A B R É G É

La non-observance du suivi post-avortement est associée à une mauvaise observance contraceptive. L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs associés à la non-observance du suivi précoce post-avortement chez 1 661 femmes ayant obtenu une interruption volontaire de grossesse à la Clinique de Planification des Naissances du Centre Hospitalier de l'Université Laval. En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés au non-retour à la visite de suivi sont le jeune âge, l'usage du tabac, une histoire d'avortements provoqués antérieurs, l'usage de contraceptifs oraux lors de la conception, le fait d'avoir eu un seul partenaire sexuel dans l'année précédente ainsi qu'une durée de gestation avancée lors de l'intervention. Le dépistage de ces femmes permettrait peut-être d'améliorer l'observance du suivi post-avortement ainsi que l'observance contraceptive, et contribuer ainsi à prévenir les avortements à répétition.

A B S T R A C T

Non-compliance to follow-up after an induced abortion is associated with poor compliance to contraception. This study was undertaken to determine which factors are associated with follow-up visit compliance after an induced abortion among 1,661 women who had the operation at the Clinique de Planification des Naissances du Centre Hospitalier de l'Université Laval. Factors associated with non-compliance to follow-up include young age, smoking, previous induced abortion, a single sexual partner during the previous year, the use of oral contraceptives and advanced gestational age at the time of the procedure. Careful screening of these women might improve compliance with follow-up visits and contraception, which could in turn help to prevent repeat abortions.

Les facteurs associés au non-retour à la visite de suivi précoce post-avortement

Innocent Ntaganira, MD, MSc,¹ Marc Germain, MD, PhD,¹
Edith Guilbert, MD, MSc²

Au Québec, le nombre et le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont en augmentation constante depuis 1970, particulièrement chez les moins de 25 ans tandis que l'on observe une stabilisation dans le reste du Canada.¹ De plus, la proportion d'IVG répétées n'a cessé d'augmenter au fil des années tant au Canada qu'au Québec.¹

Si les volets psychologique et contraceptif du suivi post-avortement ont jusqu'ici été explorés de manière extensive, aucune étude n'existe sur les facteurs associés à l'observance de la visite de suivi précoce post-avortement dont le lien avec l'observance contraceptive a été démontré dans quelques études.²⁻⁴ Une meilleure compréhension des facteurs qui déterminent l'observance du suivi lors d'une IVG pourrait sans doute aider à concevoir des stratégies visant à prévenir des grossesses non désirées répétées. Le but de notre étude était donc de caractériser les facteurs de risque de non-retour à la visite de suivi post-avortement.

MÉTHODES

Toutes les femmes qui ont obtenu une IVG à la Clinique de Planification des Naissances (CPN) du Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL) entre le 1^{er} octobre 1993 et le 30 septembre 1994

(n=1 661) ont fait l'objet de la présente étude. La CPN du CHUL, fondée en 1979, est l'une des deux cliniques offrant le service d'avortement dans la grande région de Québec. Ce service est gratuit, sans référence obligatoire et sur demande.

Un rendez-vous pour le suivi post-IVG est fixé le jour de l'avortement et les informations concernant les modalités et l'importance de la visite sont données aux femmes. Ce suivi peut se faire soit à la CPN du CHUL (environ 75 % des femmes), soit par le médecin de famille (un peu moins de 25 %). Dans le cas où le suivi est assuré en dehors de la CPN du CHUL, un formulaire est rempli par le médecin et expédié à la CPN.

Les données informatisées proviennent de trois sources : un questionnaire sociodémographique complété systématiquement par toutes les femmes obtenant une IVG, un questionnaire médical rempli conjointement par les femmes et les infirmières et révisé par le médecin, et un troisième questionnaire sur l'examen physique rempli par les médecins.

Nous avons défini le retour à la visite de suivi post-avortement selon que l'une des modalités de suivi s'est effectuée dans les six semaines suivant la date d'obtention de l'IVG. Les femmes qui se sont présentées à la visite plus de 42 jours après l'IVG et celles qui ne sont jamais revenues ont été considérées non-observantes.

Les variables indépendantes considérées dans l'analyse sont détaillées dans la section des résultats. Des analyses univariées ont été réalisées en confrontant la variable dépendante à chacune des variables indépendantes. Le test Chi-carré de Pearson (ou le Chi-carré de tendance lorsque justifié) a été appliqué pour dégager les facteurs associés sig-

1. Groupe de Recherche en Épidémiologie et Département de Médecine Sociale et Préventive, Université Laval, Québec (Qc)
2. Clinique de Planification des Naissances du Centre Hospitalier de l'Université Laval, Centre de Santé Publique de Québec

Correspondance et demandes de reproduction : Dr Marc Germain, Groupe de Recherche en Épidémiologie, Hôpital du Saint-Sacrement, 1050 chemin Ste-Foy, Québec (QC) G1S 4L8. Tél: 418-682-7390, Télécopieur: 418-682-7949, Courrier électronique: marc.germain@gre.ulaval.ca

nifiquement au non-retour à la visite de suivi. Une analyse de régression logistique⁵ a ensuite été effectuée afin de déterminer les facteurs indépendamment associés au non-retour à la visite de suivi. Les variables indépendantes significativement associées au non-retour en analyse univariée ont toutes été introduites dans un modèle initial. Nous appuyant sur le test de Wald, les variables indépendantes non significatives au seuil de 5 % ont été successivement exclues jusqu'à ce que seules demeurent les variables significatives.

RÉSULTATS

Un peu plus du tiers des femmes (34,5 %) ne se sont pas présentées à la visite de suivi dans les 42 jours suivant la date d'obtention de l'avortement. Elles n'ont donc pas visité la CPN du CHUL et on n'a pas d'évidence qu'elles aient été vues par un autre intervenant médical. Trente-sept femmes (2,2 %) se sont présentées à cette visite au-delà de la période de 42 jours et ont donc été considérées comme non-observantes. Les caractéristiques de ces dernières n'étaient pas différentes de celles qui ne sont jamais revenues, et les résultats des analyses univariées et multivariées sont restés inchangés après leur exclusion.

Comme l'indique le tableau I, la population d'étude est constituée majoritairement de femmes jeunes et bien scolarisées. Bien que la grande majorité des femmes soient célibataires, seulement près du tiers d'entre elles vivent seules tandis qu'une femme sur deux vit avec ses parents ou son conjoint. La majorité des femmes n'ont aucun enfant et plus de trois-quarts des femmes ont les études comme occupation principale ou sont sur le marché du travail. Près de 30 % des femmes ont déjà eu au moins une interruption volontaire de grossesse.

En analyse univariée, le non-retour à la visite de suivi est associé aux variables suivantes : l'âge de la femme au moment de l'avortement, le niveau de scolarité, l'état civil, l'usage du tabac, le nombre de partenaires sexuels dans l'année précédant l'avortement, le nombre d'IVG antérieures, la durée de gestation lors de l'IVG ainsi que le type de méthode contraceptive utilisée lors de la conception. Parmi les autres variables étudiées, non montrées au tableau I, le non-

TABLEAU I
Fréquence de la non-observance à la visite de suivi chez 1 661 femmes ayant obtenu une interruption volontaire de grossesse au Centre Hospitalier de l'Université Laval entre octobre 1993 et septembre 1994 selon certaines caractéristiques démographiques et personnelles

Caractéristiques	N*	(%)	% non-retour	p†
Âge (ans)				
<20	396	(23.8)	37.9	<0.001
20-24	518	(31.2)	40.9	
25-34	575	(34.6)	30.4	
35+	172	(10.4)	20.9	
Scolarité				
Primaire et moins	34	(2.0)	41.2	<0.001
Secondaire	808	(48.7)	37.6	
Collégial	466	(28.1)	36.3	
Universitaire	352	(21.2)	24.4	
Occupation principale				
Études	631	(38.0)	34.7	0.28
Travail	678	(40.9)	32.7	
Maison	350	(21.1)	37.7	
État civil				
Célibataire	1335	(80.4)	37.3	<0.001
Mariée	171	(10.3)	22.2	
Autres	154	(9.3)	24.0	
Type de cohabitation				
Seule	444	(26.8)	36.5	0.49
Avec parent	403	(24.3)	33.8	
Avec conjoint	511	(30.8)	32.3	
Avec d'autres	300	(18.1)	36.3	
Usage du tabac				
Non	763	(45.9)	27.3	<0.001
Oui	898	(54.1)	40.7	
Nombre de partenaires sexuels				
1	914	(55.0)	35.0	0.04
2	462	(27.8)	30.5	
3+	285	(17.2)	39.3	
Nombre d'IVG antérieures				
0	1182	(71.2)	30.5	<0.001
1	339	(20.4)	41.9	
2+	140	(8.4)	50.0	
Durée de gestation lors de l'IVG				
< 13 semaines	1524	(91.8)	33.1	<0.001
13+ semaines	137	(8.2)	49.6	
Parité				
Aucun enfant	1095	(65.9)	34.2	0.47
Un enfant	275	(16.6)	38.2	
Deux enfants	212	(12.8)	33.0	
Trois et plus	79	(4.7)	30.4	
Méthode contraceptive à l'échec				
Aucune	166	(10.0)	33.1	<0.001
Condom/diaphragme/				
cape cervicale	608	(36.7)	35.5	
Contraceptifs oraux	160	(9.7)	53.1	
Calendrier/symptothermique/				
glaire	642	(38.7)	29.4	
Autres	82	(4.9)	30.5	

* La différence entre le total de chacune des catégories et 1 661 correspond aux valeurs manquantes.

† Valeur p associée au Chi-carré de Pearson ou au test de tendance lorsque justifié.

retour était aussi associé au mode de référence (aucune, clinique privée, hôpital; $p = 0,01$), au nombre de grossesses ($p = 0,01$) et à l'âge aux premières relations

sexuelles ($p < 0,001$). Cependant, le non-retour n'était pas associé au lieu de résidence, ni aux antécédents de maladies sexuellement transmissibles. En analyse multivariée, les fac-

TABLEAU II
Analyse multivariée par régression logistique montrant l'association entre certains facteurs et l'observance au suivi chez les femmes qui ont obtenu une interruption volontaire de grossesse à la Clinique de Planification des Naissances du Centre Hospitalier de l'Université Laval entre octobre 1993 et septembre 1994

Caractéristiques	Rapport de cotes	Intervalle de confiance (95 %)
Âge (ans)		
35+*	1.0	-
25-34	1.4	0.9-2.2
20-24	2.6	1.6-4.0
< 20	2.5	1.6-4.0
Nombre de partenaires sexuels		
1*	1.0	-
2	0.7	0.5-0.9
3+	0.9	0.7-1.2
Usage du tabac		
Non*	1.0	-
Oui	1.8	1.4-2.2
Durée de gestation		
<13 semaines*	1.0	-
13+ semaines	1.9	1.1-2.8
Avortements provoqués antérieurs		
0*	1.0	-
1	1.8	1.4-2.4
2+	2.4	1.6-3.5
Contraception lors de la conception		
Aucune*	1.0	-
Contraceptifs oraux	2.0	1.3-2.8
Condom/diaphragme/		
cape cervicale	1.1	0.9-1.5
Calendrier/symptothermique/glaire	1.0	0.6-1.7
Autres	1.0	0.7-1.5

* Catégorie de référence

teurs qui demeurent indépendamment associés à la non-observance de la visite précoce post-avortement sont ceux indiqués au tableau II. Nous avons analysé la performance de notre modèle multivarié pour prédire la non-observance. Lorsque la sensibilité est fixée à 78 %, la spécificité du modèle est de 42 %, et les valeurs prédictives positive et négative sont respectivement de 41 % et 78 %.

DISCUSSION

La population de cette étude est majoritairement constituée de femmes jeunes, célibataires, scolarisées, étudiantes ou sur le marché du travail, et sans enfant. Ce profil est comparable à celui décrit par Statistique Canada en ce qui concerne les caractéristiques démographiques des Canadiennes ayant obtenu un avortement de 1975 à 1993.¹

Aucune étude n'existe à notre connaissance sur les facteurs associés à l'observance

du suivi précoce post-avortement. Nous avons émis comme hypothèse que ces facteurs étaient semblables à ceux expliquant la non-observance contraceptive en post-avortement. Le jeune âge est le facteur auquel est associé le plus grand risque de non-retour à la visite de suivi précoce post-avortement. Les plus jeunes, comparées aux plus âgées, ont moins l'habitude de résoudre les problèmes, comme l'a montré l'étude de Balassone⁶ sur les facteurs associés à l'observance contraceptive, ce qui expliquerait peut-être leur difficulté à se présenter à la consultation précoce en post-avortement et à en comprendre l'importance. Evans et al.⁷ avaient également trouvé que la non-utilisation de méthodes contraceptives efficaces dans le post-avortement était significativement plus élevée chez les très jeunes adolescentes. Dans l'étude de Scher et al.⁸ et dans celle de Sonenstein⁹ faites auprès de populations d'adolescentes, le très jeune âge est l'un des

facteurs importants associés à la non-observance des contraceptifs oraux.

L'usage de la cigarette, une histoire d'avortements provoqués répétés, une durée de gestation élevée lors de l'avortement, sont tous des facteurs pouvant témoigner d'individus ayant des comportements à risque. Dans une étude sur le comportement contraceptif effectuée auprès des adolescentes fréquentant une clinique scolaire, la prise de risque, incluant l'usage de la cigarette, était significativement associée avec le fait d'être sexuellement actif et était négativement associée à la fréquence de l'utilisation contraceptive.¹⁰ Cette étude, ainsi que celles de Metzler et al.¹¹ et de Burge et al.,¹² ont aussi démontré une forte corrélation entre les comportements à risque étudiés. Dans l'étude de Westfall et al.,¹³ 34 % des femmes ayant eu des avortements répétés ont déclaré ne pas avoir bénéficié de suivi médical après leur dernier avortement. Nous pensons que les femmes non observantes de la visite de suivi précoce ont un profil de femmes à risque pour d'autres comportements comme l'usage de la cigarette, le recours à des IVG répétés, la durée de gestation élevée ainsi que d'autres comportements non colligés dans la banque de données. En ce sens, certains facteurs identifiés comme étant associés à la non-observance n'indiquent donc pas un lien causal direct, mais doivent plutôt être interprétés comme des marqueurs de ce profil de comportement. Cette hypothèse reste évidemment à vérifier.

Les femmes qui utilisaient des contraceptifs oraux lors de la conception sont moins observantes du suivi que celles qui utilisaient d'autres méthodes contraceptives ou celles qui n'utilisaient aucune méthode. Il est possible que la grossesse ait été le résultat d'un échec contraceptif chez des femmes peu observantes des contraceptifs oraux et donc aussi peu observantes du suivi. Il est aussi possible que les femmes utilisant les contraceptifs oraux soient retournées voir leur médecin de famille pour les prescriptions ultérieures, sans que l'information sur l'observance du suivi ne soit acheminée à la CPN du CHUL.

Le fait d'avoir eu deux partenaires sexuels dans l'année précédant l'avortement semble avoir un effet "protecteur" par rap-

port au risque de non-retour, comparativement aux femmes n'ayant eu qu'un seul partenaire ou plus de deux partenaires. Ces derniers résultats s'inscrivent en faux par rapport à ceux des études de Litt et al.¹⁴ et du CDC¹⁵ qui avaient trouvé que les adolescentes avec partenaires sexuels multiples étaient moins observantes de la contraception. D'une part, il peut y avoir eu sous-déclaration du nombre de partenaires par les femmes qui en avaient eu plusieurs. D'autre part, il est possible que les femmes ayant eu un seul partenaire se sentent moins à risque de complications (infectieuses entre autres) et donc moins nécessitées du suivi post-avortement. En avançant ces hypothèses, notons malgré tout la possibilité qu'il s'agit là d'un résultat attribuable au hasard, puisque l'association observée est à la limite de la signification statistique, et que par ailleurs on n'observe pas la même tendance chez les femmes ayant eu trois partenaires ou plus.

Notre étude a quelques limites dont il faut discuter : les facteurs considérés sont des facteurs socio-démographiques, sexuels et contraceptifs qui sont loin d'être exhaustifs pour pouvoir expliquer le non-retour à la visite de suivi post-avortement. En effet, il y a lieu de penser que d'autres facteurs liés à l'accessibilité des services, à l'état psychologique et émotionnel de la femme en rapport avec son expérience d'avortement, à la qualité des services, à la connaissance de l'importance de la visite de suivi, peuvent intervenir et influencer la prise de décision des femmes à reconsulter pour un suivi. Ces facteurs n'ont pas été explorés dans la présente étude.

Enfin, la variable dépendante pourrait être sujette à un biais de classification étant donné que certaines femmes ont pu consulter leur médecin de famille dans les 42 jours suivant un avortement sans que la clinique en soit avisée. Cependant, rien ne

suggère que ce biais soit survenu de façon différentielle selon les différents facteurs étudiés. En conséquence, cette erreur de classification ne peut que diminuer la force des associations observées.

Les résultats de notre étude suggèrent que certaines mesures de santé publique devraient être envisagées à l'égard des femmes à plus haut risque de non-retour à la visite de suivi post-avortement. Les performances de notre modèle prédictif ne sont certes pas idéales mais elles laissent entrevoir la possibilité de développer et valider de meilleurs outils de prédiction basés sur l'évaluation de quelques critères simples. Les femmes à haut risque de non-retour pourraient par exemple bénéficier d'une plus grande attention lors des consultations précédant l'intervention. Des programmes de relance efficaces visant principalement ces femmes pourraient aussi être envisagés. On pourrait s'inspirer de quelques stratégies de relance qui se sont révélées efficaces dans d'autres domaines (vaccination, traitement prolongé aux antibiotiques, contraception) : lettres de rappel, appels téléphoniques, motivations diverses, faire coïncider les rendez-vous avec des moments particuliers susceptibles d'améliorer la souvenance de la date de rendez-vous.¹⁶⁻¹⁹ Une meilleure observance de la visite de suivi post-avortement permettrait vraisemblablement d'améliorer l'observance contraceptive et diminuer ainsi le taux d'IVG répétées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Statistiques Canada. Les avortements thérapeutiques, No. de publication 82-219, 1993.
2. Courtland Robinson J, Plichta S, Weisman CS, et al. Dysmenorrhea and use of contraceptive in adolescent women attending a family planning clinic. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:578-83.
3. Weisman CS, Plichta S, Nathanson CA, et al. Adolescent women's contraceptive decision making. *J Health Soc Behav* 1991;32:130-44.
4. Durant RH, Jay S, Seymore C. Contraceptive and sexual behavior of black female adolescents. *J Adolesc Health Care* 1990;11:326-34.
5. Breslow NE, Day NE. Statistical methods in cancer research. Volume I. The analysis of case-control studies. IARC scientific publications No. 32, Lyon: 1980.
6. Balassone ML. Risk of contraceptive discontinuation among adolescents. *J Adolesc Health Care* 1989;10:527-33.
7. Evans JR, Selstad G, Welcher WH. Teenagers fertility control behaviour before and after abortion, childbearing or negative pregnancy test. *Fam Plan Perspect* 1976;8:192-200.
8. Scher PW, Emans SJ, Grace EM. Factors associated with compliance to oral contraceptive use in an adolescent population. *J Adolesc Health Care* 1982;3:120-23.
9. Sonenstein FL. Risking paternity: Sex and contraception among adolescent males, dans: A. Elster et M. Lamb, *Adolescent Fatherhood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986;31-54.
10. Galavotti C, Lovick SR. School-based clinic use and other factors affecting adolescent contraceptive behavior. *J Adolesc Health Care* 1989;10:506-12.
11. Metzler CW, Noell J, Biglan A. The validation of a construct of high-risk sexual behavior in heterosexual adolescents. *J Adolesc Res* 1992;7:233-49.
12. Burge V, Felts M, Chenier T, Parillo VA. Drug use, sexual activity, and suicidal behavior in U.S. high school students. *J School Health* 1995;65:222-27.
13. Westfall MJ, Kallail JK. Repeat abortion and use of primary care health services. *Fam Plan Perspect* 1995;27:162-65.
14. Litt IF, Cuskey WR, Rudd S. Identifying adolescents at risk for noncompliance with contraceptive therapy. *J Pediatr* 1980;96:742-45.
15. Centers for Disease Control. Sexual behavior among high school students-United States. *MMWR* 1990;40:885-88.
16. Rainey DY, Parsons LH, Kenney PG, Krowchuk DP. Compliance with return appointments for reproductive health care among adolescent non-plant users. *J Adolesc Health Care* 1995;16:385-88.
17. Finney JW, Friman PC, Ropoff MA, et al. Improving compliance with antibiotic regimen for otitis media. *Am J Dis Child* 1985;139:89-95.
18. Byrne EB, Scheffer W, Dini EF, et al. Infant immunization surveillance: Cost versus effect. A prospective, controlled evaluation of a large scale program in Rhode Island. *JAMA* 1970;212:770-73.
19. Young SA, Helpin TJ, Johnson DA, et al. Effectiveness of a mailed reminder on the immunization levels of infants at high risk of failure to complete immunization. *Am J Public Health* 1980;70:422-24.

Reçu : 9 janvier 1997

Accepté : 8 mai 1997