

Limitation des naissances parmi les femmes d'Abidjan, en Côte d'Ivoire: contraception, avortement ou les deux?

Par Agnès
Guillaume et
Annabel Desgrées
du Lou

Agnès Guillaume et
Annabel Desgrées du
Lou sont démographes
à l'unité sur la santé
génésique, la fécondité
et le développement, à
l'Institut pour le
Développement, Paris.

CONTEXTE: En Côte d'Ivoire, où la prévalence contraceptive est faible, l'avortement semble jouer un rôle important dans le déclin actuel de la fécondité. Les données relatives à l'avortement, illicite dans le pays, sont toutefois rares.

MÉTHODES: Une enquête rétrospective sur l'avortement et les pratiques contraceptives a été menée en 1998 parmi 2.400 femmes fréquentant quatre centres de santé générale à Abidjan. Les effets indépendants des variables sociodémographiques sur la probabilité pour une femme d'adopter l'un de trois comportements de limitation des naissances plutôt que de ne rien y faire sont analysés par régression logistique multinomiale.

RÉSULTATS: Quarante pour cent des femmes ont déclaré limiter leur fécondité par le recours à la contraception seule; 30%, par le recours à la contraception et à l'avortement, et 3%, par le recours à l'avortement seul. Environ 27% ne faisaient rien pour limiter leur fécondité. Les musulmanes présentaient invariablement une probabilité inférieure, par rapport aux chrétiennes, d'adopter l'un quelconque des trois comportements plutôt que de ne rien faire (rapports de probabilités de 0,2 à 0,5). Le célibat et les niveaux d'éducation plus élevés sont associés à une probabilité significativement élevée d'adoption de chacun des trois comportements (1,4 à 33,8). Enfin, la probabilité de recours à l'avortement seul s'est révélée significativement plus élevée parmi les femmes de moins de 25 ans, par rapport à celles de 25 à 34 ans (2,0).

CONCLUSIONS: Le rapport entre avortement et contraception est extrêmement complexe. Si les circonstances forcent souvent les femmes à recourir à l'avortement plutôt qu'à la contraception, l'avortement peut aussi stimuler un recours à la contraception.

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 2002, pp. 4–11

La question de l'avortement non médicalisé a été mise en exergue aux conférences internationales sur la santé et les droits génésiques du Caire (1994) et de Beijing (1995). Dans toute l'Afrique, où les lois sur l'avortement sont pour la plupart très restrictives et où de nombreuses grossesses sont interrompues dans des conditions non médicalisées, l'avortement clandestin pose un problème de santé publique grandissant¹ et représente une cause majeure de mortalité et morbidité maternelles.² Un avortement non médicalisé peut s'accompagner de conséquences graves et potentiellement mortelles telles qu'hémorragie, lésions génitales et infection suite à la perforation de l'utérus.³

Les données fiables sur l'incidence de l'avortement clandestin sont rares. Les études réalisées sur la question en Afrique du Nord et subsaharienne ont dû se fier aux enquêtes limitées et non représentatives de femmes disposées à parler de leur expérience et aux données des hôpitaux sur les patientes admises pour le traitement de complications suite à un avortement.⁴ Les données relatives à l'Afrique subsaharienne sont particulièrement rares.⁵ Plusieurs études récentes à petite échelle suggèrent toutefois que le recours à l'avortement clandestin dans la région est en hausse.⁶

Dans la nation ouest-africaine de la Côte d'Ivoire, la fécondité a commencé à décliner, surtout dans les villes. L'indice synthétique de fécondité s'est réduit de deux naissances par femme au cours des 20 dernières années (de 7,2 en

1980–1981⁷ à 5,2 en 1998–1999⁸). L'accès aux services de planning familial demeure cependant limité et, malgré une pratique de la contraception en hausse, la prévalence globale reste faible. Ainsi, 6% seulement des femmes âgées de 15 à 49 ans pratiquaient une méthode moderne en 1994, et cette proportion ne dépassait toujours pas 10% en 1998–1999.⁹ Le nombre de femmes qui la pratiquent est dans l'ensemble si limité que la hausse seule du recours à la contraception ne suffit pas à expliquer le déclin de la fécondité.

Outre la contraception, les Ivoiriennes ont de toute évidence recours à l'avortement pour limiter le nombre de leurs enfants, en dépit du fait que la procédure demeure illicite sauf lorsque la vie de la femme enceinte est sérieusement menacée. Et même dans ce cas, le Code pénal ivoirien exige le consentement de deux médecins, en plus du médecin traitant.¹⁰ Compte tenu de la législation extrêmement restrictive du pays, les rares données disponibles sur l'avortement sont principalement dérivées des dossiers d'hôpitaux de femmes admises pour le traitement des complications d'un avortement¹¹ et des estimations de la mortalité maternelle.¹² De récentes études ont découvert que les femmes des milieux urbains étaient plus susceptibles d'avoir subi un avortement que leurs homologues des milieux ruraux,¹³ et que le recours à l'avortement explique en partie au moins la récente chute rapide de la fécondité dans la grande ville d'Abidjan.¹⁴

Si le recours à l'avortement contribue au déclin de la fécondité en Côte d'Ivoire, faut-il penser que les femmes le choisissent au lieu de pratiquer la contraception ou qu'elles pratiquent les deux en tandem? Quel est le lien entre les deux pratiques? Pour mieux répondre à ces questions, nous avons mené une enquête rétrospective auprès de 2.400 femmes d'Abidjan sur leurs antécédents contraceptifs et abortifs. Nous avons conçu l'enquête de manière à évaluer les rôles respectifs de l'avortement et de la contraception à travers quatre grandes questions sur les comportements de limitation des naissances: les femmes n'en pratiquaient-elles aucune forme (ni abortive, ni contraceptive), n'utilisaient-elles que les contraceptifs, n'avaient-elles recours qu'à l'avortement, ou faisaient-elles appel aux deux approches?

DONNÉES ET MÉTHODES

La conception d'une recherche visant à éclaircir la question sensible de l'avortement est particulièrement complexe et exige une approche spécialisée. Etant donné que les femmes pourraient se montrer particulièrement hésitantes à répondre à leur domicile même à des questions sur des sujets aussi intimes, nous avons choisi de mener nos interviews dans un cadre médical où la confidentialité serait assurée et où les femmes se sentiraient plus à l'aise pour évoquer leurs choix contraceptifs et abortifs.

Nous avons mené l'enquête auprès de femmes qui s'étaient rendues dans l'un de quatre centres de santé des deux districts les plus vastes et les plus peuplés d'Abidjan. Leur visite n'y avait pas nécessairement été motivée par des raisons de santé génésique. Un pour cent seulement étaient en fait venues pour des raisons de planning familial, par rapport à 28% pour les soins de leur enfant, 17% pour l'obtention de soins médicaux les concernant personnellement, 26% pour une visite prénatale, 15% pour une consultation concernant la santé générale d'un autre membre de leur famille, 1% pour une visite de soins néonataux (pesée ou immunisation d'un nouveau-né), et les 13% restants pour d'autres besoins de santé, tels qu'un accouchement ou une séance de conseil sanitaire et nutritionnel.

Les femmes ont été invitées à participer à un interview, sans aucune pression toutefois. Nous avons procédé à des interviews successifs jusqu'à atteindre la limite de 600 femmes âgées de 15 à 49 ans dans chaque centre, pour un échantillon total d'analyse de 2.400 femmes, interviewées en juillet et août 1998. Les femmes ont répondu à un questionnaire à items fermés couvrant les rubriques suivantes: données démographiques de base; antécédents complets de grossesses et de maternité (naissances vivantes, fausses-couches, avortements et enfants mort-nés); connaissance et expérience de la contraception; et antécédents abortifs complets (connaissance de la procédure, expérience passée, raisons pour avorter, pratique contraceptive avant et après un avortement, et perception de la procédure). Nous avons également mené des entretiens individuels approfondis avec 15 personnes (sept clientes féminines et huit agents sanitaires) afin de donner un contexte qualitatif aux données de l'enquête.

La majorité des femmes de l'échantillon avaient moins

TABLEAU 1. Mesures de la connaissance contraceptive, de la pratique d'une méthode et de l'avortement parmi 2.400 clientes de cliniques de soins de santé, selon les caractéristiques indiquées, Abidjan, 1998

Caractéristique	Connaissance		Pratique actuelle		Vécu d'avortement
	N'importe quelle méthode	Méthode moderne	N'importe quelle méthode	Méthode moderne	
Toutes femmes	96,4	94,6	28,1	11,6	33,5
Age					
<25	94,8***	93,3***	28,6	11,9	27,8***
25-34	98,6	96,8	27,2	11,4	41,0
≥35	96,5	93,1	29,0	10,8	35,5
Education					
Aucune	92,4***	88,9***	15,4***	5,5***	18,0***
Primaire	97,9	96,4	29,5	10,9	36,3
≥secondaire	100,0	100,0	43,4	20,3	51,0
Religion					
Chrétienne	98,9***	97,8***	38,0***	15,7***	46,5***
Musulmane	93,6	91,4	18,5	8,0	13,6
Autre	96,2	93,9	25,4	9,7	41,3
Etat matrimonial					
Célibataire†	98,0***	96,8***	43,2***	17,9***	41,9***
Mariée	95,6	93,6	21,3	8,8	29,8
Occupation					
Marchande	95,9***	94,0***	24,4***	9,3***	30,1***
Etudiante	99,4	99,4	50,0	27,1	34,7
Employée de bureau	98,3	97,2	40,6	16,7	58,3
Ménagère	94,6	91,8	22,7	8,3	26,5
Artisane	94,6	98,3	34,0	15,3	46,3

***Différences statistiquement significatives à $p < 0,001$ (test de chi-carré). †Inclut les femmes ne s'étant jamais mariées et celles séparées, veuves ou divorcées.

de 25 ans (52%), étaient peu instruites (39% n'avaient jamais fréquenté l'école et 32% n'étaient scolarisées qu'au niveau primaire). L'échantillon se composait principalement de femmes chrétiennes (41%) et musulmanes (36%); 69% étaient mariées au moment de l'interview. Les répondantes étaient principalement marchandes (46%), ménagères (27%) et artisanes (12%).

Nous avons effectué une analyse bivariée et multidimensionnelle (régression logistique multinomiale) pour déterminer les rapports entre les caractéristiques sociodémographiques des femmes (âge, éducation, religion, état matrimonial et occupation) et leurs pratiques contraceptives et abortives.

RÉSULTATS

Connaissance et pratique de la contraception

Les niveaux de connaissance de la contraception se sont révélés très élevés dans cet échantillon de femmes d'Abidjan: 96% étaient au courant des différentes formes de contraception* et 95% connaissaient au moins une méthode moderne (tableau 1). La connaissance contraceptive était généralement supérieure parmi les femmes du groupe d'âge

*Les différentes formes comprennent tant les méthodes modernes (pilule, injectable, stérilet, préservatif masculin et féminin, implant et spermicides) que les méthodes naturelles sans approvisionnement (abstinence périodique, retrait et abstinence) ou les méthodes traditionnelles populaires (remèdes à base de plantes et *juju*, sorte de sorcellerie).

moyen (25 à 34 ans), les chrétiennes et les femmes mariées. Elle augmentait aussi avec le nombre d'enfants (non indiqué).

Toutefois, malgré cette connaissance généralisée de la contraception, 28% seulement des femmes pratiquaient une méthode au moment de l'enquête et 12% seulement en pratiquaient une moderne. Ces niveaux de prévalence étaient à peu près identiques à ceux relevés parmi les femmes mariées d'Abidjan interviewées dans le cadre de l'Enquête démographique et de santé de 1998-1999 (27% pratiquaient une forme de contraception et 12%, une méthode moderne¹⁵).

Les niveaux de prévalence contraceptive sont apparus étroitement associés aux caractéristiques sociodémographiques des femmes. La pratique d'une méthode augmente de manière linéaire avec l'éducation, une scolarisation même minimale s'accompagnant d'une hausse considérable de la pratique contraceptive. Ainsi, la pratique d'une méthode s'est avérée près de deux fois plus élevée parmi les femmes qui avaient achevé l'école primaire, par rapport à celles non scolarisées (30% par rapport à 15% pour l'usage d'une forme de contraception quelle qu'elle soit et 11% par rapport à 6% pour la pratique d'une méthode moderne). Cette observation est conforme à celles d'autres études menées au Ghana, au Kenya, au Sénégal et au Soudan.¹⁶

La pratique contraceptive est également associée à la religion, à l'état matrimonial et à l'occupation. Ainsi, les chrétiennes étaient deux fois plus susceptibles que les musulmanes de pratiquer une méthode moderne au moment de l'enquête (16% par rapport à 8%), et les femmes célibataires étaient aussi deux fois plus que leurs homologues mariées (18% par rapport à 9%). Enfin, les étudiantes étaient plus susceptibles que les ménagères ou que les femmes actives de pratiquer une méthode moderne (27% par rapport à 8-17%). Aucune différence n'est toutefois apparue dans les proportions pratiquant la contraception en fonction de l'âge.

Prévalence de l'avortement

Malgré l'illégalité de l'avortement provoqué en Côte d'Ivoire, les femmes y recourent fréquemment pour interrompre une grossesse non désirée. Sur la totalité des femmes interviewées, 34% y avaient eu recours au moins une fois.

Ce recours varie significativement en fonction des caractéristiques sociodémographiques des femmes. Ainsi, la proportion de celles qui avaient eu recours à l'avortement augmentait avec le niveau d'éducation (de 18% des femmes non scolarisées à 36% de celles instruites au niveau primaire et à 51% de celles qui avaient reçu un enseignement de niveau secondaire). Dix-neuf pour cent des femmes qui avaient subi un avortement ont donné comme raison le désir de poursuivre leurs études (non indiqué). D'autres études menées en Afrique subsaharienne ont également observé que les jeunes femmes considèrent les exigences de la grossesse et de la maternité comme incompatibles avec la poursuite de l'instruction.¹⁷ Les Ivoiriennes ont également invoqué d'autres raisons à leur recours à l'avortement (elles pouvaient en citer plusieurs): crainte de la réaction de leurs pa-

rents (19%); difficultés économiques (15%); exigence de leur partenaire (12%); volonté d'espacement ou de limitation des naissances (12%); célibat (11%); et refus, de la part de leur partenaire, de reconnaître un enfant (10%).

Le taux d'avortement est supérieur parmi les femmes célibataires (42%) que parmi celles mariées (30%). Il n'y a pas là de surprise, la grossesse et la maternité en dehors du mariage n'étant socialement pas admises en Côte d'Ivoire.¹⁸ Enfin, les chrétiennes étaient plus susceptibles que les musulmanes d'avoir jamais subi un avortement fait avorter (47% par rapport à 14%).

Dans l'ensemble, 39% des femmes de l'échantillon qui avaient jamais été enceintes avaient eu recours à l'avortement: une fois pour 21% et plusieurs fois pour les 18% restants (non indiqué). Huit pour cent de l'échantillon total avaient interrompu toutes leurs grossesses par un avortement provoqué. Les proportions des femmes qui avaient eu recours à l'avortement à chaque grossesse étaient de 10% pour les femmes qui s'étaient trouvées deux fois enceintes, de 4% pour celles qui l'avaient été trois fois, et de 3% pour celles qui l'avaient été quatre fois.

Les femmes plus jeunes étaient plus susceptibles que leurs aînées d'avoir jamais interrompu une grossesse et de l'avoir fait à un jeune âge. Ainsi, des femmes qui avaient jamais été enceintes, 32% de celles âgées de moins de 25 ans avaient eu recours à l'avortement dès l'âge de 20 ans ou même plus tôt, alors que les proportions correspondantes dans les tranches de 25 à 34 ans et de 35 ans et plus étaient, respectivement, de 21% et 14%.

Méthodes abortives

• **Connaissance.** La question de savoir quelles méthodes abortives elles connaissaient a été posée à l'ensemble des 2.400 femmes: 53% étaient au courant des méthodes chirurgicales (généralement par dilatation et curetage); 40% ont mentionné les douches vaginales, 16%, l'usage de tiges de plantes, et 15%, les tisanes. Quinze pour cent aussi ont cité les médicaments modernes auto-administrés dont la surdose abortive délibérée peut porter atteinte à la santé des femmes, qu'il s'agisse de la nivaquine (médicament contre le paludisme), d'aspirine ou de formules hormonales du type crinex ou synergon. Cinq pour cent des femmes ont également déclaré que l'ingestion d'une quantité excessive de cola sucré pouvait provoquer un avortement. Enfin, 28% ont indiqué être au courant d'autres méthodes encore: insertion vaginale de lessive, de bicarbonate, de javel ou de poudre de verre (qui, selon certaines femmes, peut aussi être avalée), et ingestion d'une quantité excessive d'alcool (vin ou liqueur locale *koutoukou*) sucré ou de mélanges extrêmement acides de citron et de miel ou de sucre.

• **Usage.** Bien que les Africaines recourent depuis de nombreuses générations à un large éventail de méthodes abortives pour limiter leur fécondité,¹⁹ les 805 Ivoiriennes de l'étude qui s'étaient fait avorter avaient principalement eu recours aux méthodes non traditionnelles (certaines avaient utilisé plus d'une méthode pour provoquer leur dernier avortement). Soixante-deux pour cent de ces femmes avaient subi,

pour leur dernier avortement, une procédure chirurgicale. En Côte d'Ivoire, l'avortement chirurgical est généralement pratiqué par un personnel doté d'une formation médicale (gynécologues, médecins généralistes et infirmières) dans des conditions sanitaires variables suivant l'établissement (hôpital public, clinique privée ou établissement chirurgical). Les femmes avaient pour la plupart recouru à cette technique en premier, mais 3% de celles dont la méthode originale avait échoué ou été source de complications avaient eu recours à la procédure chirurgicale pour achever l'avortement (non indiqué). (Au total, 27% des répondantes qui avaient avorté avaient souffert de complications—de nature infectieuse et hémorragique surtout—à la suite de leur procédure.)

Dix pour cent des femmes qui avaient interrompu une grossesse avaient eu recours à des produits pharmaceutiques modernes pour provoquer leur dernier avortement. Celles qui avaient fait appel aux abortifs traditionnels non médicaux ont mentionné principalement les douches vaginales à base de plantes (18% de celles qui avaient eu recours à l'avortement), l'insertion vaginale d'un mélange traditionnel de matières végétales et de kaolin (9%), les tisanes (5%) et l'insertion dans l'utérus de tiges de plantes émoussées (4%). Deux pour cent des femmes ont déclaré avoir provoqué leur dernier avortement en buvant une quantité excessive de cola sucré.

L'usage de ces méthodes traditionnelles comporte un risque élevé de complications graves, parfois mortelles. Ainsi, l'introduction d'objets pointus dans l'utérus est souvent cause de ruptures ou de perforations, susceptibles de causer des infections potentiellement mortelles. Selon une étude menée récemment dans un département d'obstétrique d'Abidjan, les complications d'avortements provoqués à l'aide de plantes traditionnelles représentent 47% de la mortalité maternelle dans cet hôpital.²⁰

Formes de limitation des naissances

Comment s'explique la haute incidence de l'avortement parmi ces femmes? Utilisent-elles l'avortement en remplacement de la contraception ou en complément? Nous avons cherché à répondre à ces questions par la définition de quatre comportements de limitation des naissances décrivant le rapport entre l'avortement et la contraception durant la vie procréatrice de la femme:

- **Absence de contraception et d'avortement.** Les femmes de cette catégorie, représentant 27% de l'échantillon, ne limitent pas du tout leur fécondité ou se fient strictement aux méthodes d'espacement traditionnelles telles que l'allaitement et l'abstinence post-partum.

- **Recours à la contraception et à l'avortement.** Ces femmes, représentant 30% de l'échantillon, considèrent l'avortement et la contraception comme des pratiques alternatives ou complémentaires. Bien que 52% des femmes de cette catégorie n'aient eu recours à l'avortement qu'une seule fois, environ 20% ont interrompu toutes leurs grossesses de cette manière, dans le souci, apparemment, de différer l'établissement d'une famille. Après l'avortement, toutefois, de nombreuses femmes ont adopté une méthode contraceptive,

TABLEAU 2. Répartition en pourcentage des femmes se classant dans chaque sous-groupe de limitation des naissances, selon les caractéristiques indiquées

Caractéristique	Aucune limitation des naissances (N=646)	Contraception seule (N=949)	Contraception et avortement (N=729)	Avortement seul (N=76)
Nombre de grossesses				
0	22,9	19,7	na	na
1	24,1	26,3	11,9	13,2
2-3	27,7	28,8	40,6	40,8
4-5	14,1	14,8	27,8	22,4
6-7	6,3	6,2	11,8	10,5
≥8	4,8	4,2	7,8	13,2
Age				
<25	60,7	53,3	42,0	51,3
25-34	28,8	36,2	46,6	36,8
≥35	10,5	10,4	11,4	11,8
Education				
Aucune	70,3	32,6	17,1	55,3
Primaire	22,8	35,5	35,0	27,6
≥secondaire	7,0	31,9	47,9	17,1
Religion				
Chrétienne	20,7	41,5	58,6	42,1
Musulmane	61,5	36,2	14,0	19,7
Autre	17,8	22,2	27,4	38,2
Etat matrimonial				
Célibataire	20,1	31,9	39,1	35,5
Mariée	79,9	68,1	60,9	64,5
Occupation				
Marchande	51,7	46,5	39,2	61,8
Etudiante	3,7	9,2	7,7	3,9
Employée de bureau	2,9	5,9	14,0	3,9
Ménagère	36,1	25,6	21,3	22,4
Artisane	5,6	12,9	17,8	7,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

†Inclut les femmes ne s'étant jamais mariées et celles séparées, veuves ou divorcées. N.B.: na=non applicable.

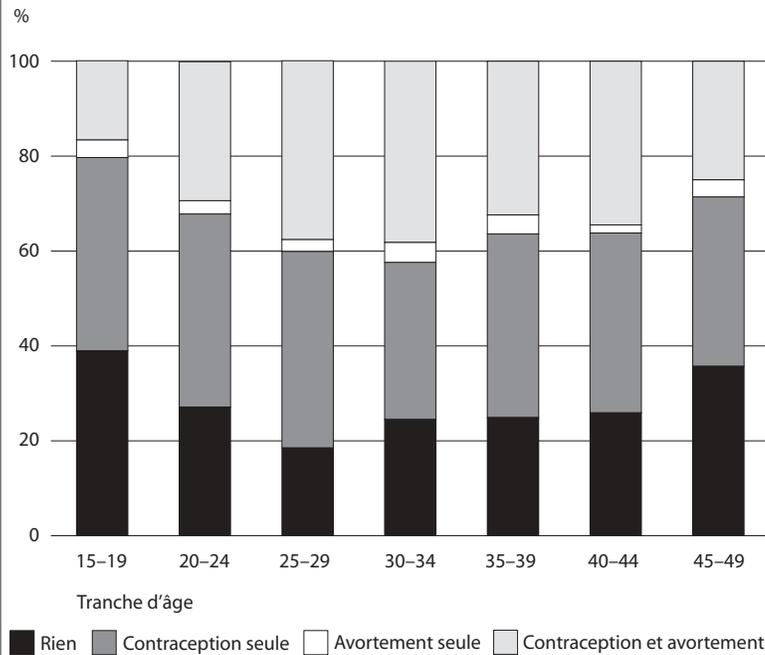
l'expérience semblant avoir déclenché le recours ultérieur à la contraception. Ainsi, à la question de savoir quelle avait été leur approche contraceptive aux alentours de leur dernier avortement, la plus large proportion—38%—n'avait indiqué l'usage d'une méthode qu'après l'avortement. Les autres proportions d'usage étaient de 33% pour la pratique d'une méthode avant et après l'avortement, et de 11% pour la pratique contraceptive durant la période précédant immédiatement l'avortement seulement. Vingt pour cent aussi n'avaient utilisé aucune méthode de contraception autour de la période où est survenue la grossesse.

- **Pratique contraceptive seule.** Les femmes de ce groupe, représentant 40% de l'échantillon, n'avaient jamais eu recours à l'avortement. Elles pratiquaient très efficacement la contraception ou n'étaient pas disposées à choisir l'avortement en cas d'échec contraceptif.

- **Recours à l'avortement seul.** Très peu de femmes—3% de l'échantillon—avaient recours à l'avortement seul pour limiter leur fécondité. Plutôt que de pratiquer la contraception pour éviter les grossesses non planifiées, ces femmes ont choisi l'avortement en réponse à chaque grossesse.

Les caractéristiques des femmes associées à chacun de ces quatre comportements sont présentées au tableau 2. Les femmes qui ne faisaient rien pour limiter leur fécon-

GRAPHIQUE 1. Répartition en pourcentage des femmes de sept tranches d'âge, en fonction du sous-groupe de limitation des naissances



dité étaient principalement musulmanes (62%), particulièrement susceptibles d'être mariées (80%) et peu instruites (70% n'avaient jamais fréquenté l'école). Celles qui pratiquaient la contraception seule se répartissaient à parts à peu près égales entre les trois groupes d'instruction et étaient généralement jeunes (53% avaient moins de 25 ans). Parmi celles qui avaient eu recours à l'avortement comme à la contraception, une proportion relativement élevée jouissait d'un bon niveau d'instruction (48% avaient reçu au moins une éducation secondaire); la majorité était chrétienne (59%) et avait moins de 35 ans (89%). Enfin, les rares femmes qui n'avaient recours qu'à l'avortement étaient principalement jeunes (51% avaient moins de 25 ans), chrétiennes (42%) et non instruites (55%).

La graphique 1 illustre la distribution des quatre comportements de limitation des naissances dans sept tranches d'âge. La pratique la moins prévalente, et de loin (celle du recours à l'avortement seul), ne représente pas plus de 4% des femmes dans chacun des groupes d'âge. Les femmes les plus jeunes (15 à 19 ans) et les plus âgées (45 à 49 ans) apparaissent plus susceptibles que les autres de n'avoir pratiqué aucune forme de limitation de leur fécondité. En revanche, les femmes ayant atteint le milieu de leur vie procréatrice se révèlent plus susceptibles de recourir tant à l'avortement qu'à la contraception. Dans chaque tranche d'âge, 35 à 40% des femmes limitent leur fécondité par la pratique de la contraception seule.

Analyse multidimensionnelle

Les techniques de régression logistique multinomiale nous ont permis d'évaluer les caractéristiques sociodémographiques aptes à affecter, de manière indépendante, l'adoption de l'un des trois comportements spécifiques de limi-

tation des naissances en comparaison avec le groupe de référence n'ayant recours à aucune forme de régulation de la fécondité.

- **Contraception seule.** Sous contrôle de toutes les caractéristiques sociodémographiques, les musulmanes ne présentent qu'une probabilité limitée à la moitié de celle des chrétiennes de recourir à la contraception seule plutôt que de ne rien faire pour limiter leur fécondité (rapport de probabilités de 0,5, tableau 3). En revanche, la probabilité de ne recourir qu'à la contraception plutôt que de ne rien faire est significativement supérieure parmi les femmes célibataires, par rapport à celles mariées (1,4). Enfin, l'instruction au niveau primaire va de pair avec une plus grande probabilité de limiter sa fécondité en recourant à la contraception seule plutôt que de ne rien y faire (2,7). Une formation scolaire de niveau secondaire accroît davantage encore cette probabilité (10,0).

- **Avortement seul.** La probabilité de limiter sa fécondité par le recours à l'avortement seul est élevée parmi les femmes de moins de 25 ans (2,0); elle diminue parmi celles âgées de 35 ans et plus (0,1), par rapport aux tranches d'âge de 25 à 34 ans. Les musulmanes présentent du reste une probabilité significativement inférieure à celle des chrétiennes de recourir à l'avortement plutôt que de ne rien faire pour limiter leur fécondité (0,2). Les femmes célibataires et celles ayant atteint un niveau d'instruction secondaire présentent une probabilité significativement élevée de résoudre leurs grossesses non planifiées par l'avortement plutôt que de ne rien y faire (3,0 et 4,0, respectivement).

- **Avortement et contraception.** La probabilité de recourir à la contraception et à l'avortement plutôt que de ne pas limiter sa fécondité est 3,1 fois plus élevée parmi les femmes célibataires que parmi celles mariées. Le niveau d'instruction atteint affecte également significativement la probabilité du plein exercice de la limitation des naissances: les femmes instruites au niveau primaire ou secondaire présentent une probabilité significativement supérieure à celles des femmes non instruites de recourir à la contraception et à l'avortement plutôt que de ne rien faire (rapports de probabilités de 4,5 et 33,8, respectivement). Enfin, la religion joue un rôle significatif en ce que les musulmanes présentent une probabilité moindre de recourir à la combinaison de la contraception et de l'avortement par rapport aux chrétiennes (0,2).

DISCUSSION

Notre échantillon n'est pas représentatif de la population générale d'Abidjan. Par définition, nous avons dû exclure les femmes qui ne s'étaient pas rendues dans un centre de santé durant les deux mois de collecte des données. Pour rehausser la fiabilité de nos observations, nous avons toutefois choisi délibérément des centres de santé fréquentés par une clientèle nombreuse et établis dans les deux quartiers les plus étendus et les plus peuplés d'Abidjan. Le coût du traitement y est raisonnable et accessible à la grande majorité de la population. Bien que le niveau de l'avortement parmi les femmes comprises dans l'étude ne soit pas

nécessairement indicatif de la population dans son ensemble, les observations relatives à l'avortement et à la pratique contraceptive contribuent à combler un vide important dans notre compréhension d'un phénomène grandissant mais peu documenté.

Selon notre analyse multinomiale, l'âge, l'état matrimonial et la religion des femmes affectent significativement les modes de limitation des naissances adoptés. Ces observations viennent corroborer celles d'études menées dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne.²¹ Les femmes qui ne font rien pour limiter leur fécondité—celles qui forment la catégorie de référence de notre analyse—adhèrent à un régime de fécondité naturelle. Leur confiance en l'abstinence post-partum et l'allaitement seuls proviennent peut-être d'un manque d'accès aux services du planning familial, ou d'une opposition générale à la contraception et à l'avortement.

Une faible proportion des femmes de notre échantillon limitait sa fécondité par le recours à l'avortement seul. Beaucoup y recouraient probablement comme substitut au planning familial, plutôt difficile d'accès. Lors de nos entretiens avec les sages-femmes, nous avons observé que peu avaient été formées au planning familial et qu'elles n'offraient qu'un conseil prénatal et post-partum sur l'importance de l'espacement des naissances. (Certaines orientaient toutefois les femmes vers les cliniques spécialisées du planning familial.) Dans les centres de santé dont le personnel comprenait des sages-femmes formées, ces prestataires proposaient la pilule, l'injectable et le préservatif, mais pas le stérilet. Dans tous les centres de santé compris dans cette étude, pourtant, les sages-femmes ont souligné que les femmes, surtout jeunes, demandaient de plus en plus des services de planning familial. Elles ont du reste fait remarquer combien le besoin non satisfait de contraception post-partum était élevé, car les femmes qui allaitent—et plus encore celles qui n'allaitent que partiellement—ne sont pas adéquatement protégées contre une nouvelle grossesse rapprochée.

Les variables significativement prédictives de la probabilité du recours à l'avortement seul se sont révélées être le jeune âge, le célibat et le haut niveau d'éducation. Dans le contexte de l'Afrique subsaharienne où la grossesse mène souvent à l'abandon des études, face à une grossesse non désirée, les jeunes femmes recourent souvent à l'avortement comme à une forme de contraception d'urgence.²² (Une étude tanzanienne a également observé que les adolescentes, qui à la fois ne connaissent pas la contraception moderne et n'y ont pas accès, recourent elles aussi à l'avortement comme à une forme de contraception d'urgence.²³)

Le comportement prédominant des femmes de notre échantillon était le recours à la contraception seule, suivi de la combinaison contraception/avortement. La plupart avaient pratiqué une méthode contraceptive au moins une fois, mais l'usage au moment de l'enquête était faible. Dans le rapport fort complexe entre les deux formes de limitation des naissances, l'avortement peut se substituer à la contraception ou en être le complément. (En Europe du Nord, la recherche a démontré que les femmes combinent souvent les deux comportements plutôt que de les envi-

TABLEAU 3. Rapports de probabilités (et intervalles de confiance de 95%) des analyses de régression multinomiale de prédiction du recours des femmes à la contraception seule, à l'avortement seul, ou aux deux méthodes pour limiter les naissances, par rapport à l'inaction totale

Caractéristique	Contraception seule (N=949)	Avortement seul (N=76)	Contraception et avortement (N=729)
Nombre de grossesses	1,07 (1,00–1,15)	1,75 (1,52–2,02)**	1,85 (1,69–2,02)**
Religion			
Chrétienne (réf.)	1,00	1,00	1,00
Musulmane	0,52 (0,39–0,68)**	0,16 (0,08–0,32)**	0,17 (0,12–0,24)**
Autre	0,87 (0,63–1,20)	1,13 (0,63–2,02)	0,80 (0,57–1,14)
Age			
<25	0,68 (0,52–0,90)**	1,95 (1,00–3,76)*	0,98 (0,70–1,38)
25–34 (réf.)	1,00	1,00	1,00
≥35	0,65 (0,42–0,99)*	0,11 (0,04–0,30)**	0,09 (0,05–0,16)**
Occupation			
Marchande (réf.)	1,00	1,00	1,00
Etudiante	0,48 (0,26–0,90)*	0,24 (0,06–1,01)	0,36 (0,18–0,72)**
Employée de bureau	1,14 (0,63–2,09)	0,71 (0,19–2,64)	2,51 (1,33–4,74)**
Ménagère	0,70 (0,54–0,90)**	0,45 (0,24–0,83)*	0,66 (0,47–0,91)*
Artisane	1,64 (1,07–2,52)*	0,86 (0,33–2,23)	2,80 (1,75–4,47)**
Etat matrimonial			
Célibataire†	1,40 (1,06–1,86)**	2,96 (1,65–5,34)**	3,13 (2,25–4,36)**
Mariée (réf.)	1,00	1,00	1,00
Education			
Aucune (réf.)	1,00	1,00	1,00
Primaire	2,71 (2,09–3,52)**	1,02 (0,56–1,86)	4,48 (3,19–6,29)**
≥secondaire	10,07 (6,54–15,49)**	4,04 (1,77–9,20)**	33,81 (20,8–54,9)**

*p<0,05. **p<0,01. †Inclut les femmes ne s'étant jamais mariées et celles séparées, veuves ou divorcées. N.B.: Le groupe inactif en matière de limitation des naissances comprenait 646 femmes. réf.=catégorie de référence.

sager comme des solutions distinctes.²⁴ Malgré le grand nombre de femmes qui avaient recours à l'avortement en cas d'échec contraceptif, notre étude laisse aussi entendre la possibilité d'une situation inverse, où le vécu de l'avortement mène les femmes à adopter ultérieurement une méthode contraceptive.

L'avortement joue un rôle important dans la transition de la fécondité actuellement en cours en Côte d'Ivoire. Nous avons appliqué la méthode Toulemon et Leridon pour quantifier la contribution de l'avortement au déclin de la fécondité.²⁵ Les résultats ainsi obtenus donnent à penser que l'avortement est responsable d'un déclin de 10% de l'indice synthétique de fécondité parmi les femmes comprises dans notre échantillon. D'autres études ont également démontré l'importance du rôle de l'avortement dans le déclin de la fécondité des pays en voie de développement où un accès restreint et des valeurs culturelles négatives limitent la pratique contraceptive.²⁶

CONCLUSIONS

Notre étude fait apparaître un besoin d'amélioration de la limitation des naissances à Abidjan, en Côte d'Ivoire, où l'offre inadéquate de méthodes modernes contribue à une faible prévalence de la contraception.²⁷ Parmi les femmes les plus jeunes de notre échantillon, certaines ignorent probablement aussi le risque qu'elles courent de se retrouver enceintes et le mode d'action des méthodes contraceptives.

Les femmes (ou les couples) ne pratiquent pas la contraception ou la pratiquent inefficacement pour de nombreuses raisons. Il s'agirait notamment, selon la recherche menée au Brésil, de la crainte d'effets secondaires, d'un manque de confiance dans l'efficacité des méthodes, de la mauvaise qualité des prestations de conseil et de l'ignorance relative au mode d'action de la méthode et au processus de la reproduction en général.²⁸ Qui plus est, la recherche menée à l'Île Maurice laisse entendre que les attitudes négatives des hommes à l'égard du planning familial ou de méthodes modernes particulières contribuent également à la faible prévalence globale et au recours ultérieur à l'avortement.²⁹

L'écart entre les besoins de contraception et sa pratique reste profond dans l'ensemble du monde en voie de développement, et la Côte d'Ivoire n'est pas une exception. En 1997, le pays a adopté une politique démographique visant à accroître la prévalence contraceptive. L'amélioration de l'accès à la contraception ne suffit toutefois jamais à éliminer complètement l'avortement. En réalité, une pratique contraceptive plus efficace élève plutôt souvent les attentes personnelles quant à la capacité de maîtriser totalement sa fertilité—menant dès lors à un besoin plus grand encore de méthodes de limitation des naissances. Ainsi, selon une étude française, les femmes dont la grossesse non désirée est le produit de l'échec d'une méthode moderne sont tout particulièrement susceptibles d'interrompre volontairement cette grossesse.³⁰

Même les pays dotés de solides programmes de planning familial peuvent présenter de hauts taux d'avortement provoqué. A l'Île Maurice, par exemple, où la prévalence de l'avortement illicite est élevée en dépit d'un très bon programme de planning familial, les circonstances personnelles et sociales de certaines femmes les mènent à recourir à l'avortement lorsque le système de prestations est inadéquat ou en cas d'échec d'une méthode spécifique.³¹ Dans les pays en voie de développement où la procédure est légale, de hauts taux d'avortement peuvent coexister avec de hauts niveaux de prévalence contraceptive.³² A Cuba, par exemple, trois-quarts des femmes ayant récemment avortés pratiquaient une méthode moderne au moment où elles s'étaient retrouvées enceintes, donnant à penser que les niveaux de pratique irrégulière, d'échec et d'interruption de la méthode sont tous élevés.³³

Nos résultats confirment la complexité du rapport entre la contraception et l'avortement et de la manière dont les femmes opèrent leurs choix en matière de limitation des naissances.³⁴ Même en présence d'une hausse substantielle des niveaux de pratique contraceptive en Côte d'Ivoire, les femmes continueront peut-être de recourir à l'avortement clandestin non médicalisé—avec tous les risques de morbidité et de mortalité maternelle qu'il comporte—en cas d'échec de leurs méthodes contraceptives.³⁵ Aussi le service de conseil suite à un avortement revêt-il une importance capitale, tant pour éviter les avortements répétés que pour éduquer les femmes sur la manière d'éviter, en premier lieu, une grossesse non désirée.

RÉFÉRENCES

1. Forum International de La Haye, *Projet de Rapport*, The Hague, Netherlands: Netherlands Congress Centre, 1999.
2. Fédération internationale pour le planning familial (IPPF), Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique, présenté au conférence IPPF de Maurice, Grand Baie, Mauritius, du 24 à 28 mars 1994.
3. Zabin LS et Kiragu K, The health consequences of adolescent sexuality and fertility behavior in Sub-Saharan Africa, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(2):210–232; IPPF, 1994, op. cit. (voir référence 2); et Makinwa-Adebusoye P, Singh S et Audam S, Nigerian health professionals' perceptions about abortion practice, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(4):155–161.
4. Huntington D et al., The postabortion caseload in Egyptian hospitals: a descriptive study, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):25–31; et Justesen A, Kapiga SH et van Asten H, Abortions in a hospital setting: hidden realities in Dar es Salaam, Tanzania, *Studies in Family Planning*, 1992, 23(5):325–329.
5. Bledsoe C et Cohen B, réds., *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, Washington, DC: National Academy Press, 1993.
6. Konate MK et al., *Les Conséquences Sociales de l'Avortement Provoqué à Bamako*, Bamako, Mali: Comité Permanent Inter-Etats de Lutte Contre la Sécheresse dans le Sahel, Institut du Sahel et Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement, 1999.
7. Direction de la Statistique et Ministère de l'Economie et des Finances, *Enquête Ivoirienne sur la Fécondité 1980–1981, Rapport Principal*, vol. 1, *Analyse des Principaux Résultats*, Abidjan, Côte d'Ivoire: Direction de la Statistique et World Fertility Surveys, 1984.
8. Institut National de la Statistique (INS) et Opinion Research Corporation (ORC) Macro, *Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1998–1999*, Calverton, MD, USA: INS et ORC Macro, 2001.
9. Ibid.
10. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *Abortion Policies: A Global Review*, Vol. 1. *Afghanistan to France*, New York: Nations Unies, 2001, pp. 108–109.
11. Welfens Ekra C et al., Complication des avortements provoqués au CHU de Yopougon (1993–1995), présenté au Seminar on Reproductive Health in Africa, organisé par l'Ecole Nationale de Statistique et d'Economie Appliquée d'Abidjan (ENSEA) et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Abidjan, du 9 à 12 novembre 1999.
12. Thonreau P et al., The persistence of a high maternal mortality rate in the Ivory Coast, *American Journal of Public Health*, 1996, 86(10): 1478–1479; et Barrère B et Barrère M, Mortalité maternelle, dans: Sombo N'C et al., *Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire, 1994*, Calverton, MD, USA: INS et Macro International, 1995, pp. 155–165.
13. Guillaume A et al., Le recours à l'avortement: la situation en Côte d'Ivoire, *Études et Recherches*, Abidjan, Côte d'Ivoire: ENSEA et IRD, 1999, n° 27.
14. Desgrées du Loû A et al., The use of induced abortion in Abidjan: a possible cause of fertility decline? *Population: An English Selection*, 2000, vol. 12, pp. 197–214.
15. INS et ORC Macro, 2001, op. cit. (voir référence 8).
16. Lesthaeghe R et Jolly C, The start of the Sub-Saharan fertility transitions: some answers and many questions, *Annals of the New York Academy of Sciences, Human Reproductive Ecology: Interactions of Environment, Fertility, and Behavior*, 1994, vol. 709, pp. 379–395.
17. Ahiadeke C, Incidence of induced abortion in southern Ghana, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(2):96–101 & 108; et Shapiro D et Tambashe B, The impact of women's employment and education on contraceptive use and abortion in Kinshasa, Zaire, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(2):96–110.
18. Guillaume A et al., 1999, op. cit. (voir référence 13).
19. Guillaume A, Abortion in Africa: a birth control method and a public health issue, *CEPED News*, vol. 8, juillet–décembre 2000, p. 4.
20. Goyaux N et al., Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast), *Contraception*, 1999, 60(2):107–109.

21. Ahiadeke C, 2001, op. cit. (voir référence 17); Shapiro D et Tam-bashe B, 1994, op. cit. (voir référence 17); et Bankole A et al., Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(2):68-77.
22. Zabin L et Kiragu K, 1998, op. cit. (voir référence 3).
23. Mpangile G et al., Induced abortion in Dar es Salaam, Tanzania: the plight of adolescents, dans: Mundigo AI et Indriso C, réds., *Abortion in the Developing World*, New Delhi: Organisation mondiale de la santé, 1999, pp. 387-403.
24. Toulemon L et Leridon H, Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements, *Population*, 1992, 47(1):1-46.
25. Ibid; et Guillaume A et Desgrées du Lou A, Contraception et/ou avortement? Une étude auprès de formations sanitaires d'Abidjan, dans: Guillaume A et al., réds., *Santé de la Reproduction en Afrique*, Abidjan, Côte d'Ivoire: ENSEA et IRD, 2002.
26. Zamudio L et Rubiano N, Effet de l'avortement volontaire sur la réduction de la descendance en Colombie, dans: Pilon M et Guillaume A, réds., *Maîtrise de la Fécondité et Planification Familiale au Sud*, Paris: IRD Editions, 2000, pp. 235-250; Akin A, Cultural and psychosocial factors affecting contraceptive use and abortion in two provinces of Turkey, dans: Mundigo AI et Indriso C, réds., 1999, op. cit. (voir référence 23), pp. 191-211; Goodkind D, Abortion in Vietnam: measurements, puzzles and concerns, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(6):342-352; et Singh S et Sedgh G, The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(1):4-14.
27. Guillaume A et Desgrées du Lou A, 2002, op. cit. (voir référence 25).
28. Misago C et al., Determinants of abortion among women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil, *International Journal of Epidemiology*, 1998, 27(5):833-839.
29. Oodit G et Bhowon U, The use of induced abortion in Mauritius: an alternative to fertility regulation or an emergency procedure? dans: Mundigo AI et Indriso C, réds., 1999, op. cit. (voir référence 23), pp. 151-166.
30. Leridon H, La seconde révolution contraceptive: la régulation des naissances en France de 1950 à 1985, Travaux et Documents, Paris: Institut National d'Études Démographiques-Presses Universitaires de France (INED-PUF), 1987, n° 117.
31. Oodit G et Bhowon U, 1999, op. cit. (voir référence 29).
32. Misago C et al., 1998, op. cit. (voir référence 28).
33. Alvarez L et al., Abortion practice in a municipality of Havana, Cuba, dans: Mundigo AI et Indriso C, réds., 1999, op. cit. (voir référence 23), pp. 117-130.
34. Rahman M, DaVanzo J et Razzaque A, Do better family planning services reduce abortion in Bangladesh? *Lancet*, 2001, 358(9287):1051-1056.
35. Fawcus S et al., A community-based investigation of avoidable factors for maternal mortality in Zimbabwe, *Studies in Family Planning*, 1996, 27(6):319-327; Lane S et al., Buying safety: the economics of reproductive risk and abortion in Egypt, *Social Science and Medicine*, 1998, 47(8):1089-1099; et Rees H et al., The epidemiology of incomplete abortion in South Africa. National Incomplete Abortion Reference Group, *South African Medical Journal*, 1997, 87(4):432-437.

Remerciements

Les auteurs remercient Patrice Vimard et Valérie Delaunay pour l'utilité de leurs commentaires, ainsi que Koffi N'Guessan, l'équipe du Programme Santé Abidjan et le personnel des centres de santé pour leur précieuse assistance. La recherche à la base de cet article a été financée par l'Institut de Recherche pour le Développement à Paris.

Pour contacter l'auteur: guillaume@ceped.ined.fr