

« Connaissances, attitudes et pratiques de l'avortement provoqué clandestin en Côte d'Ivoire »

COULIBALY GNENINFOLO LAZAR

ASSOCIATION IVOIRIENNE POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL

Introduction

Bien que l'utilisation des méthodes de contraception ait significativement augmenté au cours de ces dernières décennies, on estime que chaque année 46 millions d'avortements sont réalisés dans le monde, dont plus de 20 millions sont à risque c'est-à-dire faits dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes, entraînant ainsi de graves problèmes de santé et le décès de nombreuses femmes (OMS, 2004).

A l'instar de beaucoup de pays en voie de développement, l'avortement à risque constitue un problème prioritaire de santé publique en Côte d'Ivoire. Le constat a été fait que chaque année de nombreuses femmes meurent ou souffrent de douleurs chroniques, de maladies et de stérilité consécutives à des avortements provoqués clandestins.

Pour contribuer à réduire la morbidité et la mortalité découlant de ces avortements, l'AIBEF exécute depuis 2007, avec le soutien financier de l'IPPF (initiative SAAF), un projet destiné d'une part, à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de soins après avortements de qualité, et d'autre part, à amener les décideurs politiques et administratifs à œuvrer pour un environnement national favorable à des services d'avortements de qualité et respectueux des droits des femmes. La mise en œuvre de ce projet a conduit à la réalisation d'une étude sur l'avortement provoqué clandestin en Côte d'Ivoire.

Objectifs de l'étude :

L'étude avait pour objectif général de fournir des informations actuelles et fiables sur l'avortement en Côte d'Ivoire, nécessaires pour l'élaboration des stratégies de plaidoyer et d'IEC/CCC du projet et pour la conception d'éventuelles interventions ultérieures visant l'amélioration du bien être des populations. De façon spécifique, elle devait :

- analyser les connaissances et attitudes des populations en matière de contraception et d'avortement;
- évaluer l'ampleur du recours à l'avortement en Côte d'Ivoire ;
- mettre en évidence ses conséquences sanitaires et les facteurs de risque et ;
- évaluer l'utilisation des services de soins après avortement.

Le présent document constitue un rapport synthétique de l'étude. On y trouvera des indications sur la méthodologie utilisée, ainsi que les principaux résultats.

Méthodologie

Pour atteindre les objectifs de l'étude, une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 3057 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 1514 hommes âgés de 15 à 59 ans.

Les enquêtés ont été sélectionnés dans chaque région selon un plan d'échantillonnage aréolaire, stratifié à deux degrés. Les strates constituées correspondaient aux 10 anciennes régions administratives du pays.

La collecte des données s'est déroulée en plusieurs étapes. D'abord, il y a eu des activités préparatoires, avec la mise en place d'un comité scientifique d'orientation qui a validé la méthodologie de l'étude, le recrutement et la formation des enquêteurs et des superviseurs et l'enquête pilote. Ensuite, l'on est passée à la collecte proprement dite des données. L'enquête comprenait une série de questions relatives aux caractéristiques des enquêtés, à leurs connaissances, attitudes et pratiques de la contraception, de l'avortement et des soins après avortement.

Les données collectées ont été traitées à l'aide d'un masque de saisie développé avec le logiciel CsPro 3.1. Puis, elles ont été analysées sur SPSS.12. Les méthodes d'analyse utilisées sont à la fois descriptives et explicatives : tableaux simples, tableaux croisés avec analyse du Chi-2 et modèle de régression logistique.

Résultats

L'étude a permis d'appréhender les connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de sexualité, de contraception et d'avortement, d'évaluer l'ampleur du recours à l'avortement et ses conséquences sanitaires en Côte d'Ivoire, d'identifier les facteurs de risque et d'analyser l'utilisation des services de soins après avortement. La présente section reprend les principaux résultats obtenus.

Expériences en matière de sexualité des enquêtés

Les comportements en matière de sexualité et de fécondité sont à la base de nombreux problèmes de santé sexuelle et de la reproduction, tels que les grossesses non désirées et les IST/VIH/SIDA. C'est pourquoi, il importait de les analyser pour mieux comprendre l'avortement.

Début précoce de l'activité sexuelle

L'analyse du graphique 1 indique que la quasi-totalité des personnes interrogées (91,9% des femmes et 86,6 % des hommes) avait déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête. La plupart de ces personnes ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel avant d'avoir 18 ans, l'âge médian au premier rapport sexuel étant de 17 ans chez les femmes et de 18 ans chez les hommes. Cette précocité des rapports sexuels est davantage perceptible à travers les proportions des enquêtés qui ont eu leur première expérience sexuelle avant l'âge de 20 ans. Près de 90 % des femmes interrogées sexuellement actives ont eu leur premier rapport sexuel avant cet âge. Ce pourcentage est de 75 % chez les hommes (tableau 1).

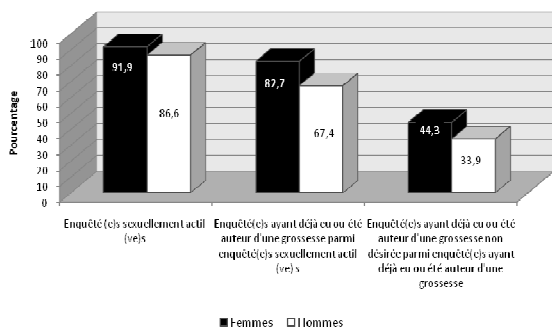
Tableau 1 : Répartition des enquêtés sexuellement actifs selon l'âge aux premiers rapports sexuels

Age	Femmes		Hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
moins de 15	390	13,9	193	14,8
15-19	2123	75,6	791	60,2
20-24	269	9,6	247	18,9
25-29	21	0,8	63	4,8
30 et plus	6	0,2	17	1,3
Total	2809	100,0	1311	100,0

Prévalence des grossesses non désirées

Il ressort des analyses que 82,7 % des femmes qui étaient sexuellement actives au moment de l'enquête avaient déjà contracté au moins une grossesse (graphique 1). Près de la moitié (44,3 %) de ces femmes ont également reconnu avoir déjà eu une grossesse non désirée. Comme chez les femmes, la plupart des hommes interrogés (67,4 %) qui ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels ont reconnu avoir été au moins une fois auteur d'une grossesse ; et parmi eux, 33,9 % ont affirmé avoir connu une grossesse non désirée (graphique 1).

Graphique 1 : Expériences des enquêtés en matière de sexualité et fécondité

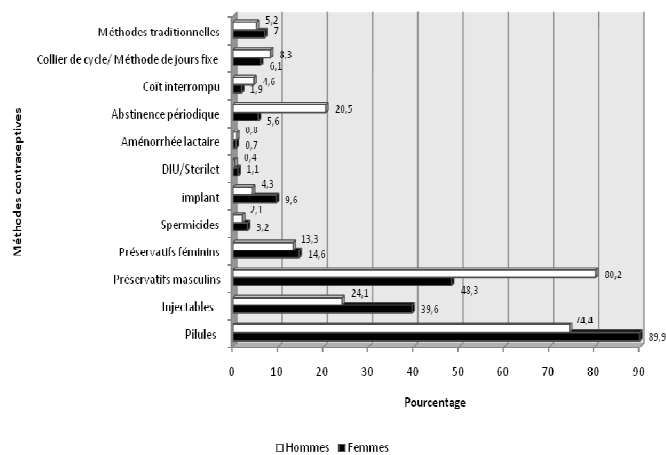


Connaissance et utilisation de la contraception

La connaissance et l'utilisation des méthodes de contraception revêtent une grande importance. La pratique de la contraception réduit le nombre de grossesses non désirées, et partant le nombre d'avortements à risque. Pendant l'enquête, il avait été demandé aux personnes interrogées d'indiquer si oui ou non elles avaient déjà entendu parler de méthodes par lesquelles un couple peut espacer ou limiter les naissances. Lorsque les enquêtés répondaient par oui, on leur demandait ensuite de citer les méthodes contraceptives qu'elles connaissaient. Il ressort de l'analyse de ces variables que les méthodes contraceptives sont bien connues par les personnes vivant en Côte d'Ivoire. Plus de 70 % des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà entendu parler de méthodes de contraception.

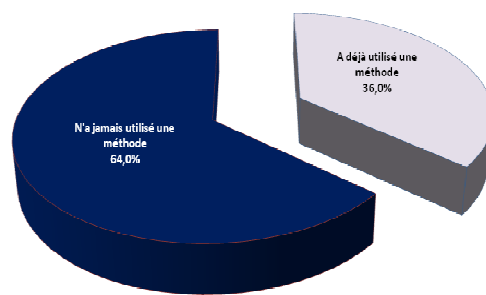
Les méthodes contraceptives les plus connues sont, par ordre d'importance : la pilule (89,9 % chez les femmes et 74,4 % chez les hommes), le préservatif masculin (48,3 % chez les femmes et 80,2 % chez les hommes) et les injectables (39,6 % chez les femmes et 24,1 % chez les hommes). A ces méthodes, on peut citer le préservatif féminin (14,6 % chez les femmes et 13,3 % chez les hommes) et l'abstinence périodique (5,6 % chez les femmes et 20,5 % chez les hommes). Les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent les autres méthodes modernes telles que l'implant, le DIU/stérilet ou les spermicides n'excèdent pas 10 % (Graphique 2).

Graphique 2 : Pourcentage d'enquêtés ayant déjà entendu parler de contraception par méthodes



Pour ce qui concerne l'utilisation, seulement un peu plus du tiers (36,0 %) des femmes enquêtées ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode de contraception (graphique 3). Ce taux est de 36,1 % chez les hommes.

Graphique 3 : Prévalence de la contraception chez les femmes.



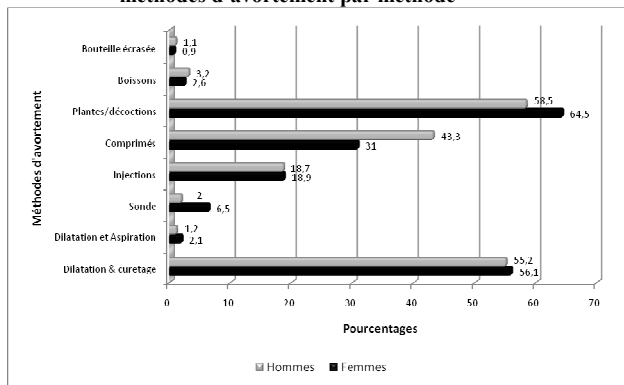
Connaissances et attitudes en matière d'avortement

Dans la mesure où elles peuvent influencer les comportements, les connaissances et attitudes peuvent contribuer à comprendre non seulement la pratique de l'avortement mais aussi à prévoir sa future prévalence.

Connaissance des méthodes d'avortement

Tout un éventail de procédés abortifs, ou prétendus comme tels, est connu par les personnes interrogées. L'analyse des données indique qu'environ 70 % des enquêtés(e)s connaissent au moins une méthode d'avortement. Parmi les méthodes d'avortement citées, les *plantes et les décoctions* sont les plus connues. Plus de 64 % des femmes et 58,5 % des hommes interrogés ont déclaré avoir déjà entendu parler de cette méthode (Graphique 4). Derrière les plantes et décoctions, vient le *curetage*. Cette méthode chirurgicale est connue par plus de 55 % des personnes interrogées (56,1 % des femmes et 55,2 % des hommes). Puis, arrivent les *comprimés* (cités par 31,0 % des femmes et 43,3 % des hommes) et les *injections* (18,9 % des femmes et 18,7 % des hommes enquêtés). A ces méthodes, il faut ajouter l'*aspiration*, les *bouteilles écrasées*, les *boissons*, comme le coca-cola et la *sonde*, cités par des proportions des enquêtés variant entre 0 % et 4 % (graphique 4).

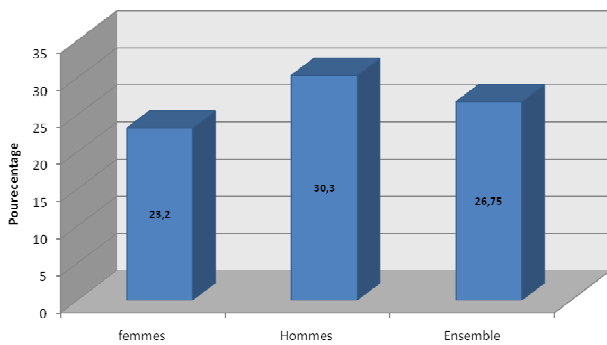
Graphique 4 : Pourcentage d'enquêté(e)s ayant déjà entendu parler de méthodes d'avortement par méthode



Connaissance du statut légal de l'avortement

En Côte d'Ivoire, comme dans de nombreux pays, l'avortement est autorisé uniquement pour protéger la santé physique ou mentale de la femme. De nombreuses personnes ignorent cette loi. Seulement 23,2 % des femmes et 30,3 % des hommes interrogés la connaissaient au moment de l'enquête (Graphique 5).

Graphique 5 : Pourcentage d'enquêté(e)s qui connaissent le statut légal de l'avortement en Côte d'Ivoire



Attitudes des enquêtés à l'égard de l'avortement

L'attitude est un ensemble de signes extérieurs (actes) ou intérieurs (opinions relatives à une question) susceptibles de se traduire dans des actes précis. Selon certains modèles explicatifs du comportement, le comportement d'un individu est directement ou indirectement déterminé par son attitude à l'égard de la réalisation de ce comportement. Il était donc intéressant de collecter et analyser des données sur les attitudes des enquêtés à l'égard de l'avortement. Ainsi, à la question de savoir si les couples devraient avoir le droit d'interrompre une grossesse non désirée, seulement 17,9 % des enquêtés (17,8 % des femmes et 18,2 % des hommes) ont répondu par l'affirmative (tableau 11). De même, la plupart des enquêtés (plus de 80 %) estiment que l'on ne doit pas pouvoir légalement avorter pour des raisons liées au manque ou à l'insuffisance de moyens (matériels, financiers, ...). Les parents, amis et partenaires sexuels des personnes interrogées seraient eux aussi défavorables à la pratique de l'avortement. Seulement 4,2 % des enquêtés pensent que leurs parents approuveraient une décision d'interruption de grossesse non désirée. Pendant que les proportions de ceux d'entre eux qui pensent que leurs amis ou partenaires sexuels approuveraient le recours à l'avortement provoqué varient entre 12% et 16 %. Il convient toutefois de remarquer que les enquêtés sont moins réticent à l'avortement

dans les cas de grossesses résultant de viols, de malformation du fœtus et chez les personnes séropositives au VIH. Plus de deux enquêtés sur cinq (43,5 %) pensent que les femmes devraient avoir le droit d'interrompre les grossesses issues de viols. Pendant que près de 24 % pensent que l'on devrait pouvoir avorter légalement en cas de malformations du fœtus ou lorsque la femme enceinte séropositive au VIH le désire.

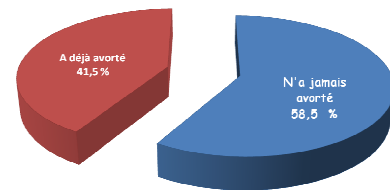
Pratique de l'avortement provoqué en cote d'ivoire

Cette section décrit l'ampleur (prévalence et incidence) du recours à l'avortement en Côte d'Ivoire et présente les conditions dans lesquelles il a lieu, les méthodes utilisées et les motifs. Elle permet aussi d'identifier les facteurs qui influencent le recours à l'avortement provoqué clandestin.

Prévalence de l'avortement provoqué clandestin

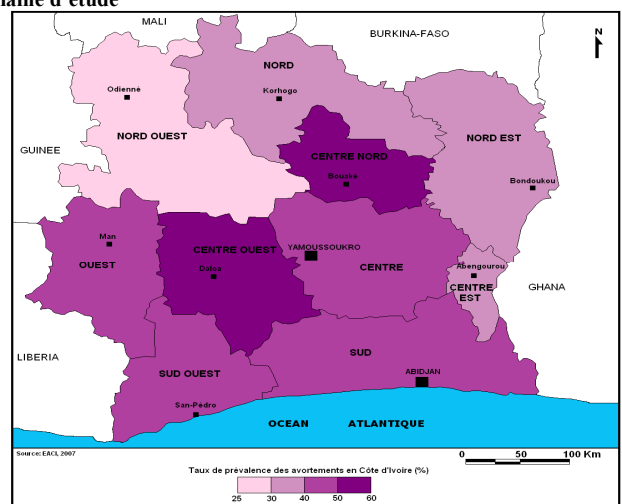
La prévalence des avortements, c'est-à-dire la proportion des femmes ayant déjà avorté permet de mesurer de façon globale la fréquence du phénomène dans une population féminine donnée. Pour l'ensemble des femmes enquêtées qui avaient déjà été soumises au risque d'avorter en contractant une grossesse, elle est égale à 41,5 % (graphique 6). Si la majorité d'entre elles (69,2 %) n'ont avorté qu'une seule fois, une frange non négligeable a connu des avortements à répétition : 20,1 % ont eu deux avortements et 10,7 % au moins trois. Calculée pour l'ensemble des femmes enquêtées, la prévalence de l'avortement provoqué clandestin est de 30,8 %.

Graphique 6 : Prévalence de l'avortement provoqué clandestin



En considérant séparément les différentes strates de l'étude, les données indiquent que la prévalence de l'avortement est plus élevée à Daloa (55,8 %) et à Bouaké (54,7 %). Ensuite, viennent San Pedro (44,3 %), Man (44,0 %) et Abidjan (43,8 %) où les prévalences dépassent celle obtenue pour l'ensemble des femmes enquêtées (Figure 2).

Figure 2 : Prévalence de l'avortement chez les femmes enquêtées selon le domaine d'étude



Incidence de l'avortement provoqué clandestin

L'incidence apparait comme l'un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition de cas d'avortement. Elle a été estimée par le pourcentage de femmes ayant avorté durant les douze derniers mois précédant l'enquête. Les résultats obtenus indiquent que 23,4 % des femmes qui avaient déjà avorté ont eu (au moins) un avortement durant cette période.

Caractéristiques des enquêtés qui recourent à l'avortement.

Lors de l'enquête, des données sur les caractéristiques des enquêtés au moment de l'avortement ont été collectées. L'analyse de ces informations a révélé que l'avortement est beaucoup plus fréquent chez les jeunes de moins de 30 ans, célibataires, sans niveau d'instruction ou de niveau d'instruction primaire ou secondaire 1^{er} cycle qui n'avaient jamais utilisés la contraception avant l'avortement (tableau 2).

Variables	Femmes		Hommes	
	Effectif total (N)	Pourcentage (%)	Effectif total (N)	Pourcentage (%)
Âge au moment du dernier avortement				
10-14	26	2,7	3	0,6
15-19	350	36,1	71	23,1
20-24	258	26,5	86	27,9
25-29	156	16,0	70	22,7
30-34	57	5,9	33	10,7
35-39	27	2,8	17	5,5
40-45	13	1,3	13	4,2
NSP	85	8,7	16	5,2
Niveau d'instruction au dernier avortement				
sans niveau	358	36,8	52	16,8
Primaire	263	27,1	81	26,2
secondaire premier cycle	215	22,1	82	26,5
secondaire second cycle	86	8,8	48	15,5
Supérieur	33	3,4	36	11,7
école coranique	17	1,7	10	3,2
Etat matrimonial au dernier avortement				
Mariée/ union libre	390	40,1	84	27,0
Célibataire	572	58,9	220	70,7
Divorcée/Séparée/Veuve	10	0,9	5	2,3
Utilisation passée de la contraception				
Oui	223	22,9	68	22,0
Non	749	77,1	241	78,0
	972	100,0	309	100,0

Conditions de recours à l'avortement

Les conditions de recours à l'avortement renvoient au lieu de réalisation de l'avortement, à la qualification du prestataire, aux méthodes d'avortement utilisées, aux coûts et à la prise de la décision d'avorter.

Lieu de réalisation des avortements

Plus de la moitié (52,1 %) des femmes interrogées qui avaient déjà avorté ont déclaré que leur dernier avortement a eu lieu à domicile ou chez l'avorteur (se) traditionnel(le). Quand 28,3 % ont déclaré que leur dernier avortement s'est passé dans une clinique privée et 19,6 % dans un centre de santé publique (CHR, CHU, Hôpital, Infirmerie).

Qualification du prestataire

Près de la moitié (49,4 %) des avortements enregistrés ont été effectué avec l'aide d'un avorteur (se) traditionnel(le) ou par la femme elle-même avec ou sans l'aide d'un proche. Les médecins gynécologues et généralistes, quant à eux, sont

intervenus respectivement dans 25,3 % et 7,2 % des avortements. Tandis que les infirmiers, aides soignants, sage femme et pharmaciens ont réalisés 14,6 % des avortements.

Méthodes d'avortement utilisées

Pour avorter les femmes recourent le plus souvent à des plantes ou décoctions (50,1% des avortements enregistrés), au curetage (38,5 %), à des comprimés (12,8 %) ou à des injections (6,4 %).

Décision d'avorter

Plus de la moitié (58,9 %) des femmes interrogées ont déclaré que leur partenaire sexuel était favorable à l'interruption de la grossesse.

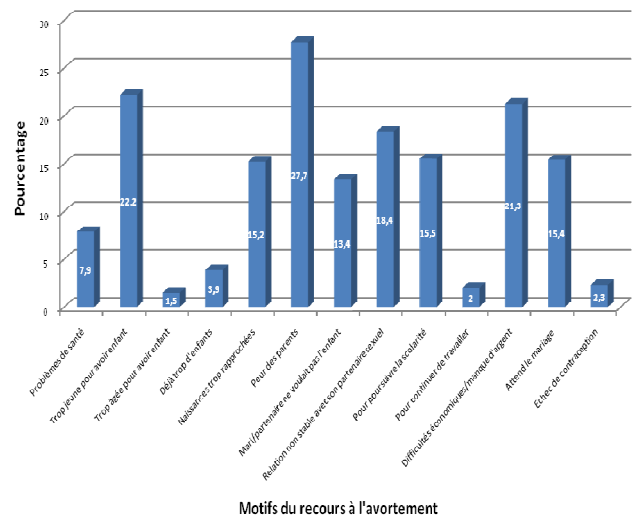
Coût financier de l'avortement

Les résultats obtenus indiquent que 40,6 % des avortements réalisés à domicile ou chez l'avorteur (se) traditionnel(le) ont été fait gratuitement et 41,2 % pour moins de 10 000 FCFA. Ils révèlent également que lorsque l'avortement a eu lieu dans un centre de santé (privée ou publique) son coût est plus élevé. Il se situe fréquemment entre 10 000 FCFA et 50 000 FCFA : Environ 70 % des avortements réalisés dans les centres de santé publique et 73,3 % des avortements réalisés dans les cliniques privées ont été fait pour un coût se situant dans cet intervalle.

Motifs du recours à l'avortement

Le recours à l'avortement est largement dépendant de l'environnement social, familial et économique des femmes. La plupart des femmes interrogées ont déclaré qu'elles avaient avorté par crainte de la réaction de leurs parents ou/et de réprobation de la société (27,7 %), parce qu'elles étaient trop jeune pour avoir un enfant (22,2) et par manque de moyens financiers pour assurer la charge d'un enfant (supplémentaire) (21,3 %) (Graphique 7).

Graphique 7 : Motifs du recours à l'avortement



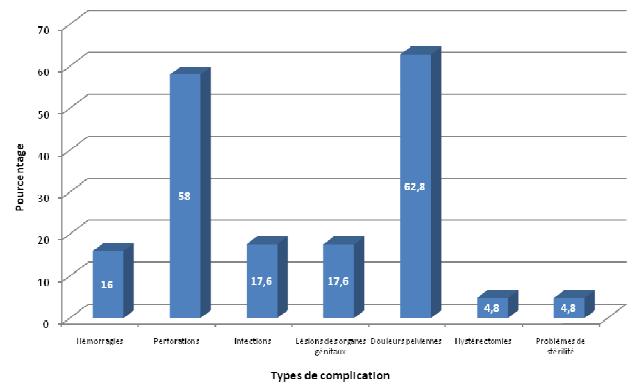
Déterminants du recours à l'avortement

A travers une approche multivariée basée sur le modèle de régression logistique, cinq facteurs ont été identifiés comme étant des déterminants significatifs du recours à l'avortement. Il s'agit de l'âge à la première grossesse, du milieu de résidence, de la fréquentation scolaire, de l'utilisation des méthodes de

contraception et de la connaissance des méthodes d'avortement. Le risque qu'une grossesse contractée entre 10 et 14 ans soit avorté est 5,2 fois plus élevé que celui d'une grossesse contractée après 30 ans. Les femmes qui résident en milieu urbain courent 1,5 fois plus le risque de recourir à l'avortement que celles vivant en milieu rural. Par ailleurs, les femmes qui n'ont jamais été à l'école courent 50 % moins de risque de recourir à l'avortement que les femmes qui ont été à l'école. Tandis que les femmes qui connaissent et utilisent une contraception ont une forte probabilité d'avoir eu un avortement antérieur (tableau 3).

%), les lésions des organes génitaux (17,6 %) et les hémorragies (16 %) (Graphique 8).

Graphique 8 : Types de complications



Ces complications d'avortement sont généralement immédiates et peuvent être très graves, voire causer la mort de la femme. Plus du quart (26,5 %) des personnes interrogées ont déclaré connaître au moins une femme décédée des suites d'un avortement.

Les complications qui ne sont pas immédiates peuvent se traduire par des troubles gynécologiques graves, des fausses couches ou des naissances prématurées, ou encore une stérilité. Environ 26 % des femmes interrogées qui avaient déjà avorté ont déclaré avoir connues après l'avortement une période au cours de laquelle elles cherchaient à contracter une grossesse sans y arriver.

Soins après avortements

Plus de la moitié (58,4 %) des femmes enquêtées qui ont eu des complications d'avortement ne sont pas allées dans un centre de soins moderne. Elles ont eu recours à l'automédication, c'est-à-dire qu'elles se sont soignées elles-mêmes ou ont fait appel aux services d'un tradipraticien. Interrogées sur les raisons qui les ont amenées à ne pas aller dans un centre de santé moderne pour recevoir une meilleure prise en charge médicale, la majorité des femmes concernées ont rapportées que les frais des soins étaient trop élevés et qu'elles n'avaient pas les moyens financiers nécessaires (60,6 %), ou encore qu'elles avaient peur que l'on sache qu'elles ont avorté (56,5 %) (Graphique 9).

Graphique 21 : Raison de non utilisation des centres de santé modernes pour des SAA

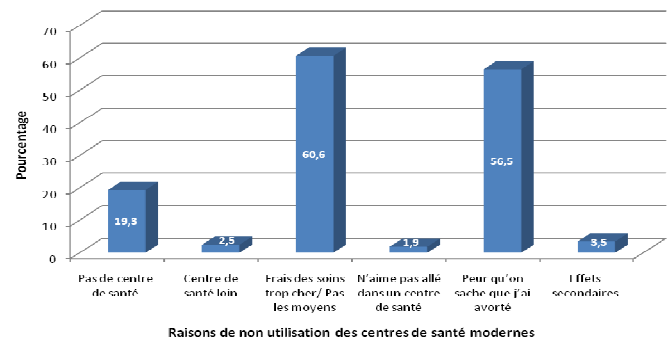


Tableau 15 : Risques relatifs du recours à l'avortement selon certaines caractéristiques. Résultats de régressions logistiques sur le recours à l'avortement (odds ratios)

Variables	Modèles Bivariés (effets bruts)	Modèle complet (effets nets)
Âge à la première grossesse	***	***
10-14	4.0**	5.2***
15-19	3.0**	3.1**
20-24	2.3ns	2.2ns
25-29	2.1ns	1.6ns
30-34 (ref)	1.0	1.0
Ethnie	***	ns
Akan (ref)	1.0	1.0ns
Krou	1.3*	0.9ns
Mandé	0.6***	0.7ns
Gour	0.5***	0.7ns
Etrangères	0.4***	1.0ns
Milieu de résidence	***	
Urbain	1.3***	1.5***
Rural (ref)	1.0	1.0
Département	***	ns
Abidjan (ref)	1.0	1.0
Bouaké	1.6***	2.1*
Abengourou	0.7**	0.9ns
Daloa	1.6***	1.8**
San-pedro	1.0 ns	1.7**
Man	1.0ns	1.1ns
Odienné	0.4***	0.7ns
Yamoussoukro	0.8 ns	0.9ns
Bondoukou	0.4***	1.0ns
Korhogo	0.6***	1.1ns
Religion	***	ns
Musulmane (ref)	1.0	1.0
Catholique	2.0***	1.5*
Protestante	2.1***	1.1ns
Témoins de Jéhovah	2.1ns	1.5 ns
Animiste/traditionnelle	2.6***	3.1**
Pas de religion	2.0***	1.4 ns
Autres religions	2.4***	1.2 ns
Fréquentation scolaire	***	***
Oui (ref)	1.0	1.0
Non	0.4***	0.5***
Connaissance des méthodes de contraception	***	ns
Non (ref)	1.0	1.0
Oui	2.2***	0.8 ns
Utilisation des méthodes de contraception	***	***
Non (ref)	1.0	1.0
Oui	2.0***	1.6***
Connaissance des méthodes d'avortement	***	***
Non (ref)	1.0	1.0
Oui	4.0***	3.5***
Chi2		233.1***
R²		67.62%

Conséquences des avortements et soins après avortement

Lors de l'enquête des données ont été collectées auprès des personnes interrogées sur les complications d'avortements et sur les actions entreprises pour les soins après avortements.

Les complications d'avortement en Côte d'Ivoire

Les résultats obtenus indiquent qu'à la suite d'avortements, 55,8 % des femmes ont eu des complications. Les complications les plus citées sont les douleurs pelviennes chroniques (68,2 %), les perforations (58 %), les infections (17,6

Conclusion et recommandations

En Côte d'Ivoire comme dans beaucoup de pays en voie de développement, le recours à l'avortement provoqué clandestin est récurrent. Plus de deux femmes sur cinq ayant déjà

contractées une grossesse ont déclaré avoir avorté au moins une grossesse. La plupart de ces avortements ont eu lieu avant 30 ans, chez des femmes célibataires, sans niveau d'instruction ou de niveau d'instruction primaire ou secondaire 1^{er} cycle, qui n'avaient jamais utilisés la contraception.

L'étude a montré également que la plupart des avortements sont réalisés à domicile par des avorteur(e)s traditionnel(le)s ou par les femmes elles-mêmes avec des plantes ou décoctions, ou dans des centres de santé (publiques ou privés) où ils sont effectués par curetage par un médecin gynécologue. De plus, dans la majorité des cas, le partenaire sexuel, auteur de la grossesse, est favorable à l'interruption de la grossesse. Les motifs les plus évoqués par les personnes pour justifier le recours à l'avortement sont la crainte de la réaction des parents et/ou de la réprobation de la société, le manque de moyens financiers pour assurer la charge d'un enfant, l'instabilité de la relation avec le partenaire sexuel, la poursuite des études et le besoin d'espace des naissances.

A la suite des avortements, les femmes subissent de graves complications et décèdent parfois. Plus de la moitié (55,8 %) des femmes ont déclaré avoir déjà eu des complications. Les complications les plus fréquentes sont les douleurs pelviennes chroniques, les perforations, les infections, les lésions des organes génitaux et les hémorragies. Lorsqu'elles ont des complications d'avortement, la plupart (58,4 %) des femmes ne se rendent pas dans un centre de santé moderne. Les femmes recourent à l'automédication ou font appel aux services d'un tradipraticien. Soit parce qu'elles trouvent le coût des soins dans les centres de santé modernes trop élevés, alors qu'elles n'ont pas les moyens financiers nécessaires, soit parce qu'elles ont peur que l'on sache qu'elles ont avorté.

Au vu des résultats de l'étude, plusieurs recommandations ont été formulées :

- *Au niveau politique et programmatique*

- ✓ Intensifier la sensibilisation de la population, surtout des jeunes, sur les bienfaits de l'utilisation des services de planification familiale ;
- ✓ veiller à ce que les femmes aient facilement accès à des services de santé de la reproduction de qualité ;
- ✓ intégrer des soins d'urgence pour les complications d'avortements dans tout le système de soins de santé du pays (du poste de santé rural de base au service de référence) ;
- ✓ œuvrer pour que les femmes aient accès à des services d'avortement de qualité respectueux de leurs droits, en commençant par des initiatives visant à lever les obstacles à l'offre de services d'avortement, notamment celles relatives à la législation ;
- ✓ Faire une large diffusion des résultats de la présente étude auprès des institutions étatiques en charge des questions de population, des partenaires au développement et des instituts et centres de recherche.

- *Au niveau scientifique*

- ✓ Reconnaissant que les phénomènes de population sont complexes et que l'avortement est un sujet sensible et difficile à étudier, puisqu'il est proscrit par la société et interdit par la religion, l'on recommande que des études analogues soient réalisées. Celles-ci permettront de mieux comprendre le phénomène ;

- ✓ Conscient de ce que l'approche quantitative utilisée dans cette étude ne permet pas de traduire la diversité des pratiques d'avortement ou d'appréhender directement la multiplicité des logiques et mécanismes à l'œuvre derrière ses différents usages, il est recommandable que des études qualitatives complémentaires soient réalisées. Ces études pourront s'intéresser aux facteurs qui conduisent les personnes, en particuliers les jeunes à ne pas utiliser la contraception pour éviter les grossesses non désirées et à recourir à l'avortement provoqué clandestin ;

- ✓ De plus, pour mieux évaluer les conditions dans lesquelles les avortements sont réalisés et leurs conséquences sur la santé des femmes, des recherches sur le réseau clandestin de l'offre d'avortements provoqué sont nécessaires.

Bibliographie

AGNES Guillaume, (1999), *Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire, rapport d'étude, IRD/ENSEA, Abidjan, 50 p.*

AGNES Guillaume, (2001), *Contraception et avortement: deux modes de régulation de la fécondité à Abidjan (Côte d'Ivoire), communication au XXIV IUSSP General Conférence, Salvador, Brésil, 11 p.*

AGNES Guillaume, Desgrees du Loû, A., Zanou B, Koffi N., (2002), *Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène, Santé de la reproduction en Afrique, ENSEA, FNUAP, IRD, Abidjan, Côte d'Ivoire, p 297-320.*

AGNES Guillaume (2003), *Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990, Population, 32 p.*

AGNES Guillaume (2003), *l'avortement en Afrique, une revue de la littérature des années 1990 à nos jours, CEPED, CD-ROM (Images à lire).*

Agadjanian V. (1998), *"Quasi-legal" abortion services in a sub-Saharan setting: users' profile and motivations in International Family Planning Perspectives, n°24, p. 111-116.*

Alan Guttmacher Institute (1999), *Sharing responsibility women society and abortion worldwide, USA, New York, 66p.*

Bankole et al., (1998), *Reasons Why Women have induced Abortion: Evidence from 27 countries, International Family Planning Perspectives, n°24, p. 117-152.*

Desgrées du Loû et al. (1999), *Contraception et/ou avortement ? Une étude auprès de formations sanitaires d'Abidjan, in Santé de la Reproduction en Afrique, Abidjan, Côte d'Ivoire, 19p.*

F. DGSEE, ORC Macro (Ed.) (2001), *Enquête Démographique et de santé Gabon 2000, USA, Calverton, Maryland, p. 86-98.*

Goyaux N., Yace Soumah F., Wellfens Ekra C., Thonneau P. (1999), *Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast), Contraception, n°60, p. 107-109.*

Huntington D. et al. (1993), *A new approach to eliciting information about induced abortion, Studies in Family Planning, p. 120-124.*

Koffi N. et al., (1994), *La planification familiale dans le département d'Aboisso (Sud-est de la Côte-d'Ivoire), Rapport d'enquête, ENSEA, Abidjan, 137 p.*

Konate M.K. et al (1999), *Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako, CILSS, INSAH, CERPOD, Bamako, 91p.*

Nyong'o D. et Oodit G. (1996), *Tackling unsafe abortion in Mauritius, Planned Parenthood Challenges, p. 35-37.*

Population Council (2001), *Satisfaire les besoins sanitaires des femmes en matière de soins après avortement, synthèse d'un programme, résumé, Dakar, Sénégal, 2p.*

Unité de Recherche Démographique URD (Université du Bénin); Direction Générale de la Statistique; de la Comptabilité Nationale (2001), *Avortement au Togo, Famille, migration et urbanisation au Togo. Résultats de l'enquête quantitative, Lomé, p13.*