

Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire

Joseph Bénie Bi Vroh, Issaka Tiembre, Harvey Attoh-Touré, Daniel Ekra Kouadio, Lucien Kouakou, Lazare Coulibaly, Hyacinthe Andoh Kouakou, Janine Tagliante-Saracino

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2012/HS Vol. 24 , PAGES 67 À 76
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.120.0067

Date de mise en ligne : 08/06/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2012-HS-page-67?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire

Epidemiology of induced abortion in Côte d'Ivoire

Joseph Benie Bi Vroh ⁽¹⁾, Issaka Tiembre ⁽¹⁾, Harvey Attoh-Toure ⁽¹⁾, Daniel Ekra Kouadio ⁽¹⁾, Lucien Kouakou ⁽²⁾, Lazare Coulibaly ⁽²⁾, Hyacinthe Andoh Kouakou ⁽³⁾, Janine Tagliante-Saracino ⁽¹⁾

Résumé : Cette étude avait pour objectif de décrire les avortements provoqués en Côte d'Ivoire. Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale réalisée sur l'ensemble du territoire national en 2007 auprès de 3 057 femmes âgées de 15 à 49 ans sur leur recours à l'avortement. Les résultats de l'étude montrent que l'avortement provoqué clandestin est une pratique répandue chez les femmes vivant en Côte d'Ivoire avec une prévalence de 42,5 %. Les femmes qui ont eu le plus recours à l'avortement avaient moins de 25 ans, étaient célibataires, sans niveau d'instruction et utilisaient la contraception. Plus de la moitié de ces avortements (52,1 %) ont été pratiqués à domicile par des avorteurs traditionnels ou par les femmes elles-mêmes avec des plantes ou décoctions. Les motifs les plus évoqués par les personnes pour justifier le recours à l'avortement étaient dominés par la crainte de la réaction des parents (27,7 %), l'âge trop jeune pour avoir un enfant (22,2 %), le manque de ressources financières pour assurer la charge d'un enfant (21,3 %) et la volonté de poursuivre les études. Plus de la moitié (55,8 %) des femmes ont déclaré avoir déjà eu des complications qui sont plus fréquentes à l'issue des avortements à domicile que ceux effectués en milieu hospitalier. Pour prévenir ou traiter ce fléau social, il est nécessaire de recourir à des actions et réformes politiques et juridiques à type de révision de la législation relative à l'avortement en Côte d'Ivoire, et de promouvoir l'accès au planning familial.

Mots-clés : Avortement provoqué - Côte d'Ivoire.

Summary: The objective of this study was to examine induced abortion in Côte d'Ivoire. A nationwide cross-sectional descriptive study of induced abortion was carried out in 2007 among 3,057 women aged 15-49 years. The study showed that induced abortion is a widespread practice in Côte d'Ivoire, with a prevalence estimated at 42.5%. The women who had undergone an abortion were generally under 25, unmarried, and illiterate, and had used contraception. More than half (52.1%) of all induced abortions were performed at home by traditional abortionists or were self-induced with plants or decoctions. The main reasons for induced abortion were concern about the reaction of parents (27.7%), age (22.2%), a lack of financial resources (21.3%) and the desire of women to continue their education. More than half of the participants (55.8%) stated that they had suffered complications, which were more common after a home abortion than after a hospital abortion. Political and legal measures or reforms aimed at changing abortion laws in Côte d'Ivoire and better access to family planning are required in order to prevent or treat the social issue of induced abortion.

Keywords: Induced abortion - Ivory Coast.

(1) UFR des Sciences Médicales, Université Cocody - Boulevard de l'université BP V 14 - Abidjan - Côte d'Ivoire.

(2) Association pour le Bien-être Familial - Boulevard Giscard d'Estaing - Abidjan - Côte d'Ivoire.

(3) Programme National de Santé de Reproduction - Immeuble le Général BP V 4 - Abidjan - Côte d'Ivoire.

Introduction

L'avortement provoqué est une interruption prématurée de la grossesse. L'avortement provoqué à risque, se définit comme « une procédure pour mettre un terme à une grossesse non désirée soit par des personnes non qualifiées ou inexpérimentées, soit dans un environnement non conforme à un minimum de normes médicaux ou les deux » [1]. Dans le monde, l'avortement provoqué constitue une cause prépondérante de morbidité et de mortalité maternelle, plus particulièrement dans les pays en développement. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, sur les 42 millions d'avortements par an dans le monde, 21,6 millions sont à risque [2] dont 95 % dans les pays en développement. En 2000, l'Afrique comptabilisait à elle seule 4,2 millions d'avortements à risque par an dont 1,2 million en Afrique de l'ouest. En Afrique plus de 46 % des besoins en planning familial sont non satisfaits et cela est particulièrement aigu en Afrique de l'Ouest. De 1995 à 2004, la prévalence contraceptive est passée de 7 % à 15 % dans cette sous-région ce qui reste particulièrement insignifiant pour satisfaire les besoins [3]. Cette situation fait le lit des grossesses non désirées conduisant facilement aux avortements. L'accès à la contraception aurait pu réduire l'incidence de l'avortement dans cette région [4].

La quasi-totalité de ces avortements, effectués en violation de la législation, sont clandestins et pratiqués dans un environnement sanitaire inadéquat par des personnes insuffisamment ou non qualifiées [5]. Environ 47 000 femmes meurent par an suite à des complications de cette pratique. Pourtant ces complications peuvent être évitées par l'accès à l'éducation, à la contraception et aux services pour avorter [6].

En Côte d'Ivoire, en l'absence de registres officiels sur l'avortement provoqué, en raison du caractère illégal de cet acte [5], très peu d'informations sont disponibles sur l'avortement et ses complications. Ce qui rend difficile l'estimation de sa prévalence à l'échelle nationale. Seules quelques études locales ont montré l'augmentation du phénomène, notamment celle réalisée à Abidjan en 1999 qui a montré que la proportion de femmes ayant déjà subi un avortement a triplé entre 1987 et 1997 [7].

Aussi, nous est-il apparu important de mener cette étude pour estimer l'ampleur de ce fléau à l'échelle nationale en vue de mieux connaître le niveau de recours à l'avortement provoqué pour une bonne prise en charge de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Ses objectifs spécifiques étaient de déterminer la prévalence et d'identifier les déterminants des avortements provoqués en Côte d'Ivoire.

Méthodologie

Type et population d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale prospective à visée descriptive et analytique sur l'ensemble du territoire ivoirien, du 14 au 29 décembre 2007. Étaient éligibles à cette étude les femmes âgées de 15 à 49 ans, résidant dans le ménage depuis au moins six mois. Ces femmes ont été interrogées sur le recours à l'avortement provoqué au cours de leur vie génésique.

Échantillonnage

L'échantillon a été constitué de façon aléatoire par sondage stratifié à deux degrés, le premier degré était constitué des districts de recensement (stratifiés en urbains et ruraux), le deuxième degré des ménages. L'ensemble des femmes éligibles d'un ménage étaient incluses. La base de sondage était constituée de la liste des districts de recensement pour le premier degré et de la liste actualisée des ménages issue du dernier recensement général de la population et de l'habitat de 1998 [8] pour le deuxième degré. Dans l'objectif d'avoir la même fraction de sondage par grappe, le nombre de ménages à sélectionner par grappe variait de 200 à 700 en fonction de la taille de la population de la région. Nous avons appliqué un facteur correctif pour tenir compte de l'indisponibilité de données fiables due aux déplacements des populations suite à la crise militaro-politique qu'a connue le pays. Le nombre de sujets nécessaire à l'étude a été calculé pour une prévalence attendue de 33 %, une précision de 2,5 % de l'intervalle de confiance à 95 % de l'estimation de cette prévalence [9]. Compte tenu du fait que le sondage en grappes présente souvent une moins bonne précision que le sondage aléatoire systématique du fait de l'homogénéité fréquente des individus composant les grappes [10, 11], nous avons pris en compte un facteur multiplicatif de 2 pour tenir compte de l'effet grappe. Ce choix nous a permis d'avoir un nombre minimum de sujets nécessaires de l'étude à 2 718. Ce nombre a été multiplié par un facteur correctif de 1/0,898 pour tenir compte du taux de réponse attendu. Ce qui nous a donné un effectif d'au moins 3 027 femmes à enquêter. Avec l'estimation d'un nombre moyen de femmes éligibles de 1,4 par ménage [12], le nombre de ménages à inclure était au minimum de 2 408. Nous avons choisi d'en inclure 2 427.

Outils de collecte de données

Les données ont été collectées à partir de questionnaires individuels anonymes pré-testés, administrés aux femmes par interview en face à face, à domicile, portant sur les avortements et leurs déterminants. Le questionnaire a été administré en français dans la majorité des cas ou en langues locales dans certains cas. Les informations sur les caractéristiques sociodémographiques des enquêté(e)s telles que l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction, la religion, l'ethnie, le statut professionnel et sur les comportements en matière de sexualité, fécondité et contraception, ont été recueillies.

Indicateur utilisé

La prévalence de l'avortement provoqué dans la population des femmes enquêtées a été estimée à partir de la proportion des femmes déclarant avoir avorté au moins une fois parmi les femmes de 15 à 49 ans. Mais cette population renferme également des femmes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels ou qui n'avaient jamais été enceintes. Or l'avortement concerne les femmes soumises au risque d'avortement, c'est-à-dire les femmes qui ont été au moins une fois enceintes. Nous avons donc extrait cet échantillon du dénominateur pour avoir une prévalence de l'avortement plus proche de la réalité.

Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel CPro 3.1 et ont été analysées sur SPSS.12 et Stata.11. La relation entre la proportion de femmes ayant avorté au moins une fois et les principaux facteurs sociodémographiques (l'âge à la première grossesse, le milieu de résidence, la religion, le niveau d'instruction, la connaissance des méthodes de contraception, et l'utilisation des méthodes de contraception) a d'abord été mesurée par analyse uni-variée : les taux entre les différents groupes ont été comparés par le test du Chi2 avec un niveau de signification au seuil de 0,05. Une régression logistique a été ensuite réalisée avec ajustement sur les différentes variables.

Le consentement éclairé verbal de chaque participante était obtenu avant son inclusion dans l'étude. L'accord parental était requis pour les sujets mineurs.

Résultats

Prévalence et caractéristiques de l'avortement provoqué

La prévalence de l'avortement provoqué était de 42,5 % avec 40 % en milieu rural et 45 % en milieu urbain. Dans la moitié des cas (50,1 %), ces pratiques ont eu lieu à domicile contre 47,9 % dans une structure sanitaire. Majoritairement, elles étaient effectuées par une avorteuse traditionnelle ou par la femme elle-même (49,4 %). Dans 32,5 % des cas l'avortement était effectué par un médecin alors qu'il s'agissait d'un infirmier ou d'une sage-femme dans 14,6 %. Le nombre de femmes ayant présenté des complications à l'issue des avortements effectués à domicile était plus élevé que celui de femmes dont l'avortement s'est pratiqué dans un établissement hospitalier, toutes complications confondues (Figure 1).

Profil épidémiologique des femmes ayant avorté et méthodes utilisées

Le profil des femmes ayant avorté est dominé par les femmes âgées de moins de 25 ans (65,3 %), non scolarisées (36,8 %), célibataires (58,9 %) (Tableau I). L'âge gestationnel moyen à l'avortement était de 21 semaines d'aménorrhée.

Les méthodes les plus utilisées étaient les plantes et décoctions (50,1 %), les injections (12,8 %) et la dilatation/curage (38,5 %).

Déterminants et conséquences de l'avortement provoqué

Les principaux déterminants des avortements étaient : la pression familiale et sociale (27,7 %), le trop jeune âge (22,2 %), les difficultés économiques (21,3 %) et la volonté de poursuivre la scolarité (15,5 %). Le tableau II montre que les femmes âgées de 10 à 14 ans et celles de 15 à 19 ans à la première grossesse avaient un risque significativement plus élevé d'avorter que celles qui avaient 30 à 34 ans (OR = 2,3 et $p < 0,05$ versus OR = 1,6 et $p < 0,05$).

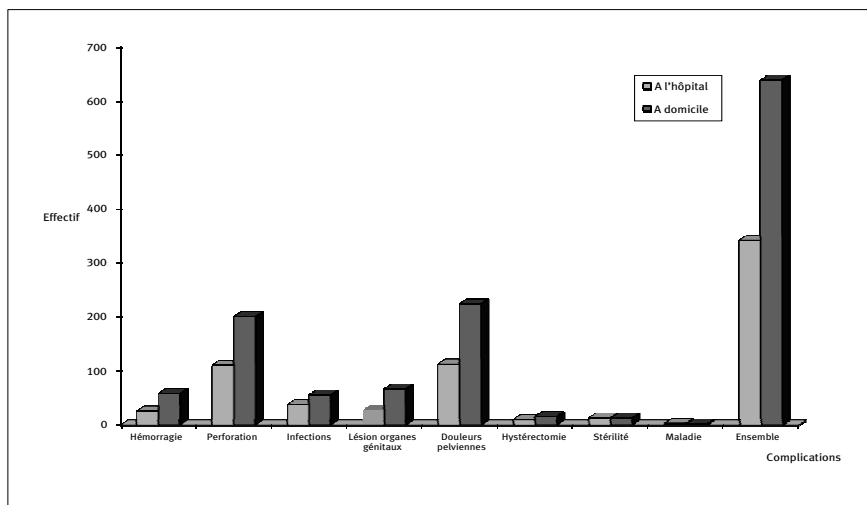


Figure 1 : Distribution des complications d'avortement selon le lieu de l'avortement en Côte d'Ivoire en 2007.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des femmes lors du dernier avortement, en Côte d'Ivoire en 2007

Variables	Effectifs	Pourcentages
Âges		
10-14	26	2,7
15-19	350	36,1
20-24	258	26,5
25-29	156	16
30-34	57	5,9
35-39	27	2,8
40-45	13	1,3
Inconnu	85	8,7
Niveau d'instruction		
Sans niveau	358	36,8
Primaire	263	27,1
Secondaire premier cycle	215	22,1
Secondaire second cycle	86	8,8
Supérieur	33	3,4
École coranique	17	1,7
État matrimonial		
Mariée/union libre	390	40,1
Célibataire	572	58,9
Divorcée/Séparée/Veuve	10	0,9
Total	972	100

Tableau II : Analyse bivariée et multivariée par régression logistique avec les Odds Ratios pour les variables influençant le recours à l'avortement en Côte d'Ivoire en 2007

<i>Variables</i>	<i>Modèle bi-varié (OR bruts)</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>Modèle multivarié (OR ajustés^a)</i>	<i>IC 95 %</i>
Âge à la première grossesse (n = 2 058)	**		**	
10-14	4,0**	[2,1-5,8]	2,3**	[1,4-3,9]
15-19	3,0**	[2,0-3,5]	1,6**	[1,9-2,2]
20-24	2,3 (ns)	[1,4-2,7]	1,1 (ns)	[0,8-1,6]
25-29	2,1 (ns)	[1,1-3,0]	0,9 (ns)	[0,5-1,5]
30-34 (ref)	1,0		1,0	
Milieu de résidence (n = 3 057)	**		**	
Urbain	1,3**	[1,1-1,6]	1,3**	[1,1-1,6]
Rural (ref)	1,0		1,0	
Religion (n = 3 046)	**		**	
Musulmane (ref)	1,0		1,0	
Catholique	2,0**	[1,6-2,5]	1,8**	[1,2-2,6]
Protestante	2,1**	[1,7-2,7]	1,7**	[1,0-2,4]
Témoins de Jéhovah	2,1 (ns)	[0,8-5,4]	1,7 (ns)	[0,4-6,3]
Animiste/traditionnelle	2,6**	[1,5-4,8]	3,5**	[1,2-7,0]
Pas de religion	2,0**	[1,5-2,6]	2,0**	[1,1-2,7]
Autres religions	2,4**	[1,6-3,5]	1,9**	[1,0-3,1]
Fréquentation scolaire (n = 3 057)	**		**	
Oui (ref)	1,0		1,0	
Non	0,4**	[0,3-0,5]	0,5**	[0,5-0,8]
Connaissance des méthodes de contraception (n = 3 055)	**		**	
Non (ref)	1,0		1,0	
Oui	2,2**	[1,8-2,6]	2,7**	[2,2-3,4]
Utilisation des méthodes de contraception (n = 2 059)	**		**	
Non (ref)	1,0		1,0	
Oui	2,0**	[1,6-2,5]	1,6**	[1,3-2,0]

^a Les OR sont ajustés sur toutes les variables indépendantes.

réf : groupe de référence.

** Significatif à 5 % - ns Non Significatif : $p > 0,05$.

IC95 % : Intervalle de confiance à 95 %.

Il en était de même pour les femmes vivant en milieu urbain par rapport à celles résidant en milieu rural (OR = 1,3 ; $p < 0,01$). Les femmes qui ne fréquentaient pas d'école avaient un risque 0,6 fois plus élevé d'avorter que celles qui avaient au moins le niveau primaire. De même, celles qui utilisaient la contraception avaient significativement plus de risque d'avorter que celle qui ne pratiquaient pas la contraception ($p < 0,001$). Les femmes animistes ou de religion traditionnelle avaient 3,5 fois plus de risque d'avorter que les femmes musulmanes. Par contre, la variable ethnie n'était pas significativement associée à l'avortement.

La fréquence des complications post abortum était de 55,2 %. Ces complications étaient dominées par les douleurs pelviennes chroniques (68,2 %), les perforations (58 %), les infections (17,6 %) et les hémorragies (16 %).

Discussion

Notre étude présente quelques limites dont la première est le biais de mémoire. En effet, 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. Ce biais va globalement dans le sens d'une sous-estimation du recours à l'avortement.

La seconde limite est l'impossibilité de mettre en évidence la relation entre le recours à l'avortement et la génération des femmes, du fait de la transversalité de l'étude. Une étude longitudinale de type cohorte pourrait éventuellement mettre en évidence ce lien.

En dépit de ces limites, une force de notre étude serait liée à son caractère national, ce qui permettrait de considérer ses résultats comme représentatifs de l'ensemble de la Côte d'Ivoire et donc de généraliser les résultats à l'ensemble des femmes en âge de procréer.

La prévalence de l'avortement provoqué dans notre étude montre une augmentation du niveau du phénomène par rapport à ceux de 1997 et 1999 que Desgrées Du Lou et Guillaume avaient estimés respectivement à 28 % à 36 % et 30,5 % dans deux grandes villes de Côte d'Ivoire et à Abidjan [7, 13]. Cette prévalence dépend fortement de l'âge. En effet, les femmes sont d'autant plus susceptibles d'avoir avorté qu'elles sont plus jeunes : 65,3 % des moins de 25 ans ont déjà avorté contre 16 % des 25-29 ans. Cela est confirmé par Guillaume en 2002 où 32 % des femmes de moins de 25 ans ont avorté au moins une fois [13]. Ce recours important à l'avortement par les femmes les plus jeunes pourrait contribuer à expliquer la baisse de la fécondité [14].

Par ailleurs, la probabilité d'avoir avorté dépend du niveau d'instruction de la femme. En effet, plus ce niveau est élevée plus la probabilité qu'elle avorte augmente. Ce résultat est semblable à celui retrouvé au Togo [15] et en Côte d'Ivoire où 48,1 % des femmes ayant le niveau secondaire ou plus ont déclaré avoir avorté au moins une fois [14]. En analyse multivariée, la différence reste significative entre les femmes sans instruction et les femmes ayant été scolarisées. Cette différence peut s'expliquer par un accès difficile aux informations sur l'avortement pour les femmes analphabètes à l'inverse de leurs homologues scolarisées qui, connaissant les méthodes pour réaliser cet acte et ne voulant pas abandonner leurs études à cause d'une grossesse, y ont souvent recours [14].

Nous avons également trouvé une liaison entre l'utilisation des contraceptifs et le recours à l'avortement. Étant donné que l'utilisation d'une contraception traduit le désir des femmes de ne pas débiter de grossesse, leur attitude serait de recourir fréquemment à l'avortement en cas de grossesses non désirées ou d'utiliser la contraception suite à un avortement. Ce résultat met en exergue les difficultés liées à l'utilisation des contraceptifs, notamment la mauvaise observance et l'interruption sans motif de la contraception qui ont entraîné des grossesses non désirées [16].

Le statut matrimonial joue un rôle dans le recours à l'avortement. En effet, le statut de célibataire est un facteur favorisant du recours à l'avortement. La même tendance est retrouvée chez Guillaume [7]. Les femmes célibataires,

plus jeunes en général, sont désireuses de planification familiale [17], or le recours à l'avortement est associé à l'utilisation des méthodes contraceptives. Cette pratique pourrait les exposer au risque d'avortement.

Le fait que le recours à l'avortement soit plus élevé chez les femmes plus jeunes, plus instruites et chez les femmes seules, confirme un changement de mentalités en matière de procréation.

Contrairement aux résultats de Mendame au Gabon, l'ethnie n'est pas liée à l'avortement dans notre étude [18].

Par ailleurs, nous avons noté une plus grande proportion de femmes ayant eu recours à l'avortement en zone urbaine qu'en zone rurale. Cet écart s'expliquerait par un moindre contrôle social sur les femmes dans les villes, des conditions de vie urbaines peu favorables aux familles nombreuses et un accès plus facile à l'avortement [14] ou un difficile accès à l'avortement pour les femmes en milieu rural.

Malgré le fait que le taux d'avortement soit plus faible en Afrique de l'ouest qu'en Afrique de l'est, l'Afrique de l'ouest a un taux de mortalité liée à l'avortement le plus élevé du monde avec 140 décès liés à l'avortement pour 100 000 naissances vivantes [19]. Cette tendance pourrait être liée aux résistances à la révision des lois sur l'avortement. En effet, depuis 1990, il n'y a que cinq pays d'Afrique de l'ouest francophone (Burkina Faso, Tchad, Mali, Niger et Togo) qui ont révisé leur loi sur l'avortement [20]. Des efforts ont été faits par 16 pays dans le sens d'augmenter le nombre de situations dans lesquelles l'avortement devrait pouvoir être autorisé en y ajoutant l'inceste, le viol et la malformation fœtale. La législation en Côte d'Ivoire, en la matière, par contre reste inchangée, n'autorisant l'avortement que pour sauver la vie de la femme [21]. Cette législation trop restrictive pourrait favoriser la prévalence élevée de l'avortement à risque se réalisant le plus souvent à domicile comme dans notre étude. Ainsi, il est impérieux de réviser la législation sur l'avortement en Côte d'Ivoire pour faciliter l'accès à cette pratique.

L'âge influence la survenue de l'avortement. En effet, les femmes jeunes, âgées de 15 à 24 ans, ont peu ou pas de moyens financiers pour subvenir à leurs besoins *a fortiori* à ceux d'un enfant, d'où leur décision d'avorter, en cas de grossesse non désirée. En moyenne, les femmes avortent au deuxième trimestre de la grossesse contrairement aux résultats de Rutgers au Zimbabwe qui montrent que l'âge gestationnel moyen à l'avortement était de 11,3 semaines [22]. À titre de comparaison, la réglementation sur l'avortement en France a fixé la limite de l'âge gestationnel à 14 semaines d'aménorrhée selon la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001. Les raisons de cet avortement tardif dans notre étude sont multiples : la méconnaissance ou le déni de la grossesse par les femmes, le manque d'information sur les services en charge de l'avortement, la pression de la famille qui pousse les femmes à avorter, le manque de moyens financiers pour se rendre à l'hôpital et pour avorter [21]. Ce retard à l'avortement constitue un risque additionnel pour la femme, en plus du risque lié au profil de la personne qui procède à l'avortement et aux conditions de l'avortement. Aussi, les structures offrant des services pour l'avortement doivent être disponibles avec du personnel qualifié et le matériel adéquat [23].

L'attitude des parents est fréquemment la cause directe ou indirecte de l'avortement. En effet, de nombreux parents menaçaient leurs filles enceintes, leur demandant d'avorter sous peine d'être expulsées du domicile familial ou d'interrompre leurs études [24]. Cette peur de la réaction des parents qui considèrent une grossesse hors mariage comme un déshonneur pour la famille, est davantage retrouvée dans notre étude que dans celle de Guillaume (25 % vs 19 %) [7].

Les méthodes d'avortement les plus utilisées étaient les méthodes traditionnelles comme dans l'étude de Grimes [4]. Les plantes/décoctions représentaient 50,1 % des méthodes de notre étude contre seulement 18 % dans l'étude de Guillaume [6]. Cette proportion s'explique dans notre contexte où 80 % de la population a recours à la médecine traditionnelle [25]. Plus de la moitié (52,1 %) des femmes interrogées qui avaient déjà avorté, ont déclaré que leur dernier avortement a eu lieu à domicile en adéquation avec les résultats de Thonneau en Côte d'Ivoire [24], confirmant l'aspect illégal et clandestin de l'acte.

Près de la moitié des avortements enregistrés ont été effectués par des tradipraticiens ou par la femme elle-même. Le caractère illégal de l'avortement et les difficultés d'accès aux services de soins pourraient expliquer ce résultat [26]. La proportion des avortements effectués par un personnel de santé dans notre étude est inférieure à celle des études ouest africaines qui rapportent une proportion de 50-80 % [27]. Cela pourrait s'expliquer par le coût élevé de cet acte lorsqu'il est effectué par un agent de santé. Ce coût variait de 20 000 à 50 000 FCFA (soit 30 à 76 euros) en 1999 [28].

Plus de la moitié des femmes (52 %) ayant avorté ont déclaré avoir eu des complications, contre 27 % dans l'étude de Guillaume [13].

Conclusion

L'interruption volontaire de grossesse constitue un phénomène répandu en Côte d'Ivoire malgré son caractère illégal.

Parmi les principaux déterminants de ce fléau social, nous avons retrouvé la crainte de la pression sociale et familiale, les difficultés économiques, le trop jeune âge pour avoir un enfant et la volonté de poursuivre les études. Par ailleurs, nous avons constaté que la femme qui a le plus souvent recours à cette pratique, est jeune, instruite, célibataire et utilise les contraceptifs.

Pour prévenir le recours à l'avortement, il est nécessaire, de sensibiliser les jeunes en milieu scolaire sur le danger des rapports sexuels précoces pour éviter les grossesses non désirées et surtout les Infections Sexuellement Transmissibles notamment l'infection à VIH. Il faut également recourir à des actions et réformes politiques et juridiques à type de révision de la législation par un plaidoyer auprès du législateur. En effet, il a été montré que la légalisation de l'avortement peut considérablement améliorer la santé des femmes, dans la perspective des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Dans l'attente d'une réforme des textes de loi, les services de santé devraient pouvoir faire bénéficier aux femmes ayant avorté de Soins Après Avortement. Par ailleurs, il faut intervenir en amont par la promotion de l'accès à l'éducation et à la contraception moderne chez les jeunes filles.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient la Direction de l'Association pour le Bien Être Familial (AIBEF) pour son implication dans cette étude et surtout pour son financement. Ils remercient également la Direction de Coordination du Programme National de Santé de Reproduction et Planification Familiale et l'École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée pour leur expertise.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.pdf (accessed July 6, 2006).
2. WHO Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th update. Geneva: WHO; 2010 (Forthcoming).
3. Cleland JG, Ndugwa RP, Zulu EM. Family Planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Bull WHO* 2011;89:137-43.
4. Grimes DA, Benson J, Singh S et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368:1908-19.
5. Guillaume A. L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences. Les Actes de la Chaire Quételet 2004.
6. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters* 2010;18:90-101.
7. Guillaume A, Degrées du Lou A, Koffi NG et al. Le recours à l'avortement. La Situation en Côte d'Ivoire. Abidjan : Ensea/IRD 1999.
8. Ministère d'État. Ministère du Plan et du Développement. Institut National de la Statistique. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Côte d'Ivoire 1998.
9. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Paris : Flammarion Médecine-Sciences 1988.
10. Laurent C, Etard JF. Le sondage en grappes : implications de la méthode d'analyse sur les conclusions de l'enquête. *Rev Épidemiol Sante Publique* 2005;53:43-50.
11. Dabis F, Drucker J, Moren A. Épidémiologie d'intervention. Paris : Arnette 1992.
12. Ministère de la lutte contre le sida. Institut National de la Statistique. Enquête sur les Indicateurs du sida, Côte d'Ivoire 2005.
13. Guillaume A, Desgrées du Lou A. Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: contraception, abortion or both? *International Family Planning Perspectives* 2002;28(3):159-66.
14. Desgrées du Lou A, Misellati P, Viho I, Wellfens-Ekra C. Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : Une cause de la baisse de la fécondité ? *Population* 1999;54(3):427-46.
15. Lambert KA. Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : Mesure et facteurs du phénomène. Paper presented at Seminaire La Santé de la Reproduction en Afrique, November 1999, Ensea/IRD.
16. Van Bogaert LJ. "Failed" contraception in a rural South African population. *S Afr Med J* 2003;93(11):858-61.
17. Cleland J, Ali MM. Sexual abstinence, contraception, and condom use by young African women: a secondary analysis of survey data. *Lancet* 2006;368:1788-93 doi: 10.1016/S0140-6736(06)69738-9 pmid: 17113428.
18. Medame WM. Déterminants de l'avortement provoqué au Gabon. Institut de Formation et de Recherche Démographique-Yaoundé DESS Démographie 2005.
19. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:1149-58 pmid: 20085681.
20. Boland R. Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):67-89.
21. Boland R, Katzive L. Developments in Laws on Induced Abortion: 1998-2007. *International Family Planning Perspectives* 2008;34(3):110-20.
22. Rutgers S. Abortion admissions in rural Matebeleland north province. *Cent Afr J Med* 2001;47:214-20.
23. Grimes D. A Unsafe abortion: the silent scourge *British Medical Bulletin* 2003;67:99-113.
24. Thonneau P, Matsuda T, Goyaux N, Yao D, Yace-Soumah F, Wellfens C. Determinants of maternal deaths in induced abortion complications in Ivory Coast *Contraception* 2004;70:319-26.
25. Organisation Mondiale de la Santé. Médecine traditionnelle : aide mémoire n° 134 révisé en mars 2003.
26. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris 2003.
27. WHO. Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. Geneva: World Health Organisation 2004.
28. Svanemyr J, Sundby J. The social context of induced abortions among young couples in Côte d'Ivoire *African Journal of Reproductive Health* 2007;11(2).