

Caractéristiques de 2829 femmes ayant obtenu un avortement à la clinique de planification des naissances du Centre hospitalier de l'Université Laval

Édith GUILBERT

*Département de santé communautaire
Centre hospitalier de l'Université Laval*

INTRODUCTION

La grossesse indésirée constitue un problème social important. À titre d'indication, il s'est effectué au Canada, en 1988, 66 251 avortements¹ connus, ce qui correspond à un taux de 10,6 avortements pour 1 000 femmes de 15-44 ans et à un ratio de 176 avortements pour 1 000 naissances vivantes (1). Au Québec, la même année, le nombre d'avortements répertoriés était de 17 480, soit un taux de 10,5/1000 femmes de 15-44 ans et un ratio de 202/1000 naissances vivantes (2). Dans tout le pays, le nombre d'avortements a augmenté de 1970 à 1978 et s'est stabilisé par la suite; au Québec, par contre, le nombre et le taux d'avortements sont en augmentation constante depuis 1970, particulièrement chez les moins de 25 ans (1,2).

1. Dans cet article, le terme « avortement » désigne essentiellement l'avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse.

Outre les renseignements sociodémographiques produits par Statistique Canada ou par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les caractéristiques des femmes qui obtiennent des avortements au Québec et au Canada sont mal connues. La clandestinité dans laquelle ces avortements ont été vécus pendant de nombreuses années a favorisé l'ignorance de la population à l'égard des femmes aux prises avec cette expérience et a constitué l'un des facteurs de leur ostracisation. L'effort de légalisation de l'avortement au Canada en 1969 a permis qu'un réseau de services d'avortement se structure et ce, particulièrement au Québec. Ces services, dont le nombre, la répartition et la nature diffèrent d'une province ou d'une région à l'autre (3,4), sont toutefois, maintenant, plus en mesure que les services clandestins, de permettre la collecte de renseignements sur la population de femmes qui les consultent.

La présente étude a pour but de décrire les caractéristiques sociodémographiques, psychosociales, liées à la reproduction, liées à la sexualité, médicales, contraceptives et autres des femmes obtenant un avortement à la Clinique de planification des naissances (CPN) du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL).

OBJECTIF ET MÉTHODOLOGIE

La population étudiée a consisté en la totalité des femmes (N = 2830) ayant obtenu un avortement à la CPN du CHUL entre le 6 septembre 1988 et le 11 mai 1990 (20 mois). Une seule femme a été exclue de l'analyse puisqu'elle avait eu son avortement au bloc opératoire et que son dossier était incomplet.

La CPN du CHUL, fondée en 1979, est l'un des deux services d'avortement de la grande région de Québec (régions 03 et 12). L'avortement y est offert sur demande, avec la technique d'aspiration-curetage avec ou sans évacuation, sous anesthésie locale et jusqu'à 16 semaines de gestation. Au-delà de cet âge gestationnel, les femmes doivent s'adresser à d'autres cliniques, à Montréal ou à Sherbrooke. On estime à plus de 2500 le nombre de femmes ayant recours à l'avortement dans la grande région de Québec. La CPN du CHUL reçoit plus de 1800 demandes d'avortement par année et constitue la seconde ressource d'importance en matière d'avortements pratiqués dans la province de Québec, après l'hôpital Général de Montréal (3).

Le mode de collecte de données fut diversifié, principalement en raison du type d'intervention réalisé dans cette clinique. En effet, lorsqu'une femme prend un rendez-vous pour une demande d'avortement, elle rencontre tout d'abord une équipe multidisciplinaire constituée d'une infirmière, d'un médecin et d'une travailleuse sociale. Dans la même journée ou quelques jours plus tard, elle obtient l'avortement et revient au bout de trois semaines pour une visite de contrôle. Lors de la première visite, les informations sociodémographiques sont colligées à l'aide d'un autoquestionnaire et les données relatives à la reproduction, la sexualité, les maladies transmises sexuellement, les habitudes de vie sont recueillies par les infirmières. Les informations de nature médicale sont consignées au dossier par les infirmières et les médecins avant, pendant et après l'avortement, tandis que les données de nature psychosociale proviennent des entrevues réalisées par les travailleuses sociales. Les données sont ensuite stockées dans une banque informatisée (D-Base III Plus) par une assistante de recherche.

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel statistique SAS (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina). Elles sont présentées sous forme de fréquences simples. Quelques variables ont fait l'objet d'analyses univariées, lesquelles sont mentionnées le cas échéant.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

On constate que plus d'une femme sur cinq a moins de 20 ans et près de 80 % ont moins de 30 ans (Tableaux I et II). Cette distribution est tout à fait comparable à celle des femmes avortées du Québec et du Canada (1). La distribution en pourcentage des femmes obtenant un avortement au CHUL selon la situation de famille, présentée aux tableaux I et III, montre que la plupart sont célibataires (78,8 %) et ce, dans une proportion supérieure à celles du Québec et du Canada (1), reflétant probablement la présence de plusieurs établissements scolaires (écoles secondaires, cégeps et Université Laval) à proximité du CHUL. La situation de famille mise à part, on peut dire que la majorité des femmes (83,2 %) vivent avec d'autres personnes, principalement leurs parents ou leur conjoint. Quatorze virgule un pour cent d'entre elles vivent en situation de monoparentalité. Près de 70 % des femmes ayant obtenu un avortement

au CHUL n'ont pas d'enfant à charge. Celles qui en ont sont responsables surtout de un ou deux enfants. Les femmes ayant obtenu un avortement au CHUL ont une scolarité plutôt élevée, puisque plus du quart ont atteint le niveau universitaire et que plus de 50 % ont terminé leurs études secondaires. Plus de la moitié des femmes sont sur le marché du travail et 34 % sont étudiantes. La majorité des femmes résident à proximité du CHUL. Deux femmes sur cinq viennent d'en dehors de la région limitrophe de Québec et une sur cinq provient d'une autre région que les régions 03 et 12. En général, les femmes consultent la CPN du CHUL de leur propre chef (38,2 %) ou bien elles y sont dirigées par leur médecin de famille (23,3 %). Les organismes du réseau des affaires sociales participent peu en ce sens.

Caractéristiques psychosociales

La majorité des femmes (96,5 %) obtiennent leur avortement pour des raisons psychosociales (Tableau IV). Un très petit groupe de femmes mentionnent que des problèmes médicaux sont responsables, en totalité ou en partie, de leur choix d'avortement. Une femme sur 20 présentait un problème d'ambivalence quant à son choix face à la grossesse, à la fin de l'entrevue psychosociale préavortement. Selon ces données, l'ambivalence constitue un facteur de risque d'obtention d'avortement du deuxième trimestre. Elle n'est associée à aucune autre variable, sauf le soutien de l'entourage au moment de l'avortement. Les femmes qui se sentent peu soutenues sont statistiquement plus susceptibles d'être ambivalentes face à l'issue de la grossesse.

Une relation affective significative avec un partenaire sexuel régulier était notée chez 70,1 % de la clientèle. Cette relation était considérée comme significative si la femme la jugeait influente ou importante sur les plans émotionnel ou psychologique. Le partenaire sexuel régulier pouvait être ou non le partenaire de grossesse, que la relation soit récente ou non.

Le soutien de l'entourage, caractérisé par la présence d'une personne significative avec laquelle la femme peut échanger sur son problème de grossesse indésirée, est présent dans 92,9 % des cas. Il diminue avec l'âge et à mesure que la scolarité s'élève, et ce, de façon significative.

Certaines femmes rapportent avoir déjà été en psychothérapie (13,5 %), tandis que d'autres le sont au moment de l'avortement (4,0 %).

Presque une femme sur 10 mentionne avoir eu un ou des contacts avec la Direction de la protection de la jeunesse dans le passé, principalement les femmes de moins de 25 ans. Ces derniers résultats sont à interpréter avec précaution, car les renseignements sur ces variables sont susceptibles de manquer de fiabilité.

Caractéristiques liées à la reproduction

Selon le tableau V, on constate qu'un peu plus de la moitié des femmes (51,0 %) n'ont jamais été enceintes; elles représentent la majorité des nullipares de la population étudiée. La proportion de nullipares au CHUL est beaucoup plus élevée que celles rapportées par Statistique Canada pour le Québec et le Canada (Tableau VI). Elle est compatible avec le fait que la population étudiée est surreprésentée en célibataires. La plupart des femmes de notre échantillon (75,2 %) obtiennent un premier avortement, soit une proportion semblable à celles du Québec et du Canada (Tableau VII). Une femme sur quatre a déjà obtenu un avortement et une sur 20 en est à son troisième ou plus.

Près de 90 % des femmes avortées au CHUL obtiennent leur avortement avant 13 semaines de gestation (Tableau V). Ceci correspond sensiblement aux proportions retrouvées au Québec et au Canada (Tableau VIII) et est essentiellement lié au fait que cette clinique rend principalement le service d'avortement du premier trimestre. Notons, cependant, que la proportion de femmes ayant obtenu un avortement au CHUL à moins de 9 semaines de gestation est beaucoup plus faible que celles de Statistique Canada pour le Québec et le Canada. La raison principale en est le délai engendré par les difficultés d'accessibilité. Cette raison est aussi évoquée, en plus de facteurs inhérents à la clientèle, pour expliquer la proportion d'avortements de 13-16 semaines, légèrement supérieure au CHUL comparativement au Québec et au Canada.

Caractéristiques liées à la sexualité

Sur le plan sexuel, si l'on compare les femmes de plus de 40 ans à celles de moins de 20 ans, on constate que l'âge moyen à la première relation sexuelle (coïtale) a diminué de six ans. Ainsi, les femmes de moins de 20 ans ont eu leur première relation sexuelle à 15,4 ans (Tableau IX) tandis que les 64 femmes de 15 ans et moins ayant obtenu leur avortement au

CHUL, avaient un âge moyen à la première relation sexuelle de 13,8 ans.

Le nombre de partenaires sexuels dans l'année précédant l'avortement est d'un seul, dans 60,1 % des cas (Tableau V). Près de 40 % des femmes ont changé au moins une fois de partenaire sexuel durant cette année.

Plus d'une femme sur cinq (22,2 %) rapporte avoir déjà eu une maladie transmise sexuellement, l'infection à chlamydia étant la plus fréquente (11,5 %). Une infection pelvienne antérieure, confirmée par laparoscopie ou traitée par voie intraveineuse, est rapportée par 4,2 % des femmes. Lors de la consultation précédant l'avortement, 5,4 % des femmes ont eu un diagnostic de cervicite à chlamydia, confirmé par le chlamydiazyme et on a découvert des cellules condylomateuses dans 3,2 % des cas à la cytologie. Une seule femme sidéenne connue a obtenu un avortement dans cet échantillon.

Tabagisme

Plus de la moitié des femmes (53,7 %) sont fumeuses (Tableau V).

Caractéristiques médicales

L'utilisation de certaines techniques, comme l'insertion de tige(s) laminaire(s) avant l'avortement (pour dilater le col de l'utérus et prévenir les déchirures) ou l'antibioprophylaxie de l'infection pelvienne (pour prévenir les infections pelviennes après l'avortement), est réservée à des clientèles cibles préétablies (5). Les tiges laminaires sont installées principalement chez des femmes dont la gestation est avancée ou celles qui sont nullipares (en tout, 58,4 % des femmes) (Tableau V). L'antibioprophylaxie de l'infection pelvienne (Vibramycine 100 mg un comprimé, 1/2 heure avant et 2 comprimés, 1 heure après l'avortement) est donnée aux femmes nullipares qui ont eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année précédant l'avortement et aux femmes ayant déjà eu une maladie transmise sexuellement (gonorrhée, chlamydia) ou une infection pelvienne (en tout, 36,9 % des femmes).

Des complications immédiates de l'avortement sont retrouvées chez 0,8 % des femmes. Les complications retardées (entre 24 heures et un

mois après l'avortement) et tardives (plus d'un mois après l'avortement) sont rapportées chez 2,6 % des femmes. La proportion de femmes qui se présentent pour un contrôle médical trois semaines ou plus après l'avortement est de 72,7 % (Tableau V).

Caractéristiques contraceptives

Sur le plan contraceptif, 98,6 % des femmes ont déjà utilisé une méthode contraceptive dans le passé (Tableau X). Les méthodes les plus souvent utilisées antérieurement sont les contraceptifs oraux (81,8 %), les condoms (63,1 %), et la méthode Ogino-Knauss (37,2 %).

Lors de la conception ou dans les trois mois qui précèdent la conception, 80,3 % des femmes utilisaient une méthode contraceptive. Les principales méthodes auxquelles les femmes ont subi un échec sont les condoms (46,8 %), le plus souvent parce que mal ou irrégulièrement utilisés, la méthode Ogino-Knauss (38,8 %), le coït interrompu (14,0 %) et les contraceptifs oraux (11,8 %), pour les mêmes raisons. Les 19,7 % de femmes n'utilisant pas de contraception lors de la conception ou dans les mois qui précèdent se retrouvent chez les moins de 25 ans et les 30-34 ans et chez les femmes peu scolarisées.

Lors de leur départ de la clinique et après avoir rencontré l'infirmière et le médecin, 99,2 % des femmes ont choisi une méthode contraceptive (Tableau XII). Dans 60 % des cas, il s'agit des contraceptifs oraux; environ 25 % des femmes optent pour les condoms en association avec un spermicide et 24 % disent qu'elles se feront poser un stérilet ou recourront à une stérilisation (ligature de trompes ou vasectomie).

DISCUSSION

Quoique la population de femmes décrite dans cette étude ne soit pas le reflet exact des Québécoises obtenant un avortement, elle représente toutefois les trois quarts des femmes qui obtiennent un avortement dans la grande région de Québec. Leur portrait peut être succinctement résumé comme suit : il s'agit de femmes jeunes, célibataires, assez scolarisées, vivant plutôt avec d'autres personnes (principalement parents ou conjoint), sans enfant, et aux études ou sur le marché du travail. Dans ce sens, elles ont un profil similaire aux femmes qui obtiennent un

avortement dans les pays industrialisés occidentaux (6-20). L'avortement constitue pour elles un moyen de retarder la maternité alors qu'il sert davantage à en limiter le nombre pour les femmes des pays de l'Est (7,10).

Plus de la moitié des femmes qui ont obtenu un avortement au CHUL ont moins de 25 ans. Plus d'une femme sur quatre a moins de 20 ans. C'est donc dire que la grossesse indésirée touche des cohortes de femmes très jeunes. Les 18-19 ans constituent le groupe le plus à risque d'avortement aux États-Unis et dans la majorité des pays de langue anglaise (1,7,10). En Europe, c'est plutôt le groupe des 20-24 ans qui est le plus à risque (6,7,9,10). Au Québec, ces deux groupes sont d'égale importance (2).

Selon Tietze et Henshaw, la tendance récente, dans les pays occidentaux, à observer des taux d'avortement plus élevés chez des femmes de plus en plus jeunes est probablement due à une plus grande accessibilité des techniques de stérilisation pour les femmes plus âgées (8,10). La concentration de taux plus élevés chez les 18-19 ans est aussi un indicateur du comportement sexuel et contraceptif des adolescents, de la tolérance sociale à l'égard des grossesses chez les très jeunes femmes et de l'utilisation de contraception chez les femmes adultes (10). Au Québec, l'augmentation du taux de grossesse à l'adolescence de 1980 à 1988, particulièrement chez les très jeunes adolescentes, a contribué à l'élévation du taux d'avortement à cet âge (2,21,23). Plusieurs publications font l'objet de recommandations quant à ce phénomène et soulignent qu'il est impérieux d'intervenir (21-23).

Parmi les éléments rapportés dans cette étude, le type de cohabitation éclaire sur les conditions de vie des femmes. Il est intéressant de constater qu'environ 14 % des femmes qui ont obtenu un avortement au CHUL vivent en situation de monoparentalité. Au Canada et au Québec, en 1986, on rapporte des taux officiels de monoparentalité de 14,5 % et 14,4 %, respectivement (24); si l'on tient compte de l'âge des femmes, il est possible que la monoparentalité favorise le choix d'avortement dans un cas de grossesse indésirée, ces femmes n'ayant pas le soutien socio-économique nécessaire à l'agrandissement de leur famille.

Un autre groupe présentant un intérêt particulier est celui des femmes non mariées vivant en cohabitation. Elles correspondent à 18,8 % de l'échantillon total, soit une proportion plus importante que celle retrouvée dans l'échantillon de femmes de 18-34 ans au Québec en 1984 (11,6 %), dans l'Enquête sur la fécondité au Canada rapportée par Dandurand (24). Dans leur étude, Henshaw et Silverman (1988)

retrouvent une proportion statistiquement plus élevée de femmes qui vivent en cohabitation dans celles qui se font avorter que dans la population américaine générale (20). Ce groupe étant en croissance dans notre société (25), on peut se demander s'il n'a pas un effet négatif sur la fécondité de la population, la situation de cohabitation étant insuffisamment sécurisante pour assurer le développement de la famille. Des recherches sur ce sujet apporteraient certainement des réponses à notre interrogation.

En ce qui a trait à la durée de gestation lors de l'avortement, on a évoqué le fait que les difficultés d'accessibilité dans la région métropolitaine de Québec provoquaient un délai dans l'obtention de l'avortement. En effet, très peu de femmes peuvent obtenir leur avortement au CHUL avant neuf semaines de gestation et plus de 10 % obtiennent un avortement du deuxième trimestre.

Il est bien connu que plus l'avortement est obtenu tardivement, plus sa morbidité augmente : ainsi le délai d'un avortement de 8 à 16 semaines augmente le risque de complications majeures de 300 à 1 300 %, selon la technique utilisée (26). Les avortements pratiqués au deuxième trimestre sont associés à une morbidité psychologique plus élevée (27-29). Les services d'avortement tardif sont aussi beaucoup moins accessibles que ceux du premier trimestre (3,4,7,30). Enfin, Rochon (1989) note au Québec que la proportion d'avortements tardifs a augmenté de 1980 à 1987 et que la proportion d'avortement effectué à plus de 14 semaines de gestation (5 ou 6 % en 1987) était de l'ordre du double chez les adolescentes de moins de 18 ans (2). Or, la littérature scientifique sur le délai d'obtention de l'avortement n'est pas abondante et est caractérisée par de nombreux biais méthodologiques (31). De surcroît, toutes les études existantes sont britanniques ou américaines et datent, en général, du début des années 70 selon cet auteur. Pour mieux comprendre ce phénomène, il y aurait lieu d'entreprendre des études visant à en déterminer les facteurs de risque. Ces études pourraient conduire à l'élaboration de stratégies favorisant une consultation précoce des femmes. L'amélioration de l'accessibilité des services d'avortement est, quoiqu'il en soit, une solution pressante et évidente.

La proportion de femmes obtenant un avortement au CHUL et ayant déjà subi un ou plusieurs avortements provoqués antérieurs est de 24,8 %, c'est-à-dire comparable à celle des pays de langue anglaise en général, et inférieure à celle des États-Unis (40,5 % en 1985) (7). Les proportions d'avortements répétés ont augmenté rapidement après la légalisation de l'avortement dans les différents pays (7,32). Ainsi, au

Canada, cette proportion a doublé de 1974 à 1976 (33). On explique cet accroissement par le fait qu'immédiatement après l'adoption de lois plus permissives sur l'avortement, le nombre de femmes recourant à un premier avortement a augmenté et que celles-ci, sexuellement actives, soient à risque d'une grossesse indésirée ultérieure (7,10,32). Selon ces mêmes auteurs, d'autres éléments concourent aussi à augmenter la proportion d'avortements répétés : d'une part, plus le temps d'exposition d'une femme avortée au risque de grossesse est long, plus elle risque d'être aux prises avec une nouvelle grossesse indésirée; d'autre part, plus les femmes osent dévoiler leurs histoires antérieures, plus les chiffres d'avortements répétés s'élèvent (7,10,32,34).

L'avortement répété est un phénomène complexe, tant dans son analyse que dans les questions qu'il soulève. Les femmes qui vivent cette situation semblent former un groupe extrêmement hétérogène que les études existantes n'ont pas encore réussi à décrire avec exactitude (32,35). Elles ne sont pas différentes des femmes qui obtiennent un premier avortement et n'ont pas les caractéristiques des femmes peu contraceptives (32,35). Toutefois, il semble bien que la contraception telle qu'elles la pratiquent, ne parvienne pas à contrôler leur fertilité et que l'avortement ne constitue pas pour elles un incitatif contraceptif efficace à moyen ou long terme. De nombreuses études ont été réalisées sur l'utilisation de contraception chez les femmes qui obtiennent un avortement (20,36-45). Outre les différences inhérentes aux pratiques contraceptives dans les différents pays, on constate que plus de 80 % des femmes avortées ont déjà utilisé une ou des méthodes contraceptives antérieurement et que plus de 50 % des femmes en utilisent au moment de la conception (36-45). Les études sur les déterminants de l'utilisation de contraception ont aussi fait l'objet de nombreuses publications, particulièrement en ce qui concerne la clientèle adolescente (15,20,46,61). En l'occurrence, les programmes d'éducation sexuelle dispensés conjointement avec des services cliniques sont efficaces pour diminuer l'incidence de grossesse indésirée à l'adolescence (62-67). Peu d'études, cependant, ont analysé, de façon longitudinale, le comportement contraceptif des femmes, particulièrement celles qui ont eu recours à l'avortement (68-71). Il y aurait lieu d'entreprendre de telles études, qu'elles soient à visée étiologique ou pour évaluer de nouvelles interventions, de façon à mieux comprendre les liens entre l'utilisation de moyens contraceptifs et la grossesse indésirée chez les femmes qui ont déjà eu recours à l'avortement. Ces études permettraient aussi de mieux connaître la clientèle et, à long terme, des interventions plus adaptées aux besoins de ces femmes pourraient éventuellement diminuer l'incidence de l'avortement répété.

Pour ce qui est des maladies transmises sexuellement, la prévalence de gonorrhée dans la clientèle de femmes obtenant un avortement au CHUL a diminué de près de 90 %, entre 1985-1986 et 1988-1990; une diminution de moitié a été observée pour les infections à chlamydia (72) (Gonorrhée : 1985-1986 = 0,9 %, 1988-1990 = 0,1 %; Chlamydia : 1985-1986 = 11,4 %, 1988-1990 = 5,4 %). Ces données sont comparables aux prévalences de ces mêmes infections dans d'autres cliniques de planning américaines (73). La diminution importante du nombre de femmes infectées par la gonorrhée correspond à celle observée chez les femmes de moins de 30 ans, au Québec, de 1984 à 1989 (diminution du tiers) (74). Quoiqu'une proportion plus grande de la population étudiée, par rapport à l'échantillon de 1985-1986, ait eu plusieurs partenaires sexuels, la prévalence de MTS a diminué; doit-on y voir le résultat d'un traitement plus agressif des MTS par les spécialistes de la santé dans la région de Québec ? S'agit-il du résultat d'une plus grande utilisation du condom ?

De plus, le taux de complication des avortements faits au CHUL est comparable à ceux retrouvés dans d'autres études (8,26,35). Il varie fortement selon les types de clientèle, la durée de gestation, les techniques utilisées et le suivi (8,26). Au Canada, le taux de complications majeures était de 1,6 % en 1988, diminuant de façon constante depuis 1975 (1). L'utilisation de certaines techniques préventives est responsable, en partie, du faible pourcentage de complications reliées à l'avortement au CHUL (5).

Un autre point d'intérêt apporté par cette étude concerne l'aspect psychosocial de l'avortement. Malgré le caractère exploratoire de nos données, trois pôles d'attraction peuvent être soulignés : le processus décisionnel, l'influence de personnes significatives de l'entourage et l'acceptation sociale de l'avortement. Le processus décisionnel face à la grossesse indésirée n'est pas différent de celui qui survient dans d'autres situations (75). Toutefois, à l'exception des études faites sur la résolution de la grossesse à l'adolescence (76-81), on en connaît mal les déterminants chez la femme adulte. On ne sait pas quels facteurs psychosociaux agissent sur la durée du processus décisionnel, de même que sur sa qualité. Le fait que 5 % des femmes ayant obtenu un avortement au CHUL présentent de l'ambivalence ne constitue peut-être qu'une infime proportion de ce qu'on retrouverait si l'on voyait les femmes au moment de leur test de grossesse ou de leur prise de rendez-vous.

L'influence du partenaire ou des parents sur l'issue de la grossesse indésirée est aussi un sujet de questionnement. Il semble que les adolescentes plus âgées et celles qui optent pour l'avortement consultent plus

leur partenaire de grossesse que leur mère (76,77). Les études sur la clientèle adolescente (76-81) ne permettent pas d'inférer au sujet des femmes adultes, lesquelles ont une place beaucoup plus discrète dans la documentation (10,82). Dans la mesure où 70 % des femmes ayant obtenu un avortement au CHUL entretenaient une relation affective significative avec un partenaire sexuel régulier et que 60 % avaient le même partenaire depuis au moins un an, on peut s'interroger sur la dynamique à l'origine de la décision d'avortement. L'avortement n'est-il vraiment qu'une affaire de femme, comme le laissent voir toutes celles qui se présentent seules ou si peu accompagnées à la clinique ? Quelle part de responsabilité incombe au partenaire ?

Un élément rassurant, en tout cas, émane de cette étude : plus de 90 % des femmes bénéficient du soutien de leur entourage. Malgré les spectaculaires envolées médiatiques, il semble que l'on assiste à une plus grande acceptation sociale de l'avortement, rendant l'entourage et les femmes plus susceptibles de discuter de ce sujet. Des questions demeurent : plus les femmes sont scolarisées ou âgées, moins elles mentionnent qu'elles ont reçu du soutien. Est-ce parce qu'elles n'en ressentent ou n'en forment pas le besoin ou que leur entourage n'est pas réceptif à leurs demandes ? De plus, ce type de soutien répond-il adéquatement aux besoins des femmes ? Permet-il de prévenir certaines complications psychosociales de l'avortement ? Quelles personnes de l'entourage fournissent ce soutien ?

CONCLUSION

Cette étude n'est qu'un aperçu des multiples facettes de l'avortement. Elle fait principalement ressortir la prépondérance de la jeunesse aux prises avec les grossesses indésirées. Qu'une femme sur cinq obtenant un avortement ait moins de 20 ans nous rappelle que les taux de grossesse à l'adolescence croissent sans cesse au Québec depuis 1980. La mise sur pied de services cliniques pour adolescents et l'implantation efficace du programme de Formation personnelle et sociale en milieu scolaire, déjà recommandées par plusieurs, sont urgentes. L'élaboration de nouvelles approches d'intervention de même que des programmes spécifiques pour les adolescents plus démunis, méritent d'être développés et évalués au plus tôt.

Cette étude soulève aussi le problème de la rareté des articles scientifiques sur certains aspects précis comme l'influence de la monoparentalité ou de la cohabitation sur la fertilité, les facteurs de risque de délai d'avortement, les modes et les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives, l'aspect psychosocial de l'avortement, en particulier le rôle du partenaire. La recherche sur la problématique de l'avortement est une avenue jusqu'à présent relativement nouvelle et peu exploitée au Québec. Des études sur les différents aspects énumérés permettraient d'enrichir nos connaissances, de raffiner nos interventions et éventuellement, de déterminer des priorités d'action au regard de certaines populations cibles.

Les difficultés d'accessibilité des services d'avortement ressortent également dans cette étude. Leur impact touche directement la santé des femmes et implique consécutivement des ressources sociosanitaires plus coûteuses. Quoique le réseau existant se soit beaucoup amélioré depuis 20 ans, de nombreux efforts restent encore à faire pour en assurer la permanence, le renouvellement et la stabilité. La participation des gouvernements, des responsables régionaux et des organismes de formation en ce sens est essentielle.

Finalement, cette étude semble indiquer que la société devient plus tolérante à l'égard de l'avortement. La majorité des femmes acceptent de parler de leur expérience; elles partagent leurs émotions avec leur entourage et obtiennent appui et réconfort. On est loin, face à cette image intimiste, des événements médiatiques et des discours politiques des 20 dernières années. Espérons toutefois que cette tolérance saura trouver des échos auprès de la justice et des gouvernements, et qu'elle ne sera pas modifiée par le courant restrictif récemment imposé aux États-Unis.

BIBLIOGRAPHIE

1. Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques 1988*, Rapport sur la santé, Supplément no9, 1990; 2(1) : 62 p.
2. ROCHON, M., *Évolution des taux de grossesse et d'avortement, 1980-1988*, Service des études sociosanitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1989; 5 p.
3. HARNOIS, L., *Rapport de recherche sur l'avortement au Québec*, Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, août 1987.

4. DI DOMENICO, M., *État de situation de l'accessibilité des services d'avortement*, Direction de la recherche, Conseil du Statut de la Femmes, 22 mars 1991.
5. LEVALLOIS, P., RIOUX, J.E., « Prophylactic antibiotics for suction curettage : results of a clinical controlled trial », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1988; 158(1) : 100.
6. FERRAND, M., JASPARD, M., *L'interruption volontaire de grossesse, Que sais-je ?* Presses Universitaires de France, ISBN 2 13 040289 5, 1985; 125 p.
7. HENSHAW, S.K., « Induced abortion : a world review, 1990 », *Family Planning Perspectives*, 1990; 22(2) : 76.
8. HENSHAW, S.K., « Induced abortion : a worldwide perspective », *Family Planning Perspectives*, 1986; 18 : 250.
9. KETTING, E., SCHNABEL, P., « Induced abortion in the Netherlands : a decade of experience, 1970-1980 », *Studies in Family Planning*, 1980; 11 : 385.
10. TIETZE, C., HENSHAW, S.K., *Induced abortion, a world review 1986, 6th edition*, The Alan Guttmacher Institute, 143 p.
11. HENSHAW, S.K., « Characteristics of US women having abortions, 1982-1983 », *Family Planning Perspectives*, 1987; 19 : 5.
12. HUNTON, R.B., SALIVE, H.T., « Social characteristics of patients attending a private early pregnancy termination service in Auckland », *New Zealand Medical Journal*, March, 1977; 23 : 220.
13. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONNERS' MANCHESTER RESEARCH UNIT WOMAN'S HEALTH, « Characteristics of women recruited for a long term study of the sequelae of induced abortion », *J Roy Coll Gen Pract*, 1981; 31 : 473.
14. BAHL DHALL, S., HARVEY, P.D., « Characteristics of first trimester abortion patients at an urban indian clinic », *Studies in Family Planning*, 1984; 15 : 93.
15. LA VECCHIA, C., PAMPALLONA, S., NEGRI, E., FASOLI, M., FRANCESCHI, S., DECARLI, A., « Characteristics of women undergoing induced abortion : results of a case-control study from northern Italy », *Contraception*, 1985; 32 : 637.
16. CHATTERJEE, T.K., « Socioeconomic and demographic characteristics of induced abortion cases », *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1985; 23 : 148.

17. SWIGAR, M., QUINLAN, D., WEXLER, S., « Abortion applicants : characteristics distinguishing dropouts remaining pregnant and those having abortion », *American Journal of Public Health*, 1977; 67 : 142.
18. POWELL-GRINER, E., TRENT, K., « Sociodemographic determinants of abortion in the United States », *Demography*, 1987; 24 : 553.
19. KAY, C.R., FRANK, P.I., « Characteristics of women recruited to a long-term study of sequelae of induced abortion », *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1981; 31 : 473.
20. HENSHAW, S.K., SILVERMAN, J., « The characteristics and prior contraceptive use of US abortion patients », *Family Planning Perspectives*, 1988; 20 : 158.
21. ROCHON, M., « La fécondité et la grossesse à l'adolescence : une analyse démographique », ds C.GENDRON et M.BEAUREGARD, *L'avenir-santé au féminin*, Gaétan Morin éditeur, 1989; p 151-178.
22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale*, Avis préparé par G Forget, L Charbonneau, JY Frappier, A Gaudreault, É Guilbert et N Marquis, série La périnatalité au Québec, 1989; 2.
23. GUILBERT, É., FORGET, G., « Teenage pregnancy in Canada and Quebec : an overview », *Canadian Family Physician*, 1991; 37 : 1184-1191.
24. DANDURAND, R.B., *Le mariage en question*, Essai socio-historique, Institut québécois de recherche sur la culture, 1988, 188 p.
25. LANGLOIS, S., BAILLARGEON, J.P., CALDWELL, G., FRECHET, G., GAUTHIER, M., SIMARD, J.P., *La société québécoise en tendance, 1960-1990*, Institut Québécois de recherche sur la culture, 1990, 667 p.
26. DA GRIMES, W CATES Jr, « Complications from legally-induced abortion : A review », *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1979; 34(3) : 177-191.
27. N.B. KALTREIDER, « Emotionnal patterns related to delay in decision to seek legal abortion », *Calif Med*, 1973; 118 : 23.4.
28. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *Report of the Interdivisionnal Committee on Adolescent Abortion*, Adolescent Abortion, Psychological and legal Issues, edited by Gary B Melton, University of Nebraska Press, Lincoln and London, 1986, 152 p.

29. J.D. OSOFSKY, H.J. OSOFSKY, R. RAJAN, K. SPITZ, « Psycho-social aspects of abortion in the United States », *Mount Sinai, Journal of Medicine*, 1975; 42 : 435-457.
30. E.F. JONES, J.D. FORREST, N. GOLDMAN, S.K. HENSHAW, R. LINCOLN, J.I. ROSOFF, C.F. WESTOFF, D. WULF, *Teenage pregnancy in industrialised countries*, A study sponsored by The Alan Guttmacher Institute, Yale University Press, New Haven and London, 1986; 309 p.
31. GUILBERT, É., *Facteurs de risque d'obtention d'un avortement du deuxième trimestre*, Université Laval, document sous presse.
32. FORREST, J.D., HENSHAW, S.K., *Repeat abortion : the current state of knowledge*, Background paper for a conference on repeat abortion, The Alan Guttmacher Institute, February 16-17, 1984.
33. BADGLEY, R.F., FORTIN-CARON, D., POWELL, M.G., *Rapport du comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement*, ministère des Approvisionnement et services, Canada, 1977.
34. GIBB, G.D., MILLARD, J., « Research on repeated abortion : state of the field, 1973-1979 », *Psychological Reports*, 1981; 48 : 415.
35. GUILBERT, É., *Les femmes et l'avortement*, Revue de littérature, Les cahiers de recherche du Groupe de Recherche Multidisciplinaire Féministe de L'Université Laval, Québec, 1991,
36. DUNCAN, G., HARPER, C., ASHWELL, E., MANT, D., BUCHAN, H., JONES, L., « Termination of pregnancy : lessons for prevention », *The British Journal of Family Planning*, 1990; 15 : 112.
37. ASHTON, J.R., « Sex education and contraceptive practice amongst abortion patients », *Journal of biosocial Sciences*, 1980; 12 : 211.
38. BEARD, R.W., BELSEY, E.M., LAL, S., LEWIS, S.C., GREER, H.S., « King's termination study II : Contraceptive practice before and after termination of pregnancy », *British Medical Journal*, March 9, 1974; 418.
39. GRIFFITHS, M., « Contraceptive practices and contraceptive failures among women requesting termination of pregnancy », *The British Journal of Family Planning*, 1990; 16 : 16.
40. MERRIMAN, H., « Attitudes to contraception in women seeking termination of pregnancy », *The Practitioner*, 1983; 227 : 819.

41. SPARROW, M.J., « The contraceptive practice of one thousand abortion patients », *New Zealand Medical Journal*, December 1982; 22 : 885.
42. TREOLAR, S., SNYDER, E., « Contraceptive practice by women presenting to a free-standing abortion clinic », *The Medical Journal of Australia*, 1977; 1 : 527.
43. SOPHOCLES, A.M., BROZOVITCH, E.M., « Birth control failure among patients with unwanted pregnancies :1982-1984 », *The Journal of Family Practice*, 1986; 22(1) : 45.
44. KRISHNAMONI, D., SUBASH, C.J., « The use of contraception among abortion applicants », *Canadian Journal of Public Health*, 1985; 76 : 93.
45. DUNCAN, G., HARPER, C., ASHWELL, E., MANT, D., BUCHAN, H., JONES, L., « Termination of pregnancy : lessons for prevention », *The British Journal of Family Planning*, 1990; 15 : 112.
46. GRADY, W.R., HAYWARD, M.D., FLOREY, F.A., « Contraceptive discontinuation among married women in the United States », *Studies in Family Planning*, 1988; 19(4) : 227-235.
47. MILLER, W., « Why some women fail to use their contraceptive method : a psychological investigation », 1986; 18(1) : 27-32.
48. DAWSON, D.A., « The effect of sex education on adolescent behavior », *Family Planning Perspectives*, 1986; 18(4) : 162-170.
49. ZELNIK, M., KIM, Y.J., « Sex education and its association with teenage sexual activity, pregnancy and contraceptive use », *Family Planning Perspectives*, 1982; 14(3) : 117-126.
50. EISEN, M., ZELLMAN, G.L., McALISTER, A.L., « Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education program », *Family Planning Perspectives*, 1990; 22(6) : 261-271.
51. HOWARD, M., McCABE, J.B., « Helping teenagers postpone sexual involvement », *Family Planning Perspectives*, 1990; 22(1) : 21-26.
52. CLOUTIER-COURNOYER, R., *Interaction conjugale et planification des naissances en milieu défavorisé urbain québécois*, cahier 7, Laboratoire de recherches sociologiques, Département de Sociologie, Faculté des Sciences sociales, Université Laval, 1974; 725 p.

53. NATHANSON, C.A., BECKER, M.H., « The influence of client-provider relationship on teenage women's subsequent use of contraception », *American Journal of Public Health*, 1985; 75(1) : 33-38.
54. WINTER, L., « The role of sexual self-concept in the use of contraception », *Family Planning Perspectives*, 1988; 20(3) : 123-127.
55. FISHBEIN, M., « Toward an understanding of family planning behaviors », *Journal of Applied Psychology*, 1972; 2(3) : 214-227.
56. ADLER, N.E., KEGELES, S.M., IRWIN, C.E., WIBBELSMAN, C., « Adolescent contraceptive behavior : an assessment of decision processes », *The Journal of Pediatrics*, 1990; 116(3) : 463-471.
57. JACCARD, J.J., DAVIDSON, A.R., « Toward an understanding of family planning behaviors : an initial investigation », *Journal of Applied Social Psychology*, 1972; 2(3) : 228-235.
58. OTIS, J., *Étude des déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes de cinquième secondaire*, DSC Charles Lemoyne, document non publié, 1989.
59. MCKINNEY, K., « Gender, sex role, and contraceptive attitudes and behaviors », *Free Inquiry in Creative Sociology*, 1990; 18(2) : 191-195.
60. TANFER, K., ROSENBAUM, E., « Contraceptive perceptions and method choice among young single women in the United States », *Studies in Family Planning*, 1986; 17(6) : 269-277.
61. WHITLEY, B.E., « College student contraceptive use : a multivariate analysis », *The Journal of Sex Research*, 1990; 27(2) : 305-313.
62. EDWARDS, L.E., STEINMAN, M.E., ARNOLD, K.A., HAKANSON, E.Y., « Adolescent pregnancy prevention services in high school clinics », *Family Planning Perspectives*, 1980; 12(1) : 6-14.
63. ZABIN, L.S., HIRSCH, M.B., SMITH, E.A., STREET, R., HARDY, J.B., « Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers », *Family Planning Perspectives*, 1986; 18(3) : 119-126.
64. KIRBY, D., WASAK, C., ZIEGLER, J., « Six school-based clinics : their reproductive health services and impact on sexual behavior », *Family Planning Perspectives*, 1991; 23(1) : 6-16.
65. NAMEROW, P.B., PHILLIBER, S.G., HUGUES, M., « Follow-up of adolescent family planning clinic users », *Family Planning Perspectives*, 1983; 15 : 172.

66. HERCEG-BARON, R., FURSTENBERG, F.F., SHEA, J., HARRIS, K.M., « Supporting teenagers' use of contraceptives : a comparison of clinic services », *Family Planning Perspectives*, 1986; 18(2) : 61-66.
67. CHRISTOPHER, F.S., ROOSA, M.W., « An evaluation of an adolescent prevention program : is « just say no' enough » », *Family Relations*, 1990; 39 : 68-.
68. NAMEROW, P.B., WEATHERBY, N., WILLIAMS-KAYE, J., « The effectiveness of contingency planning counselling » *Family Planning Perspectives*, 1989; 21(3) : 115-119.
69. WINTER, L., BRECKENMAKER, L.C., « Tailoring Family planning services to the special needs of adolescents » *Family planning Perspectives*, 1992; 23(1) : 24-30.
70. LEVINSON RA, « Contraceptive self-efficacy : a primary prevention strategy », *Journal of social work and human sexuality*, 1984; 3 : 1-15.
71. ZABIN, L.S., HIRSCH, M.B., EMERSON, M.R., « When urban adolescents choose abortion : effects of education, psychological status, and subsequent pregnancy », *Family Planning Perspectives*, 1989; 21(6) : 248-255.
72. LEVALLOIS, P., RIOUX, J.E., COTE, L., « Chlamydial infection among females attending an abortion clinic : prevalence and risk factors », *Canadian Medical Association Journal*, 1987; 137 : 33.
73. GUILBERT, E., GUIMONT, J., *Avortement, contraception et maladies transmises sexuellement*, ds Ouvrage collectif sur les MTS, sous presse.
74. MADO, Banque de données dépersonnalisée, Système provincial de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1991.
75. BRACKEN, M.B., KASL, S.V., « Delay in seeking abortion : a review and theoretical analysis », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, April, 1975; 1 : 1008.
76. COULOMBE, M., *Étude de la résolution de la grossesse adolescente*, Mémoire pour l'obtention du grade de maître en psychologie, École des gradués, Université Laval, 1989, 78 p.
77. OLSON, L., « Social and psychological correlates of pregnancy resolution among adolescent women : a review », *American Journal of Orthopsychiatry*, 1980; 50(3) : 432.

78. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *Adolescent abortion : psychological and legal issues*, Report of the interdivisional committee on adolescent abortion, University of Nebraska Press, 1986.
79. BROWN, M.A., « Adolescents and abortion, a theoretical framework for decision making », *JOGN nursing*, :241, July/august 1983.
80. DES ROSIERS-LAMPE, M., FRAPPIER, J.-Y., « La grossesse à l'adolescence », *L'Union Médicale du Canada*, 1981; 110 : 190.
81. GREYDANUS, D.E., RAILSBACK, L.D., « Abortion in adolescence », *Seminars in Adolescent Medicine*, 1985; 1 : 213.
82. ST-PIERRE, N., *Étude sur la relation des couples ayant vécu l'expérience de l'avortement*, Thèse de maîtrise en Service Social, Université de Sherbrooke, 1982.