

CONTRACEPTION ET AVORTEMENT : DEUX MODES DE REGULATION DE LA FECONDITE A ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

AGNES GUILLAUME

Démographe, CEPED / IRD, 15-21 rue de l'École de Médecine – 75006 Paris -
courriel : guillaume@ceped.ined.fr

La question de la maîtrise de la fécondité a fait l'objet de nombreux débats ces dernières années, et les chercheurs se sont interrogés sur les évolutions de l'utilisation des méthodes de planification familiale. Si l'accent est prioritairement mis sur les méthodes modernes de contraception, force est de constater, l'importance de la pratique du recours aux méthodes naturelles de contraception dans certains pays, mais aussi de l'avortement utilisé parfois comme mode de régulation de la fécondité. L'avortement a d'ailleurs dans certains pays comme la Tunisie, fait partie des méthodes de planification familiale, autorisées au même titre que la stérilisation féminine [Safir, 2000]. Le recours à l'avortement pour réguler la fécondité est une pratique ancienne, généralement clandestine et qui reposait bien souvent sur la pharmacopée locale [McLaren, 1990], mais c'est une pratique illégale dans de nombreux pays en développement.

Cette illégalité de l'avortement touche la majorité des pays africains puisque sur 54 pays, seul la Tunisie, l'Afrique du Sud et le Cap Vert l'autorisent sans restriction [Guillaume, 2000]. A l'opposé dans 26 pays il est légal uniquement s'il est pratiqué pour sauver la vie de la mère, et dans 24 autres pays, les femmes peuvent y recourir légalement si leur santé physique et / ou morale est menacée. Mais même quand l'accès est libéralisé, quelques restrictions limitent toujours son accès : En Tunisie par exemple, les centres où l'on peut légalement pratiquer ces actes sont peu nombreux notamment en zone rurale [Gastineau, 2000] ; en Afrique du Sud, un délai légal de durée de grossesse est mentionné dans la loi pour accéder aux procédures légales d'avortement [The Alan Guttmacher Institute, 1999] ; au Soudan et en Zambie, l'autorisation de 2 ou 3 médecins est nécessaire pour avorter [Gautier, 1999]...

Dans les pays où ces avortements sont illégaux, sa pratique expose la santé de la mère à des risques et ils apparaissent comme étant une importante cause de morbidité (perforation de l'utérus, lésions génitales, infections, douleurs, hémorragies, hystérectomies, stérilité secondaire) et de mortalité maternelles [IPPF, 1994]. Ainsi au Nigeria, 40 % des femmes ont eu des complications à la suite d'avortements provoqués et 60 % des ces dernières n'ont pas reçu pas de traitement [The Alan Guttmacher Institute, 1999]. L'avortement représente une charge importante pour les systèmes de santé puisqu'en Égypte, environ un cinquième des admissions en gynécologie et obstétrique (19 %) sont dues à des complications d'avortements [Huntington, 1997]. L'avortement est la principale cause de mortalité maternelle : le taux de létalité pour 100 avortements clandestins est de 0.7 % en Afrique alors qu'il n'est que de 0.4 % en Asie et de 0.1 % en Amérique Latine et dans les Caraïbes [World Health Organisation, 1998]. Une étude menée auprès d'environ 500 femmes admises dans un hôpital d'Abidjan pour des complications du premier trimestre de la grossesse montre que 8 % de ces admissions sont dues à des avortements, ainsi que 3.6 % des décès [Goyaux, 1999].

Malgré les restrictions dans le recours à l'avortement et les risques inhérents à ces pratiques, beaucoup de femmes l'utilisent pour réguler leur fécondité. Lors de la conférence internationale « Population et Développement » (CIPD) du Caire en 1994, les gouvernements ont inclus dans leurs recommandations que « *l'avortement ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale* » et que des services de conseils en planification familiale devaient être implantés pour dispenser des conseils aux femmes après un avortement et éviter ainsi les interruptions de grossesses à répétition [Nations Unies, 1994].

Quelques études réalisées sur cette pratique de l'avortement en Côte d'Ivoire (où cet acte est illégal) ont montré son intensité élevée : si la proportion de femmes ayant pratiqué au moins un avortement est située entre 7 et 16 % en milieu rural, plus de 30 % des femmes interrogées lors de consultations

prénatales à Abidjan, ou appartenant à une population de militaires déclarent cette utilisation de l'avortement [Desgrées du Loû et al., 1999 ; Guillaume et al., 1999]. Cette pratique est plus fréquente en milieu urbain qu'en zone rurale et il semble qu'elle se soit accentuée ces dernières années, comme ont pu le constater d'autres auteurs [Konate, 1999; Rogo, 1998] au Mali et au Kenya.

Pour analyser les relations entre les évolutions de la fécondité et ses modes de régulation, une étude approfondie a été réalisée en Côte d'Ivoire, plus particulièrement dans la ville d'Abidjan auprès de femmes en consultation dans des centres de santé. En effet, la fécondité a, dans cette ville enregistré une baisse importante de 0.65 enfant entre les deux Enquêtes Démographique et de Santé de 1994 et 1999 puisque l'indice synthétique de fécondité est passé de 4,1 à 2,45 enfants par femme ; durant cette même période la prévalence contraceptive a légèrement augmenté passant de 23,4 % en 1994 à 27,1 %, mais celle des méthodes modernes n'a progressé que de deux points passant de 9,6 % à 11,6 % [Ministère de la planification et de la programmation du développement, 1999 ; Institut National de la Statistique, 1995]. Dans ce contexte, la question du rôle que peut jouer l'avortement dans la régulation de la fécondité se pose avec acuité.

A travers cette étude, nous analysons les pratiques contraceptives des femmes ainsi que leur recours à l'avortement pour comprendre les liaisons existantes entre ces deux modes de régulation de la fécondité et voir comment ces deux recours s'articulent.

Méthodologie de l'étude et caractéristiques de la population enquêtée

L'enquête a été menée en 1998 dans la ville d'Abidjan auprès de 2400 femmes de 15 à 49 ans consultant dans quatre centres de santé de la ville. Ces femmes, choisies aléatoirement, ont été interrogées quelque soit leur motif de présence dans ce centre : santé de la femme, de l'homme ou d'un enfant, suivi prénatal ou post-natal, pesée, vaccination, accouchement...

L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire fermé axé sur les connaissances et pratiques de la contraception et sur l'avortement : connaissances et pratiques, raisons, utilisation de la contraception antérieure et postérieure à cet avortement, perception.... Une histoire complète de la vie génésique des femmes (naissances vivantes, fausses couches, avortements, mort-nés) a été retracée.

Cette étude s'inscrivait dans un programme de recherche appliquée sur la planification familiale dont l'objectif était d'analyser l'offre de service de planification familiale et la demande de maîtrise de la fécondité à partir d'enquêtes auprès de consultants et personnels dans des centres de santé.

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

UN FAIBLE RECOURS A LA CONTRACEPTION

Malgré une bonne connaissance de la contraception chez les femmes interrogées, leur pratique contraceptive reste faible (tableau 1).

Ainsi presque toutes les femmes déclarent connaître une méthode quelconque de contraception (96 %), près de deux tiers une méthode naturelle (64 %) et environ 95 % une méthode moderne. Le niveau d'utilisation actuelle comme passée de la contraception est cependant peu élevé. Un peu plus d'un tiers des femmes (35 %) déclarent par le passé avoir utilisé une méthode naturelle, et 43 % mentionnent l'utilisation d'une méthode moderne. La prévalence actuelle est par contre nettement plus faible car environ 17 % des femmes utilisent une méthode naturelle (essentiellement la méthode des cycles) et 12 % une méthode moderne. Il convient de noter la forte prévalence de l'utilisation de ces méthodes naturelles pourtant moins efficaces que les méthodes modernes, surtout quand les femmes n'ont pas une bonne connaissance de leur période féconde. Ces niveaux de prévalence actuelle sont proches de

ceux trouvés lors de l'EDS pour la ville d'Abidjan en 1999 où également 12 % des femmes utilisaient une méthode moderne de contraception.

TABLEAU 1 : CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION A ABIDJAN EN 1998
(N=2400 FEMMES)

	Méthode quelconque	Méthode naturelle	Méthode moderne
- Connaissance	96.4	54.5	94.6
- Utilisation passée	64.4	35.5	42.9
- Utilisation actuelle	28.1	16.8	11.6

La pratique contraceptive va varier selon les caractéristiques des femmes, particulièrement selon leur niveau d'instruction et leur état matrimonial (tableau 2). Ainsi la prévalence contraceptive est plus élevée chez les femmes instruites que celles sans instruction et la probabilité d'utiliser la contraception moderne est presque deux fois plus élevée chez les femmes de niveau d'instruction primaire comparativement aux femmes non scolarisées. Cette prévalence est également deux fois plus élevée chez les femmes non en union que chez celles en union. Ces tendances confirment celles observées lors de l'enquête démographique et de santé de 1994 .

TABLEAU 2 : REGRESSION LOGISTIQUE DE L'UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION ET DE LA PRATIQUE DE L'AVORTEMENT SELON LES CARACTERISTIQUES DES FEMMES (N=2400)

Caractéristiques socio-démographiques	Utilisation actuelle				Au moins 1 Avortement	
	Méthode quelconque		Méthode moderne		Odds ratio	P
	Odds ratio	P	Odds ratio	P		
Âge						
- < 25	0.92	0.69	0.85	0.58	13.31	0.00
- 25-34	0.97	0.86	0.96	0.88	8.33	0.00
- 35 + ^{ref}						
Niveau d'instruction						
- non scolarisée	0.40	0.00	0.38	0.00	0.34	0.00
- primaire	0.69	0.00	0.65	0.01	0.49	0.00
- secondaire et supérieur ^{ref}						
Religion						
- Chrétien ^{ref}						
- Musulman	0.81	0.09	0.95	0.77	0.31	0.00
- autre	0.71	0.01	0.74	0.08	0.98	0.88
Occupation						
- commerce	0.90	0.50	0.75	0.17	0.64	0.01
- élève	1.09	0.71	1.13	0.65	0.44	0.00
- secteur tertiaire	0.95	0.82	0.84	0.52	1.18	0.47
- ménagère	0.90	0.53	0.72	0.13	0.60	0.00
- artisan ^{ref}						
État matrimonial						
- Non en union	2.20	0.00	1.66	0.00	2.36	0.00
- en union ^{ref}						
Nombre total de grossesses	1.05	0.06	0.99	0.78	1.75	0.00
Utilisation passée de la contraception						
- non ^{ref}					3.33	0.00
- oui						

Cette pratique contraceptive s'inscrit dans un contexte où l'offre de planification familiale reste limitée en Côte d'Ivoire. Le pays s'est engagé seulement en 1997 dans l'application d'une politique de population avec des objectifs de maîtrise de la croissance démographique. Elle a notamment pour objectifs une réduction du niveau de fécondité et un accroissement de la prévalence contraceptive [Ministère délégué auprès du Premier Ministre, 1997]. Avant cette date seule l'Association Ivoirienne

de Bien Être Familial assurait quelques prestations de planification familiale à travers ses cliniques implantées dans différentes villes de Côte d'Ivoire.

Dans les centres qui ont fait l'objet de cette étude, les activités de planification familiale étaient limitées car l'ensemble du personnel n'avait pas reçu de formation spécialisée dans ce domaine : les activités étaient centrées sur les conseils pour l'espacement des naissances et les femmes étaient orientées vers les centres de l'AIBEF. Par contre dans les structures où le personnel était formé, les sages-femmes prescrivaient essentiellement la pilule, les méthodes injectables et les préservatifs.

Malgré cette offre limitée, les personnels de ces centres de santé ont souligné une demande réelle des femmes, en particulier des jeunes femmes pour la planification familiale. Les entretiens menés avec les sages-femmes montrent que la demande correspond aussi bien à un besoin d'espacement des naissances qu'à une contraception d'arrêt. Les sages femmes souhaitent aussi par le biais de la planification familiale limiter le recours à l'avortement et les complications qui en découlent (fausses couches, mort-nés, infections....) suite à des manœuvres abortives qui ont échoué. Le problème de la contraception en période post-partum est également souvent mentionné.

Les femmes interrogées ont manifesté cette volonté d'espacement des naissances puisque parmi celles qui désirent d'autres enfants 85% veulent attendre encore deux ans au moins avant de commencer une nouvelle grossesse, et deux tiers d'entre elles expriment l'intention d'utiliser un moyen de contraception pour espacer ces naissances. La demande de contraception est réelle et parfois non satisfaite à cause des lacunes de l'offre, d'un manque d'information sur le fonctionnement de ces méthodes ou les lieux d'approvisionnement, ou d'une mauvaise opinion sur ces méthodes. Cette demande non satisfaite se traduit-elle par un recours à l'avortement ?

LA PRATIQUE DE L'AVORTEMENT PROVOQUE

En Côte d'Ivoire, l'avortement est illégal, sauf en cas de danger pour la santé de la mère. Pourtant cette pratique de l'avortement est répandue particulièrement dans la ville d'Abidjan et il semblerait qu'elle intervienne comme méthode de contrôle de la fécondité [Desgrées du Loû, 1999].

L'avortement, une pratique d'exception ?

Un tiers des femmes interrogées (33.5 %) déclarent avoir avorté au moins une fois au cours de leur vie féconde et 39 % des femmes qui ont eu au moins une grossesse.

L'intensité du recours à l'avortement varie selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes (tableau 2). Le même constat que pour l'utilisation des méthodes modernes de contraception peut être fait : les femmes qui ne sont pas en union au moment de l'enquête pratiquent deux fois plus l'avortement que celles en union et plus les femmes sont instruites et plus elles recourent à l'avortement pour réguler leur fécondité. Les femmes d'un niveau d'instruction secondaire ou supérieur recourent trois fois plus à l'avortement que les femmes non scolarisées. Les femmes de religion musulmane pratiquent moins l'avortement que celle de religion chrétienne malgré les interdits liés à cette religion. Les jeunes femmes recourent beaucoup plus fréquemment à l'avortement que leurs aînées.

Certaines femmes font au cours de leur vie féconde des avortements « à répétition ». Si environ une femme sur cinq (21 %) a eu un seul avortement au cours de sa vie féconde, 18 % d'entre elles en ont eu deux ou plus (tableau 3). Plus de 30 % des femmes qui ont 4 grossesses ou plus ont pratiqué au moins deux avortements.

Parmi les femmes qui ont eu deux grossesses, 10 % ont interrompu ces deux grossesses par un avortement, 4 % des femmes qui ont eu trois grossesses et 3 % des femmes avec 4 grossesses les ont interrompues. L'avortement est donc une manière de retarder son entrée en vie reproductive pour ces femmes qui diffèrent ainsi l'arrivée de la première naissance. L'avortement semble donc être une méthode privilégiée par ces femmes dans la gestion de leur fécondité.

TABLEAU 3 : PROPORTION DE GROSSESSES TERMINEES PAR UN AVORTEMENT PROVOQUE SELON LE NOMBRE TOTAL DE GROSSESSE (PARMI LES FEMMES AYANT EU AU MOINS UNE GROSSESSE)

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

*inclus les données de deux colonnes précédentes : une grossesse et deux grossesses et +

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

Une nouvelle forme de régulation de la fécondité ?

La pratique de l'avortement s'inscrit-elle dans une démarche ancienne d'un mode de régulation de la fécondité ou correspond-elle à de nouveaux besoins de gestion de la fécondité face à un désir de limiter les naissances et à des difficultés de recourir à la planification familiale ? Desgrées du Loû et al. (1999) ont montré que cette pratique s'est accentuée ces dernières années.

L'analyse de l'évolution du recours à l'avortement selon le rang de grossesse et l'année de naissance de la mère permet de préciser ces tendances (tableau 4).

TABLEAU 4: PROPORTION D'AVORTEMENTS PROVOQUES SELON LE RANG DE LA GROSSESSE ET L'ANNEE DE NAISSANCE DE LA MERE. ABIDJAN, 1998

Rang de la grossesse	Génération de naissance											
	À partir de 1979		1974-78		1969-73		1964-68		Avant 1964		Ensemble	
	%	nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	nbre	%	nbre	%	nbre
Rang 1	31,0	(78/252)	26,5	(176/664)	26,5	(145/548)	19,0	(65/342)	8,5	(22/259)	23,5	(486/2065)
Rang 2	24,3	(18/74)	28,0	(121/432)	22,1	(103/467)	18,3	(60/327)	12,7	(32/252)	21,5	(334/1552)
Rang 3	23,5	(4/17)	27,2	(58/213)	22,0	(78/355)	17,7	(53/299)	11,3	(27/240)	19,6	(220/1124)
Rang 4		*	36,9	(31/84)	24,8	(53/214)	17,7	(42/237)	12,3	(28/228)	20,1	(154/767)
Rang 5		*	34,6	(9/26)	23,9	(26/109)	14,4	(26/181)	13,2	(27/205)	16,9	(88/521)
Rang 6		*		*	34,2	(18/36)	15,7	(18/115)	14,0	(23/164)	16,8	(54/322)
Rang 7		*		*	31,6	(6/19)	22,8	(13/57)	15,2	(20/132)	18,7	(39/209)

* effectifs < à 10

Le recours à l'avortement apparaît de plus en plus fréquent en début de vie féconde dans les jeunes générations : en effet alors que plus d'un quart des femmes (entre 26 et 31 %) nées après 1969 ont interrompu leur première grossesse par un avortement, moins d'une femme sur cinq (entre 8,5 et

19 %) née avant 1968 a eu ce comportement : même si l'on peut émettre l'hypothèse d'omissions ou de sous-déclarations de cet acte pour les femmes les plus âgées, l'écart entre ces différentes générations de femmes reste malgré tout très important révélant de nouveaux comportements. Cette tendance se confirme pour les grossesses de rang 2 et 3 et il semble qu'une certaine scission s'opère entre les générations des femmes nées avant 1968 et celles nées après cette date. Ces différences de comportement entre les jeunes femmes et leurs aînés renvoient à des stratégies de régulation de la fécondité différente. Par cette pratique, les jeunes femmes retardent leur début de procréation.

Les méthodes d'avortements utilisées

Les études menées sur l'avortement en Afrique montrent une variété de méthodes utilisées qui s'inscrivent aussi bien dans le registre traditionnel que biomédical, bien que cet acte soit généralement illégal. Ainsi une étude menée à Bamako, auprès de femmes consultants dans des centres de santé a montré qu'environ deux tiers de ces avortements étaient fait par curetage, 13 % par insertion d'objet, 10 % avec des produits pharmaceutiques et 9 % en recourant à la médecine traditionnelle et bien qu'illégaux, la majorité de ces avortements sont faits en milieu hospitalier par des personnels peu qualifiés : les complications de ces avortements sont d'ailleurs fréquentes [Konate, 1999]. Une étude à Dakar aboutit au même constat d'avortement fait essentiellement par des personnels médicaux ou paramédicaux [CEFOREP, 1998]. Au Cameroun, une étude a montré que « 40 % des avortements étaient provoqués par les femmes elles-mêmes usant de permanganate de potassium, de comprimés anti-paludéens et de médicaments traditionnels [cité par IPPF, 1994].

Des tendances identiques se dégagent à Abidjan quant à la variété des méthodes utilisées mais l'intervention médicale reste la méthode privilégiée, utilisée dans près de deux tiers des cas (62 %), essentiellement le curetage pratiqué aussi bien par des médecins, des infirmiers que d'autres personnels médicaux et fait soit à l'hôpital, dans des cliniques privées ou infirmeries de quartier : faite dans des conditions illégales, cette méthode ne présente pas toujours des garanties de sécurité pour la femme. La deuxième méthode la plus fréquemment utilisée est le lavement essentiellement à base de plantes (18 %) ; à ce registre traditionnel s'ajoute les sondes végétales (4 %) et les ovules traditionnels (à base de plantes, kaolin)... Des produits pharmaceutiques essentiellement des hormones et parfois les anti-paludéens... sont utilisés en surdosage pour provoquer ces avortements.

Toutes ces méthodes sont lourdes de conséquences pour la santé des femmes et provoquent des fréquentes infections, hémorragies, et parfois des perforations de l'utérus. un peu plus d'un quart des femmes ont déclaré avoir eu des complications suite à ces avortements.

Une étude menée à Abidjan dans un centre hospitalier où les femmes avaient été admises pour des complications d'avortement révèle que 9 % des femmes qui ont eu une péritonite comme complication avait utilisé une méthode intra-utérine pour avorter et la majorité des décès consécutifs à ces complications d'avortement était due à l'ingestion d'infusion à base de plantes (Goyaux *et al.*, 1999).

Face aux risques inhérents à ces méthodes abortives, on peut s'interroger sur les raisons qui amènent les femmes à recourir à ces méthodes plutôt qu'à la contraception : est-ce un recours ultime après un échec contraceptif ou une absence totale d'utilisation de la contraception par manque d'information sur ces méthodes ou une certaine méfiance à leur égard, ou un choix délibéré de pratiquer un avortement ?

AVORTEMENT ET CONTRACEPTION : DES PRATIQUES ALTERNATIVES OU COMPLEMENTAIRES ?

Les femmes adoptent des stratégies reproductives variables au cours de leur vie féconde et ont recours à différents modes de régulation de leur fécondité.

Les relations entre contraception et avortement sont complexes. Le recours à l'avortement ne s'explique pas toujours par une mauvaise connaissance ou une absence d'utilisation de la contraception. Des études menées en France ont montré que l'utilisation de la contraception diminue le risque de grossesse non prévue, mais que par contre, les femmes n'hésiteront pas à pratiquer un avortement si celle-ci survient [Leridon, 1987]. Ces femmes utilisatrices de contraception, inscrites

dans un désir de maîtrise de leur fécondité refuseront plus systématiquement une grossesse non désirée, qu'une femme qui n'utilise pas la contraception.

Des stratégies de régulation de la fécondité différentes au cours de la vie féconde

Les femmes s'inscrivent dans différents modes de gestion de leur fécondité. Pour préciser ces stratégies de régulation de la fécondité, nous avons analysé la pratique contraceptive des femmes et leur recours à l'avortement durant toute leur vie féconde. Ainsi pour la pratique contraceptive, nous avons considéré les femmes qui ont utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque ou qui utilisent au moment de l'enquête en opposition à celles qui n'ont jamais utilisé la contraception ; pour l'avortement, nous avons considéré les femmes qui ont eu au moins un avortement versus celles qui n'en ont pas fait.

Quatre groupes de femmes peuvent ainsi être mis en évidence (tableau 5) :

- des femmes qui n'ont jamais utilisé ni la contraception ni l'avortement durant leur vie féconde ;
- des femmes qui ont utilisé la contraception, mais n'ont jamais pratiqué d'avortement durant leur vie féconde ;
- des femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception, mais par contre ont eu au moins un avortement durant leur vie féconde ;
- et enfin, des femmes qui ont utilisé la contraception et l'avortement durant leur vie féconde pour réguler leur fécondité.

TABLEAU 5 : STRATEGIE DE REGULATION DE LA FECONDITE PAR LA CONTRACEPTION OU L'AVORTEMENT DURANT LA VIE FECONDE (EN % DU TOTAL, N=2400)

Utilisation de l'avortement	Utilisation de la contraception	
	Jamais	Au moins une fois
- jamais	27 % (646)	40 % (949)
- au moins une fois	3 % (76)	30 % (729)

Le premier groupe de femmes (27%) qui n'ont jamais utilisé ni la contraception, ni l'avortement s'inscrit dans un régime de « fécondité naturelle ». Pour réguler leur fécondité, elles recourent seulement aux pratiques traditionnelles, par le biais de l'allaitement et de l'abstinence post-partum pour espacer leurs naissances.

A l'opposé, 30 % des femmes ont recherché au cours de leur vie féconde une maîtrise efficace de leur fécondité en utilisant conjointement la contraception et l'avortement : elles n'acceptent pas la survenue d'une grossesse non désirée. L'avortement peut dans ce cas intervenir suite à un échec contraceptif ou à la place de la contraception à un moment précis de la vie féconde, il s'agira donc de pratiques alternatives ou complémentaires. Pour ces femmes, le recours à l'avortement n'est pas un acte à caractère exceptionnel puisque 48 % d'entre elles ont eu au moins deux avortements durant leur vie féconde et une femme sur cinq a interrompu toutes ses grossesses par un avortement : dans ce cas l'avortement est un moyen pour différer leur entrée en vie reproductive.

Deux situations intermédiaires apparaissent : les femmes qui n'ont eu recours qu'à la contraception et enfin celles qui n'ont utilisé que l'avortement pour réguler leur fécondité.

Ces femmes qui n'utilisent que la contraception (40 %) ont une meilleure stratégie préventive pour gérer leur fécondité, tandis que celles moins nombreuses (3 %) qui n'utilisent que l'avortement ont ce recours pour éviter une grossesse non désirée : elles ignorent parfois leur exposition au risque de grossesse ou n'utilisent pas la contraception par méconnaissance ou opposition à ces méthodes.

Avortement et contraception : des méthodes complémentaires ?

Nous avons étudié également la pratique contraceptive des femmes avant et après leur dernier avortement pour mieux comprendre leurs comportements et voir comment s'opèrent les choix entre contraception et avortement (tableau 6).

TABLEAU 6 : PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION AVANT ET APRES LE DERNIER AVORTEMENT
(EN % DU TOTAL, N=805 FEMMES)

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

Certaines femmes (29 %) ont une volonté réelle de maîtriser leur fécondité puisqu'elles ont utilisé la contraception avant et après leur dernier avortement. Cependant au moment où cette grossesse non désirée s'est produite, près de deux tiers d'entre elles utilisaient des méthodes peu efficaces de contraception : 62 % utilisaient une méthode naturelle (méthode des cycles, Ogino) et 3 % une méthode populaire (indigénat, gris-gris...). Parmi les 17 % d'utilisatrices de la contraception moderne, 3 % seulement prenaient la pilule et 14 % le préservatif. Par contre cet échec de la contraception incite certaines femmes à changer de méthode en période post-abortum puisque 29 % d'entre elles utilisent la pilule ; mais une majorité de ces femmes (54 %) continue utiliser une méthode naturelle malgré son inefficacité. Le recours à l'avortement révèle dans ce cas un échec de contraception pour une majorité de femmes, mais cette expérience ne les incitent pas à des pratiques plus fiables. La question de l'accès à la contraception moderne se pose pour ces femmes.

Environ un quart des femmes qui ont avorté n'utilisaient pas la contraception avant leur avortement mais n'ont pas eu recours à ces méthodes après cet avortement. Malgré les risques inhérents à cette pratique illégale, l'expérience d'un avortement n'amène pas les femmes à prévenir des grossesses non désirées. Elles expliquent le non recours à la contraception en période post abortum par un manque d'information sur ces méthodes, la crainte des effets secondaires, le risque que ces méthodes présentent pour la santé mais également leur opposition à la contraception.

Pour les 10 % de femmes qui ont utilisé la contraception avant l'avortement seulement, leur pratique contraceptive était aussi basée sur des méthodes peu efficaces dont l'échec peut expliquer le recours à l'avortement : 45 % utilisaient des méthodes naturelles et 10 % des méthodes populaires. Celles qui ont choisi les méthodes modernes utilisent surtout les préservatifs dans 1/4 des cas, et la pilule dans seulement 17 % des cas. L'inefficacité ou la mauvaise utilisation de leur contraception explique les échecs de ces méthodes : 19 % des femmes expliquent leur non utilisation de la contraception en période post-abortum, car elles ont « eu des problèmes avec les méthodes contraceptives ». Mais le principal motif de non utilisation de la contraception est le désir d'enfants : au moment de cet avortement, ces femmes étaient certainement dans une situation familiale ou sociale qui ne leur permettait pas d'assumer un enfant, mais elles souhaitent maintenant s'inscrire dans un processus de constitution de leur descendance.

Un dernier groupe est composé d'environ un tiers des femmes (35 %) qui n'étaient pas utilisatrices de la contraception avant l'avortement mais qui utilisent une méthode en période post-abortum. Elles s'inscrivent dans une maîtrise plus efficace de leur fécondité puisque plus de la moitié de ces femmes adoptent des méthodes modernes de contraception : 43 % utilisent la pilule, 12 % des préservatifs et 41 % des méthodes naturelles ou populaires.

L'expérience d'un avortement induit donc quelques changements dans la pratique contraceptive, puisque le taux d'utilisation de la contraception augmente légèrement après un avortement mais sans un recours très important aux méthodes efficaces.

CONCLUSION

A Abidjan, les femmes ont de nouvelles aspirations en matière de fécondité et souhaitent réduire leur descendance. La faible prévalence contraceptive particulièrement pour les méthodes modernes de contraception révèle l'insuffisance au niveau de l'offre de planification familiale pour répondre aux demandes des femmes de maîtriser leur fécondité. La Côte d'Ivoire ne s'est engagée que très récemment dans une politique de maîtrise de sa croissance démographique et bien qu'une volonté de réduction de la fécondité ait été affichée, la couverture des programmes de planification familiale reste insuffisante. A cette faiblesse de l'offre s'ajoute une mauvaise appréciation de ces méthodes de la part des femmes : la crainte des effets secondaires, leurs mauvaises expériences lors d'une utilisation antérieure de la contraception, leur opposition à ces méthodes... sont autant de facteurs qui dissuadent de leur utilisation.

Dans ce contexte de désir de limiter sa fécondité et de faible utilisation de la contraception, le recours à l'avortement est élevé. Ainsi un tiers des femmes ont eu recours à l'avortement : ce constat d'un fort recours à l'avortement a été également fait à Bamako où une étude menée également auprès de consultants a montré qu'entre 5 et 20 % des femmes avaient interrompu leurs grossesses par un avortement et à Pikine, une banlieue de Dakar, 30 % des femmes avaient eu au moins un avortement [Konate, 1999; Diouf, 1996].

Ces avortements n'ont pas toujours un caractère exceptionnel puisqu'au cours de leur vie féconde certaines femmes en ont parfois à répétition pour gérer une grossesse non désirée. L'avortement est également une façon de retarder l'entrée en vie féconde comme on a pu le constater chez les jeunes femmes surtout : leur accès limité à la contraception, une situation familiale et économique quelques fois instable expliquent ce fort recours à l'avortement.

L'avortement a un impact important sur la fécondité puisqu'il contribue à une diminution de 10.1 % de la descendance des femmes : 0.23 naissances en moyenne sont ainsi évitées par un avortement, la descendance serait donc en moyenne de 2.27 enfants par femme en l'absence de pratique abortive contre 2.04 effectivement mesuré [Guillaume, à paraître #260]. L'avortement constitue donc un facteur de transition de la fécondité vu le poids qu'il a dans la diminution de la descendance des femmes.

Avortement et contraception interviennent comme deux éléments de régulation de la fécondité. L'étude de la pratique de la contraception avant et après un avortement est révélatrice, comme nous l'avons constaté, à travers l'analyse des profils des femmes recourant à l'avortement, de l'importance des interruptions de grossesses pour réguler leur fécondité. Certaines femmes refusent d'utiliser la contraception car elles déclarent avoir eu des « problèmes avec ces méthodes » ou en craignent les effets secondaires. Bien qu'elles se déclarent opposées à l'utilisation de la contraception pour des raisons de santé, paradoxalement, elles n'hésitent pas à recourir à l'avortement comme « palliatif » pour interrompre une grossesse non désirée ; pourtant cet avortement, pratiqué de façon clandestine, les expose à des risques pour leur santé.

L'utilisation de l'avortement est fréquente à la suite d'un échec de la contraception, surtout avec les méthodes naturelles. Ces méthodes sont très prisées par les femmes, car sont faciles à utiliser et gratuites, mais bien souvent le counselling qu'elles ont eu avant leur utilisation est insuffisant : beaucoup de femmes connaissent mal ou apprécient mal leur période féconde, ce qui explique les échecs répétés de ce type de méthodes.

Cette question des échecs de la contraception et de la mauvaise appréciation qu'ont les femmes de ces méthodes, pose la question de l'offre de planification familiale et du counselling qui est donné aux femmes lors de la prescription de ces méthodes.

Certaines femmes obtiennent leurs informations sur la contraception par le biais de réseaux informels qui véhiculent des informations de qualité variable, ce qui explique également les opinions des femmes par rapport à la contraception. Ce problème du counselling se pose également en période post abortum. En effet, après un avortement, la prise en charge et les recommandations médicales restent souvent limitées : certaines femmes avortent seules avec des méthodes traditionnelles ou avec l'aide de personnel de santé non qualifiés, de façon clandestine sans suivi s'il y a des éventuelles

complications consécutives à ces avortements. Deux tiers des femmes n'ont reçu aucun conseil après leur avortement pour éviter une nouvelle grossesse. Cette absence de prise en charge post abortum explique la pratique à répétition de ces avortements chez certaines femmes.

L'amélioration de l'accès à la contraception fera diminuer mais certainement pas disparaître totalement le recours à l'avortement puisque les femmes utilisent encore fréquemment des méthodes naturelles ou ont eu recours à l'avortement après un échec d'une méthode moderne. C'est pourquoi la deuxième partie de la recommandation émise lors de la conférence du Caire restera toujours d'actualité : « veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils » et nous ajouterions qu'il est important que ces avortements, puisqu'ils sont pratiqués, le soient dans des conditions sanitaires satisfaisantes, et qu'ils bénéficient d'une prise en charge post-abortum efficace pour que la mortalité et la morbidité maternelles cessent d'être un des points noirs de la santé en Afrique.

BIBLIOGRAPHIE

- Ceforep, 1998. Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patients souffrant de complications d'avortement; Dakar.
- Desgrées du Loû A., Msellati P., Viho I. et Wellfens-Ekra C., 1999 « Le recours à l'avortement dans la ville d'Abidjan : une cause de la baisse de fécondité ? » *Population*, 54 (3) 1999, 427-446
- Diouf P., 1996. - "L'avortement à Pikine", in : p. 409-418. - Sénégal, DPS - CERPAA.
- Gastineau B., 1999. - *Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne*. - Séminaire International "Santé de la Reproduction en Afrique", 9-12 novembre 1999, ENSEA, IRD, Abidjan, 19 p.
- Gautier, 1999, Les droits reproductifs en Afrique. Communication au séminaire international «ENSEA-IRD « Santé de la reproduction en Afrique », Abidjan, novembre 1999.
- Goyaux, N., Yace-Soumah F., et al., 1999. "Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast)." *Contraception* Aug 1999, 60(2): 107-109
- Guillaume A., Desgrées Du Loû A., Koffi N., Zanou B., 1999, Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire. ENSEA, IRD, Abidjan, Études et Recherches N° 27, Mai 1999, 50 p.
- Guillaume A., 2000. - "L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique", *La chronique du CEPED*, vol. n°37, p. 4.
- Guillaume A. and Annabel Desgrées Du Loû A., à paraître, Birth control in Abidjan : contraception and/or abortion? A study among women consulting in health centres. Soumis pour publication
- Huntington Dale, 1997, Abortion in Egypt. Seminar « Cultural perspective on reproductive health » IUSSP Rustenburg ; South Africa,.
- Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, Macro International Inc, 1995, *Enquête Démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire*,., Calverton, Maryland, USA, pp.89-102.
- IPPF, " Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique. La Conférence de Maurice. " Ile Maurice, Grand' Baie, 24-28 mars 1994, 36 p
- Konaté M. et al., 1999. Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako, rapport multigraphié, Bamako.
- Leridon H., La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985. INED-PUF, Travaux et Documents 1987, n°117, 380 p.
- McLaren A., *A history of contraception. From antiquity to the present day*. Blackwell. Oxford UK and Cambridge USA., 1990, 275 p

- Ministère de la Planification et de la Programmation du développement, Enquête Démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999, Rapport Préliminaire. Mai 1999, DHS, Macro International Inc., INS, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Ministère délégué auprès du Premier Ministre, 1997. - *Déclaration de politique nationale de population*. - Abidjan, UNFPA/FNUAP, 40p p).
- Nations Unies, « Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement ». Le Caire, 5-13 septembre 1994, 138 p
- Rogo K., Orero S. et Oguttu M., 1998. - "Preventing Unsafe abortion in Western Kenya: An innovative approach through private physicians", *Reproductive Health Matters*, vol. 6, n° 11, p. 77-83.
- Safir T., 2000, Politiques de population dans les pays du Maghreb. In *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. Pilon M. Guillaume A. (éds), IRD Éditions, Paris.
- The Alan Guttmacher Institute, Sharing responsibilities, women, society and abortion worldwide. New York 1999, 56 p.
- World Health Organisation, 1996. - *Studying unsafe abortion : a practical guide*. - Geneva, World Health Organisation, 96 p n°WHO/RHT/MSM/96.25).