menée l'enquête, et que les données recueillies dans ces trois dispensaires peuvent être agrégées pour la suite de l'analyse.

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 leur attitude par rapport à cet acte. Cependant, les informations quantitatives disponibles sur le nombre des avortements de 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 sur lequel très peu d'informations sont disponibles.

II. – 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 ; 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 29 % 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

TABLEAU 1. — PROPORTION DE FEMMES (EN %) AYANT EU RECOURS À L'AVORTEMENT, OU AYANT EU UN AVORTEMENT SPONTANÉ OU UN MORT-NÉ, PARMI L'ENSEMBLE DES FEMMES AYANT DÉJÀ EU AU MOINS UNE GROSSESSE

	Au moins une fois		1 fois		2 fois		3 fois et plus	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
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

dix a avorté trois fois et plus (tableau 1). L'avortement est donc assez répandu, mais seule une minorité de femmes y recourent plus de deux fois dans leur vie.

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 (tableau 1). Lorsqu'on rapporte le nombre de grossesses terminées par une fausse couche ou un mort-né au nombre total de naissances vivantes, on obtient un taux de 9,1 % (196/2158). 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 pour la plupart fécondes : il semble normal que le taux de fausses couches observé soit légèrement inférieur à celui attendu dans une population incluant aussi les femmes infécondes, 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.

Les chiffres obtenus pour l'avortement provoqué, bien qu'ils sous-estiment vraisemblablement la réalité comme on l'a dit, 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⁽³⁾ 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 vraisemblable-

(3) École nationale de statistique et d'économie appliquée, Abidjan, Côte d'Ivoire.

ment l'effet d'un contrôle social moins fort dans les villes (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, d'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 soient réalisés en milieu « médicalisé » : centres de santé, domicile d'un personnel de santé (IPPF, 1994). Dans l'enquête présentée ici, nous n'avons aucune donnée à ce sujet mais dans certaines des enquêtes menées par l'Ensea en zone rurale la question du lieu de l'avortement a été posée aux femmes ayant déjà avorté : dans le Centre-Nord, 57 % des femmes 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). D'autres sources d'information « informelles » laissent penser qu'il en est de même dans la ville d'Abidjan, avec une pratique des avortements provoqués largement répandue dans les structures médicales (tout au moins les structures privées), pour des coûts variables selon le type de structure. Une enquête, menée par l'Ensea et l'IRD, sur les méthodes et les coûts de ce recours à l'avortement à Abidjan est actuellement en cours.

III. – Un phénomène récent et concernant surtout les jeunes générations

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.

Dans chaque classe d'âges, la proportion de femmes ayant déjà eu recours à l'avortement a triplé entre 1987 et 1997 : elle est passée de 13 % à 37 % chez les moins de 20 ans, de 8 à 29 % chez les 25-29 ans (tableau 2). D'autre part, en mesurant les variations de cette proportion par classe d'âges selon les générations de naissance, on observe un recours à l'avortement plus répandu dans les générations les plus jeunes, mais aussi plus précoce : parmi

TABLEAU 2. – PROPORTION DE FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ (PARMI CELLES AYANT EU AU MOINS UNE GROSSESSE) SELON LA CLASSE D'ÂGES EN 1987, EN 1992 ET EN 1997

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.

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 la génération 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 (figure 1, tableau annexe 1).

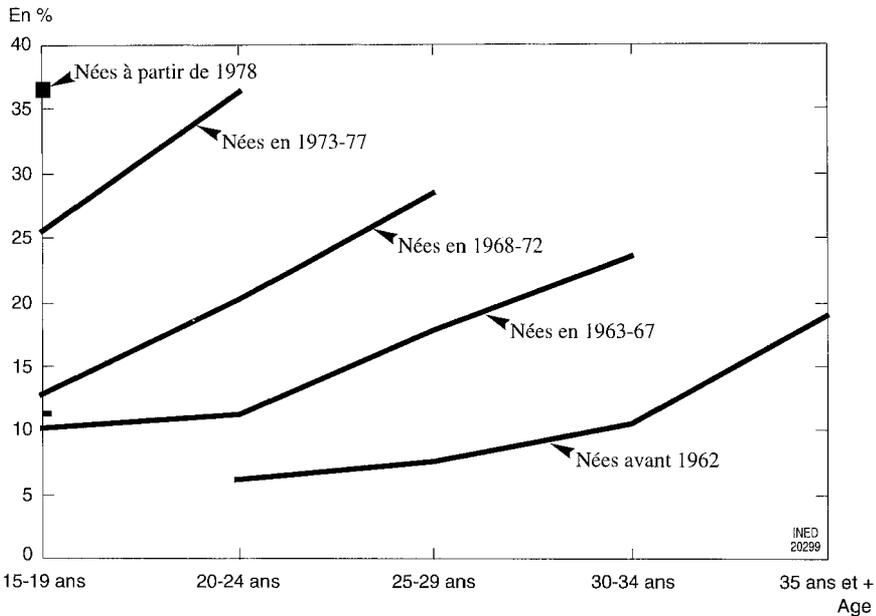


Figure 1. – Évolution, selon la génération, de la proportion de femmes ayant déjà eu au moins un avortement provoqué (parmi celles ayant déjà eu au moins une grossesse), par classe d'âges

Le rang de la grossesse, par contre, ne semble pas jouer un rôle majeur dans la décision de recourir à l'avortement provoqué : sur l'ensemble des femmes, on n'observe pas de variations nettes du recours à l'avortement selon le rang de naissance avant la septième grossesse (tableau 3). Dans le détail par génération, il apparaît une légère augmentation du taux d'avortement avec le rang de la grossesse, mais celui-ci reste dépendant de la génération de la femme bien plus que du rang de la grossesse : 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.

TABLEAU 3. — PROPORTION D'AVORTEMENTS PROVOQUÉS SELON LE RANG DE LA GROSSESSE ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE LA MÈRE

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

On observe donc de nets changements de comportement entre les cinq générations de naissance enquêtées dans cette étude, avec un recours plus important et plus précoce à l'avortement à chaque génération. Il semble que cette évolution se soit particulièrement accélérée entre les générations 1968-1972 et 1972-1977, qui présentent des profils de recours à l'avortement très différents selon l'âge et selon le rang de grossesse (figure 1 et tableau 3).

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. Six pour cent des femmes nées avant 1962 déclarent avoir déjà eu un avortement avant 25 ans, soit avant 1987 ; En 1997, la proportion des femmes de moins de 25 ans ayant déjà avorté est passée à 37 %, ce qui représente, même si l'on considère que les chiffres obtenus pour les années 1980 sont sous-estimés à cause des biais de mémoire, 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'âges 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 est forte.

IV. — Facteurs sociodémographiques 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 38 % des femmes de niveau primaire et 48 % des femmes du niveau secondaire (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 5). 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. Il semble en effet, au vu de la littérature disponible à ce sujet pour les pays du Sud, que la poursuite des

TABLEAU 4. – PROPORTION DE FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ EN 1997 (PARMI LES FEMMES AYANT DÉJÀ EU AU MOINS UNE GROSSESSE) 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*
Classes d'âges			< 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	
Wassakara	27,5	61/222	
Anonkoua-koute	19,0	20/105	
Date (groupe d'âges 20-24 ans)			< 0,001
En 1987	11,5	18/56	
En 1992	20,5	44/215	
En 1997	36,5	127/348	

* Test du Chi 2 du maximum de vraisemblance.

études soit une des raisons majeures du recours à l'avortement provoqué chez les jeunes filles (Koster-Oyekan, 1998 ; Koffi *et al.*, 1998).

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, c'est-à-dire celles 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).

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 (N = 997, FEMMES AYANT DÉJÀ EU AU MOINS UNE GROSSESSE)

Variable	Rapport des risques	Probabilité estimée	p
Classes d'âges			
< 20 ans	2,34	64,9%	< 0,001
20-24 ans	2,11	62,6%	< 0,001
25-29 ans	0,99	44,1%	0,97
30-34 ans	0,52	29,1%	< 0,001
35 ans et +	1,00	44,2%	réf.
Nombre de grossesses précédentes			
1-2	0,33	20,9%	< 0,001
3-5	1,39	52,5%	0,007
6 et +	1,00	44,2%	réf.
Niveau d'instruction			
Pas d'études	0,45	26,5%	< 0,001
Primaire	1,20	48,7%	0,09
Secondaire	1,00	44,2%	réf.
Statut matrimonial			
Non en union	1,81	58,9%	< 0,001
En union	1,00	44,2%	réf.
Centre de santé			
Yopougon-Attié	1,22	49,2%	0,10
Wassakara	1,00	44,3%	0,98
Anonkoua-Koute	1,00	44,2%	réf.

Note : Le modèle logit des probabilités d'avoir eu au moins un avortement est du type : $p = 1/(1 + \exp(-fs))$ où $fs = \text{constante} + \beta_1 (\text{classe d'âges}) + \beta_2 (\text{nb. de grossesses}) + \beta_3 (\text{niv. d'instruction}) + \beta_4 (\text{stat. matrimonial.}) + \beta_5 (\text{centre})$. Pour chaque modalité, le rapport des risques est égal à $OR_i = \exp(\beta_i)$. 44,2 % est la probabilité pour une femme qui aurait les caractéristiques « de référence » (35 ans ou plus, au moins 6 grossesses, études secondaires, en union, consultant à Anonkoua-Koute) d'avoir déjà avorté.

À l'examen de la répartition du taux de recours à l'avortement selon les différents centres d'enquête, il apparaît – sur les données brutes – 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 Wassakara 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.

V. – Comparaison avec les pays du Nord

À partir de l'histoire des grossesses des femmes enquêtées en 1997, on peut calculer un taux d'avortement (nombre d'avortements/nombre de conceptions) de 26,1% sur la période 1993-1997. En France, Chantal Blayo a estimé ce taux à 20 avortements pour 100 conceptions pour l'année 1989 (Blayo, 1995), et aux États-Unis ce sont 29% des grossesses qui sont terminées par un avortement, toujours pour les années 1990 (Montgomery, 1996). Bien que le taux que nous calculons ici ne soit pas directement comparable à ces taux nationaux, essentiellement parce qu'il s'agit ici d'un groupe non représentatif de femmes enceintes, il semble cependant qu'on ait atteint aujourd'hui dans la ville d'Abidjan un niveau de recours à l'avortement voisin de celui des pays du Nord. Cependant, la situation est fort différente puisque, si en France et aux États-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 du même taux pour la période quinquennale précédente, 1988-1992, confirme l'existence d'une hausse récente du recours à l'avortement : le nombre d'avortements pour 100 conceptions est passé de 13,8% (128/924) sur la période 1988-1992 à 26,1% (297/1140) sur la période 1993-1997.

VI. – Une méthode de régulation de la fécondité?

Parallèlement à l'augmentation du recours à l'avortement, on constate une faible utilisation de la contraception dans cette population. Le seul indicateur dont nous disposions était la proportion de femmes ayant 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 la dernière grossesse et celle en cours (tableau 6). Notons que les 204 femmes primigestes de l'enquête avaient déclaré un taux d'utilisation

TABLEAU 6. – PROPORTION DE FEMMES AYANT UTILISÉ UN MOYEN DE CONTRACEPTION ENTRE LA GROSSESSE PRÉCÉDENTE ET CELLE EN COURS (997 FEMMES NON PRIMIGESTES)

Proportion de femmes ayant utilisé un moyen de contraception depuis la dernière grossesse	16,5 % (165/997)
Type de contraception utilisé (parmi les utilisatrices) :	
– pilule	62,7 % (104/165)
– préservatif	7,2 % (12/165)
– stérilet	2,4 % (4/165)
– spermicides	0,6 % (1/165)
– autres (Depo-Provera ou autres)	27 % (44/165)
<i>Note</i> : parmi les femmes primigestes (non prises en compte dans le tableau), 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 %) ; autres : 34 %.	

de la contraception encore plus faible (12,5 %) entre la date de leurs premières règles et cette première grossesse. Ces chiffres sont cohérents avec les données nationales disponibles : seulement 6 % des femmes utilisaient une méthode moderne de contraception en 1994, et cette proportion ne dépassait pas 18 % chez les femmes célibataires sexuellement actives (EDS, 1994). 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 dix 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 souhaits en matière de fécondité et un désir de planification familiale, émergeant en particulier dans les plus jeunes générations (Koffi *et al.*, 1994 à 1998 ; Toure *et al.*, 1997). 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 confirment aussi cette hypothèse d'un changement des comportements et des motivations face à l'avortement : pour les générations anciennes, l'avortement est utilisé comme un moyen d'espacer les naissances, et surtout de limiter les naissances lorsqu'une certaine parité est atteinte, d'où un recours à l'avortement plus fréquent 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, donc de planifier les naissances dès le début de sa vie féconde.

Ce recours important à l'avortement par les femmes les plus jeunes pourrait contribuer à expliquer le recul de l'âge à la première naissance, ainsi que 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 (RGPH, 1988) et, 6 ans plus tard, en 1994, il est passé à 4,1 (N'Cho *et al.*, 1995), soit une baisse d'au moins 13 % pendant la décennie où nous observons une multiplication par trois du recours à l'avortement. Nous avons tenté, à partir de notre échantillon de femmes, d'estimer la part que le recours à l'avortement provoqué pourrait représenter dans cette baisse de fécondité : d'après les indices synthétiques de fécondité cités, si 100 femmes avaient vécu le cours de leur vie dans les conditions de 1988, elles auraient donc mis au monde 470 enfants ; par contre, si 100 femmes avaient vécu le cours de leur vie dans les conditions de 1994, elles auraient mis au monde environ 410 enfants (4,1 enfants par femme d'après l'EDS de 1994). On enregistre donc un déficit de 60 naissances pour 100 femmes entre les deux enquêtes. Entre 1988 et 1994, nous enregistrons une moyenne de 25 avortements pour 100 femmes (247/997). Sachant qu'il faut environ 2,67 avortements pour éviter une naissance vivante (Leridon et Toulemon, 1997), on peut estimer que ce sont ainsi un peu plus de 9 naissances pour 100 femmes qui ont été évitées par le recours à l'avortement, soit environ un sixième (16 %) du déficit de naissances observé entre 1988 et 1994. Il semble donc que le recours à l'avortement soit effectivement intervenu de façon non négligeable dans la baisse de la fécondité observée dans la ville d'Abidjan au cours des dix dernières années.

Avant de conclure, rappelons qu'Abidjan est une ville fortement frappée par l'épidémie de sida : environ 15 % des femmes enceintes sont séropositives pour le VIH (Welffens-Ekra *et al.*, 1996) ; il faut donc se demander si le taux élevé de recours à l'avortement pourrait être relié à cette épidémie. D'après nos données ce n'est pas le cas, ou tout au moins il n'existe pas de lien direct : tout d'abord les femmes que nous avons enquêtées n'étaient pas au courant de leur statut sérologique au moment de l'enquête puisqu'elles effectuaient le test de dépistage seulement après l'entretien ; d'autre part, puisque, après l'enquête, nous disposions des statuts sérologiques de ces femmes, nous avons pu comparer les proportions de femmes ayant eu recours à l'avortement entre les deux groupes séropositifs et séronégatifs et nous n'avons observé aucune différence significative (30,3 % des femmes séronégatives avaient déjà fait un avortement, contre 31,3 % chez les femmes séropositives pour le VIH, $p = 0,8$).

Conclusion

Ces résultats montrent que la fréquence du recours à l'avortement à Abidjan est aujourd'hui comparable à celle de pays du Nord où l'avortement est légal, et que c'est une pratique qui, bien que clandestine, ne peut

plus être ignorée par les 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 part de la baisse rapide de fécondité observée à Abidjan depuis une dizaine d'années, 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 soulèvent plusieurs questions auxquelles notre enquête ne permet pas de répondre et qui appellent d'autres recherches.

Tout d'abord dans quelles conditions sanitaires ces avortements se font-ils, 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...), et 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 était estimée à 330 pour 100 000 sur la période 1981-1986) : la multiplication des avortements pourrait expliquer une partie de cette augmentation.

D'autre part, quels types de besoins en planification familiale ces avortements traduisent-ils et comment y répondre ? D'après l'enquête Démographique et de Santé de 1994, 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 leurs 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, comme les résultats des diverses enquêtes sur la fécondité dans ce pays : le nombre idéal d'enfants déclaré par les femmes comme par les hommes diminue dans les générations récentes, 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. Leridon (1992) ont montré que dans les pays du Nord « contraception

et avortement apparaissent comme deux comportements différents, souvent complémentaires, et non comme les termes d'une alternative». 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 ont 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 (Leridon *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 : dès lors que le nombre de grossesses non désirées diminue fortement, le nombre d'avortements diminue aussi, même si le taux d'avortement pour 100 grossesses reste stable (Leridon *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 ici, qui proposent 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 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.

Remerciements : nous tenons à remercier toute l'équipe du Projet Ditrane sans qui cette enquête n'aurait pu être menée, ainsi que Patrice Vimard, Agnès Guillaume et l'équipe *Transition de la fécondité et santé de la reproduction* à l'IRD pour leurs lectures attentives de ce travail et leurs remarques précieuses. Que soit remerciée aussi Brigitte Baccaïni pour son aide dans la présentation des résultats de la régression logistique.

Ce travail a bénéficié du soutien financier de l'Aupelf-Uref dans le cadre d'une action de recherche partagée du Réseau démographie.

ANNEXE

TABLEAU ANNEXE I. — PROPORTION DE FEMMES AYANT EU AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ (PARMI CELLES AYANT EU AU MOINS UNE GROSSESSE) SELON L'ANNÉE DE NAISSANCE ET L'ÂGE

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)
1963-1967	10,1 (9/89)	11,5 (18/156)	18,2 (33/181)	23,7 (45/190)	
1968-1972	13,1 (11/84)	20,5 (44/215)	28,7 (73/254)		
1973-1977	25,9 (38/147)	36,5 (127/348)	—		
À partir de 1978	36,9 (41/111)	—	—		

BIBLIOGRAPHIE

- BARRÈRE Bernard, BARRÈRE Monique, 1995, « Mortalité maternelle », *Enquête démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire*, Institut national de la statistique de Côte d'Ivoire, Calverton, Maryland, Macro International Inc., USA, p. 155-166.
- BLAYO Chantal, 1995, « L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976 », *Population*, 50 (3), p. 779-810.
- BLED SOE Caroline, COHEN Barney (editors), 1993, *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*, Washington, National Academy Press, 208 p.
- BOERMA Ties (editor), 1991, *Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care. Interdisciplinary approaches*, IUSSP, 427 p.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, ministère de l'Économie et des Finances, 1984, *Enquête Ivoirienne sur la Fécondité 1980-81. Rapport principal. Vol. 1. Analyse des principaux résultats*, Abidjan, Direction de la statistique et World Fertility Surveys, 140 p.
- IPPF, 1994, *Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique. La Conférence de Maurice*, île Maurice, Grand' Baie, 24-28 mars 1994, 36 p.
- KOFFI Nguessan, FASSASSI Raïmi, 1997, « Fécondité et planification familiale au sein des corps habillés, militaires et paramilitaires », *Études et Recherches*, mars, Abidjan, Ensea, 155 p.
- KOFFI Nguessan, KOUYE Pauline, SIKA Lazare, 1994, « La planification familiale dans le département d'Aboisso », *Études et Recherches*, février, Abidjan, Ensea, 137 p. + annexes.
- KOFFI Nguessan, ZANOU Benjamin, FASSASSI Raïmi et al., 1995, « La planification familiale dans le Centre Nord, sous préfectures de Katiola, Niakaramandougou et Tafire », *Études et Recherches*, décembre, Abidjan, Ensea, 131 p + annexes.
- KOFFI Nguessan, ZANOU Benjamin, FASSASSI Raïmi et al., 1998, « Étude socio-démographique et de planification familiale dans la commune de Tanda, avril 1994 », *Études et Recherches*, n° 24, janvier, Abidjan, Ensea, 100 p.
- KOSTER-OYEKAN Winny, 1998, « Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western province », *Soc. Sci. Med.* 46 (10), p. 1303-1312.
- KOUASSI Lucien, 1995, « Préférences en matière de fécondité », *Enquête démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire*, Institut national de la statistique de Côte d'Ivoire, Calverton, Maryland, Macro International Inc., USA, p. 89-102.
- LERIDON Henri, 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 Allan, Brass William (eds), *The analysis of maternity histories*, IUSSP, Ordina Editions, p. 265-284.
- LERIDON Henri, CHARBIT Yves, COLLOMB Philippe et al., 1987, *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Cahier n° 117, Ined/Puf, 380 p.
- LERIDON Henri, TOULEMON Laurent, 1997, *Démographie. Approche statistique et dynamique des populations*, Paris. Economica, 440 p.

- MONTGOMERY Mark R., 1996, « Comments on men, women and unintended pregnancy », in J.B. Casterline *et al.* (eds), *Fertility in the United States. New patterns, new theories. Population and Development Review*, a supplement to vol. 22, p.100-106.
- MSELLATI Philippe, RAMON Rosa, VIHO Ida *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*, 12, p. 1257-8.
- MUNDIGO Axel, 1991, « Mortality and morbidity due to induced abortion », in Boerma Ties (editor), *Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care. Interdisciplinary approaches*, IUSSP, p. 201-223.
- N'CHO Sombo, KOUASSI Lucien, KOUAMÉ Koffi A. *et al.*, 1995, *Enquête démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire*, Institut national de la statistique de Côte d'Ivoire, Calverton, Maryland, Macro International Inc., USA, 294 p.
- RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT, Côte d'Ivoire, 1988, *Analyse des résultats définitifs*, Abidjan, Institut national de la statistique.
- THONNEAU Patrick, DJANHAN Yao, TRAN Murielle *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 Laurent, LERIDON Henri, 1992, « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements », *Population*, 47 (1), p. 1-46.
- TOURE Lassina, KAMAGATE Zoumana, GUILLAUME Agnès, DESGRÉES du LOÛ Annabel, 1997, « Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon », *Études et Recherches*, janvier, Abidjan, Ensea, 66 p. + annexes.
- VALLIN Jacques, 1998, « Démographie : peut-on encore parler d'exception africaine ? », *Jeune Afrique*, n° 1939, p. 72-73.
- WELFFENS-EKRA Christiane, MSELLATI Philippe, TANOÛ Gnou *et al.*, 1996, « HIV testing among african pregnant women in the context of a tolerance study on AZT in Abidjan, Côte d'Ivoire », XI^e Conférence internationale sur le Sida, Vancouver, Canada, 7-12 juillet 1996 (abstract TuC 2457).

DESGRÉES du LOÛ Annabel, MSELLATI P., VIHO I., WELFFENS-EKRA C. – **Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ?**

En Côte d'Ivoire, la fécondité a baissé rapidement au cours des quinze dernières années : le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 7,2 en 1980 à 5,7 en 1994, et ceci malgré une prévalence contraceptive encore très faible. Parmi les différents moyens d'espacement des naissances possibles, il en est un qui reste très mal connu dans ce pays, car illégal et souvent clandestin : le recours à l'avortement provoqué. Cette étude présente les niveaux de recours à l'avortement et leur évolution, à partir des vies génésiques de 1201 femmes enceintes dans la ville d'Abidjan. Il semble qu'il y ait actuellement en Côte d'Ivoire un recours à l'avortement provoqué fréquent (un tiers des femmes ont avorté au moins une fois), et que ce phénomène se soit récemment amplifié. 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 commencent 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 et de limitation des naissances après les premières grossesses. Cette augmentation rapide du recours à l'avortement explique en partie la baisse de fécondité de la Côte d'Ivoire.

DESGRÉES du LOÛ Annabel, MSELLATI P., VIHO I., WELFFENS-EKRA C. – **The use of induced abortion in Abidjan: a possible cause of the fertility decline?**

Fertility in Côte d'Ivoire has declined rapidly over the last 15 years, with the average number of children per woman falling from 7.2 in 1980 to 5.7 in 1994, despite the fact that contraceptive use remains very low. Of the different possible mechanisms for birth spacing, induced abortion in this country, where it is illegal and often performed clandestinely, remains poorly understood. In this study the pregnancy histories of 1201 women in the city of Abidjan are examined to determine the level and change in the use of abortion. This suggests that there is now a frequent use of induced abortion in Côte d'Ivoire (one third of women have aborted at least once) and that this has recently increased. The generalization of abortion seems to have occurred in the last ten years; all age groups are involved but especially the youngest, who begin to use abortion from the start of their fertile life, in contrast to older women who use it rather as a means of birth spacing and birth control after the first pregnancies. This rapid increase in the use of abortion is one of the explanatory factors for the fall in fertility in Côte d'Ivoire.

DESGRÉES du LOÛ Annabel, MSELLATI P., VIHO I., WELFFENS-EKRA C. – **El recurso al aborto provocado en Abidjan: ¿una de las causas de la disminución de la fecundidad?**

En Costa de Marfil, la fecundidad ha disminuido rápidamente durante los últimos 15 años. El número medio de hijos por mujer ha pasado de 7,2 en 1980 a 5,7 en 1994, a pesar de una prevalencia todavía muy baja del uso de anticonceptivos. Uno de los posibles mecanismos de espaciamiento de los nacimientos es ilegal y a menudo clandestino, y por consiguiente se conoce mal: el recurso al aborto provocado.

Este estudio presenta los niveles de aborto y su evolución, a partir de la observación de 1201 mujeres embarazadas en la ciudad de Abidjan. Los datos parecen indicar que el recurso al aborto provocado es muy frecuente en Costa de Marfil en la actualidad (un tercio de las mujeres ha abortado al menos una vez), y que la importancia del fenómeno ha aumentado recientemente. La generalización del recurso al aborto habría tenido lugar durante los últimos diez años y habría aumentado en todos los grupos de edad, pero particularmente entre los más jóvenes, que empiezan a utilizar el aborto al inicio de la etapa fecunda; las mujeres adultas, en cambio, parecen utilizarlo como método de espaciamiento y limitación del número de nacimientos después de los primeros embarazos. Este rápido aumento del recurso al aborto es uno de los factores explicativos de la disminución de la fecundidad en Costa de Marfil.