

**Le point
sur les services
d'avortement
au Québec**

ACLIC et FQPN

Recherche, rédaction et révision

Monica Dunn, Marie-Eve Quirion et Nathalie Parent pour la FQPN
Patricia LaRue, Sabina Grabowiecka et Julie Charbonneau pour l'ACLC

Révision linguistique et graphisme

Louise-Andrée Lauzière

Photo de la couverture

Michel Giroux, CSN

Les idées présentées n'engagent que la responsabilité de l'ACLC et de la FQPN.

Une publication de

Association canadienne pour la liberté de choix (ACLC)
Case postale 539, succursale B
Ottawa (Ontario) K1P 5P6
Tél. : 613 789-9958
Télécopieur : 613 789-9960
Courriel : info@canadiansforchoice.ca
Site web : www.canadiansforchoice.ca

Et de

Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)
110, rue Sainte-Thérèse, bureau 405
Montréal (Québec) H2Y 1E6
Tél : 514 866-3721
Télécopieur : 514 866-1100
Courriel : info@fqpn.qc.ca
Site web : www.fqpn.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010
ISBN : 978-2-9810623-5-2 (version imprimée)
ISBN : 978-2-9810623-6-9 (version électronique)

© 2010 Association canadienne pour la liberté de choix et Fédération du Québec pour le
planning des naissances

Cette publication peut être reproduite en partie ou en totalité à des fins éducatives non lucratives sans autorisation préalable des auteures, mais en en mentionnant toutefois l'origine. L'ACLC et la FQPN apprécieraient être avisées chaque fois qu'une copie de cette publication sera utilisée comme outil de travail.

Aucune partie de cette publication ne peut être utilisée à des fins commerciales ou être vendue.



À propos de l'ACLC et de la FQPN

L'**Association canadienne pour la liberté de choix (ACLC)** est un organisme de bienfaisance, sans but lucratif, qui travaille pour que tous les Canadiens et Canadiennes puissent exercer leurs choix en matière de reproduction.

L'ACLC imagine un monde où tous les individus – indépendamment de leur âge, race, sexe, orientation/identité sexuelle, lieu de résidence, statut socioéconomique ou autre statut – ont accès à l'information, aux ressources et aux services nécessaires pour faire des choix libres et éclairés sur tous les aspects relatifs à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction. L'ACLC travaille pour que les décideurs politiques ainsi que les professionnelles de la santé et de l'éducation soient bien informés sur tous les aspects de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Nous travaillons aussi à améliorer la qualité et l'étendue de la recherche et de l'information disponibles sur les thèmes reliés à la santé sexuelle et reproductive.

La **Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)** est un regroupement féministe autonome d'éducation populaire et de défense des droits des femmes en matière de santé reproductive et de sexualité. La Fédération regroupe plus de 60 organisations et personnes de partout au Québec.

Notre mission est de promouvoir une approche globale de la santé reproductive, de défendre les droits reproductifs et sexuels des femmes ainsi que de promouvoir la liberté de choix et la prise de décision éclairée face à la santé reproductive. La FQPN revendique, entre autres, l'accès à des informations critiques et indépendantes ainsi que l'accès universel et gratuit à des services de planning des naissances complets et de qualité.

La FQPN, qui s'adresse à toutes les femmes en âge de procréer, est le seul regroupement d'organismes au Québec à travailler sur ces questions dans une perspective féministe et de justice reproductive.

Remerciements

Nous tenons à remercier Julie Guérin et Mylène Sirois pour leur aide à la recherche. Nous remercions aussi le docteur Jean Guimond, Mariangela Di Domenico et Anne St-Cerny pour leur lecture critique et leurs commentaires judicieux de certaines parties de ce document. Nous remercions également la Clinique des femmes de l'Outaouais, le Comité de vigilance et l'Intersyndicale des femmes pour leur appui financier à la réalisation de ce document.

Règle de féminisation

La langue française donne bien des maux de tête aux personnes qui travaillent pour l'élimination de la domination du masculin sur le féminin et pour l'égalité entre les sexes. Afin de ne pas privilégier le masculin sur le féminin ou l'inverse, nous avons choisi la règle de la neutralité en cherchant à éviter l'utilisation d'expressions nécessitant des accords grammaticaux où le masculin l'emporte. Ainsi, nous parlerons du personnel intervenant en santé plutôt que de parler des intervenantes ou intervenants de la santé. Lorsque cette règle s'est avérée trop lourde ou inutilisable, nous avons opté pour la règle de la majorité, c'est-à-dire qui tient compte du groupe sexuel majoritaire qui compose la profession. Par exemple, nous employons *un médecin* puisque ce sont en majorité des hommes qui occupent cette fonction et *une infirmière* puisque ce sont les femmes qui sont les plus nombreuses dans cette profession.



Sommaire

Cette publication vise à faire le point sur l'organisation et la qualité des services d'avortement offerts partout au Québec, par les centres hospitaliers, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les cliniques privées et les centres de santé des femmes.

Le point sur les services d'avortement au Québec débute par un historique qui nous remémore les importantes revendications du mouvement féministe ainsi que les mesures prises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les différents établissements de santé publics, communautaires et privés pour mettre en place des services d'avortement accessibles et gratuits à l'échelle de la province. Puis, en deuxième partie, les résultats d'une recherche sur les services d'avortements sont présentés. Dans un premier temps, des appels anonymes aux établissements de santé offrant et n'offrant pas de services d'avortement nous permettent d'évaluer l'accessibilité des services pour les femmes du Québec. Dans un deuxième temps, des entrevues avec des intervenantes qui travaillent en avortement permettent d'en savoir plus sur l'organisation des services, les succès et les obstacles rencontrés dans chacun des points de service.

Principaux constats

Les appels anonymes à tous les CLSC et hôpitaux à travers le Québec ainsi que les discussions avec les intervenantes en avortement nous permettent d'établir un certain nombre de constats quant à l'organisation des services au Québec.

- Dans les CLSC, centres hospitaliers, cliniques privées et centres de santé des femmes offrant les services d'avortement, la réceptionniste était en mesure, dans seulement 55 % des cas, de confirmer que l'établissement offrait des services d'avortement et pouvait soit décrire le processus à suivre pour prendre rendez-vous, soit transférer à une personne détenant l'information appropriée.
- Les CLSC et centres hospitaliers n'offrant pas le service devraient tout de même être en mesure de diriger les femmes vers les services appropriés. Or, ces établissements ont été capables d'orienter une femme vers les services adéquats dans seulement 58 % des cas, les autres le faisant vers des services n'offrant pas d'avortement, vers des numéros inexistantes ou vers des boîtes vocales. Les réceptionnistes de six établissements se sont permis de passer des jugements de valeur sur l'avortement.

- Les services Info-Santé contactés lors de l'enquête ont toujours été en mesure de donner une information adéquate en termes de référence à des services d'avortement.
- Certains centres d'aide à la grossesse contactés ne s'affichant pas comme étant opposés à l'avortement offrent de l'information trompeuse sur les conséquences de l'avortement.
- Plusieurs points de service ne possèdent pas de machine à échographie au sein de l'établissement ou du département. Le fait d'avoir à se rendre à l'extérieur pour obtenir une échographie peut augmenter le nombre de visites nécessaires à l'intervention ou peut mettre les femmes en contact avec des radiologistes ou techniciens opposés à l'avortement.
- Dans plusieurs établissements offrant des services d'avortement, les femmes doivent laisser un message pour que quelqu'un les rappelle, faute de personnel. Les systèmes de boîte vocale n'offrant pas de solution de rechange posent un problème aux femmes qui n'ont pas de téléphone, qui ne peuvent recevoir d'appels personnels ou qui craignent pour leur confidentialité.
- Encore aujourd'hui les femmes peuvent parfois devoir attendre jusqu'à trois ou quatre semaines avant de terminer une grossesse.
- Le manque d'accès à la contraception et à un médecin de famille a été identifié comme un obstacle pour les femmes. De plus, l'éducation sexuelle est quasi absente dans les écoles secondaires et les établissements de la santé.
- De nombreux établissements ont de la difficulté à recruter des médecins formés pour la pratique de l'avortement ou craignent avoir de la difficulté à les recruter lorsque leurs médecins prendront leur retraite.
- Plus de la moitié des établissements sont incapables d'aider financièrement les femmes sans carte d'assurance maladie et qui ne sont pas en mesure de payer pour un avortement.
- La grande majorité des établissements offrant des services d'avortement souffre d'un manque de ressources : personnel infirmier, médecins formés et disponibles, soutien financier, appui administratif, etc. Ce manque de ressources limite l'offre des services, et affecte aussi leur qualité, notamment en matière de prise de rendez-vous et de soutien post-avortement.

Malgré ces obstacles, le Québec demeure la province canadienne où l'avortement est le plus accessible. Les politiques et lignes directrices mises en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux encadrent une offre de services de qualité dans toutes les régions administratives. De plus, les intervenantes en avortement à travers le Québec font preuve d'un très grand dévouement, travaillant plus qu'il ne leur est demandé pour offrir un service de qualité aux femmes qui en ont besoin.



Table des matières

Introduction	9
Partie 1 : Historique de l'implantation des services d'avortement au Québec	11
L'avortement avant les années 1970	11
Les années 1970	13
Les années 1980	19
Les années 1990	25
Les années 2000	29
Partie 2 : Les services d'avortement dans les faits	39
La qualité de l'information transmise par les établissements de santé	40
L'organisation des services d'avortement	45
Constats généraux	58
Conclusion	63
Annexe 1 : Questionnaires anonymes sur l'accessibilité de l'information sur l'avortement et des services dans les centres hospitaliers et CLSC	65
Annexe 2 : Questionnaire téléphonique aux intervenantes : état de situation des services d'avortement au Québec	67
Bibliographie	69

Liste des sigles

ACALA	Association canadienne pour l'abrogation des lois sur l'avortement
ACLC	Association canadienne pour la liberté de choix
CAT	Comité d'avortement thérapeutique
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CMS	Centre médical spécialisé
CNALG	Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit
CQDALG	Coalition québécoise pour le droit à l'avortement libre et gratuit
CSF	Conseil du statut de la femme
CSFM	Centre de santé des femmes de Montréal
CSFQ	Centre de santé pour les femmes de Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
FCALA	Front commun pour l'abrogation des lois sur l'avortement
FLFQ	Front de libération des femmes du Québec
FPNC	Fédération pour le planning des naissances du Canada
FQPN	Fédération du Québec pour le planning des naissances
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LAM	Loi sur l'assurance maladie
MAS	Ministère des Affaires sociales
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCSFQ	Regroupement des centres de santé des femmes du Québec



Introduction

Cette publication présente une étude de l'organisation et de la qualité des services d'avortement offerts partout au Québec, que ce soit par les centres hospitaliers, les centres locaux de services communautaires, les cliniques privées ou par les centres de santé des femmes.

Plus spécifiquement, ce document poursuit deux objectifs : il vise dans un premier temps à documenter et à faire connaître l'expérience québécoise en matière de développement et d'organisation des services. Le Québec étant considéré comme un modèle dans l'offre de services, cet historique a pour but d'inspirer la mise sur pied de services d'avortement à même le réseau de santé public et communautaire ailleurs au Canada.

Dans un deuxième temps, il présente les résultats d'une enquête sur les principaux obstacles auxquels les femmes québécoises sont confrontées, encore aujourd'hui, lorsqu'elles souhaitent recourir aux services d'avortement au Québec. L'analyse de cette enquête vise à déterminer les améliorations à apporter en termes d'organisation et de qualité des services.

Ce document s'adresse autant aux décideurs et gestionnaires en santé qu'aux intervenantes en avortement, chercheuses, militantes et organisations qui travaillent à la promotion de la santé des femmes.



Historique de l'implantation des services d'avortement au Québec

Ce n'est que par une réelle accessibilité des services que le droit à l'avortement peut s'exercer. Le Québec est la province canadienne la mieux nantie en points de service d'avortement. Cette section présente de façon succincte l'histoire de l'implantation des services d'avortement au Québec et permet de comprendre comment ceux-ci se sont constitués et ont évolué. On y découvre que chaque décennie a amené son lot de revendications, de pressions anti-choix¹, d'obstacles, et aussi d'avancées, s'inscrivant dans un contexte politique et social en grande effervescence au Québec. Une trame de fond se dessine, soit la volonté d'un mouvement féministe qui revendique le droit à l'avortement comme étant fondamental à l'égalité entre les femmes et les hommes, et à l'égalité de droits et de faits.

Des années 1960 à 1990, la principale revendication a été la décriminalisation de l'avortement. C'est une bataille juridique, mais aussi des changements sociaux et une prise de conscience des femmes menant à la formation du mouvement féministe qui a rendu possible ce gain en 1988. Au Québec, le mouvement pour le droit à l'avortement n'a d'ailleurs pas attendu la décriminalisation pour mettre en place des services d'avortement, forçant ainsi le milieu politique à accepter cet état de faits. À partir des années 1990, les revendications ont davantage porté sur la question de l'accessibilité aux services, c'est-à-dire en assurer la disponibilité, la qualité et la gratuité. Mettre en place des points de service dans toutes les régions du Québec, produire des protocoles pour les professionnelles de la santé, améliorer la coordination des services de deuxième trimestre (plus de 14 semaines) s'avèrent des résultats obtenus depuis la décriminalisation. Il n'en demeure pas moins qu'aujourd'hui, nous faisons face à de nouveaux enjeux qui doivent être considérés pour assurer l'accès, et même le droit à l'avortement.

L'avortement avant les années 1970

Avant 1969, l'avortement est strictement interdit au Canada et la province de Québec ne dispose donc d'aucun service officiel d'avortement. C'est une loi fédérale de 1869 qui

¹ L'expression « anti-choix » plutôt que « pro-vie » est privilégiée car elle décrit clairement le véritable objectif de ce mouvement qui est de s'opposer à la liberté de choix des femmes et à l'option de l'avortement.

prévoit, pour un tel « crime », une peine pouvant d'ailleurs aller jusqu'à l'emprisonnement à vie, tant pour la femme que pour l'avorteur. La diffusion d'information sur la contraception est elle aussi interdite par une loi datant de 1892. À l'époque, l'Église catholique influence fortement les politiques et pratiques de la société québécoise. Le rôle des femmes se limitant le plus souvent à celui de reproductrice et de mère au foyer, il était considéré contre nature de tenter, d'une quelconque façon, de s'interposer dans « les volontés divines » en contrôlant les naissances et les grossesses des femmes.

Même dans l'illégalité, il y a toujours eu des avortements au Québec et au Canada. Les femmes pouvaient tenter de retarder leurs règles, de « s'auto-avorter » ou encore, de recourir aux avorteurs ou « faiseuses d'anges » qui agissaient dans la clandestinité. Par de telles pratiques, de nombreux risques sont encourus par les femmes : entre 1960 et 1966, le Bureau fédéral de la statistique décompte 150 décès liés à des avortements et en 1966, plus de 45 000 femmes sont admises à l'hôpital à la suite d'une interruption volontaire de grossesse (IVG), ce qui en fait la principale cause d'hospitalisation pour les Canadiennes².

Les années 1960 apportent un nouveau climat social et au Québec, une évolution au niveau des mentalités se fait sentir. Parmi les bouleversements, la laïcisation de la société québécoise, l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, l'importance accrue du mouvement féministe et les aspirations générales pour l'atteinte d'une plus grande égalité et liberté participent à faire changer les positions et les politiques en matière de contrôle des naissances. Les problèmes de santé associés aux avortements clandestins étaient d'ailleurs devenus objet de scandale et des demandes de modifications au *Code criminel* émanaient d'organisations médicales, juridiques et même de groupes religieux de diverses confessions. Le gouvernement fédéral a donc entrepris une révision du *Code criminel*.

C'est aussi au cours des années 1960 que les premières associations de planning voient le jour : l'Association de planning des naissances de Montréal est fondée en 1961, puis le Centre de planning familial en 1967. La première clinique de planning des naissances est mise sur pied par l'Hôpital Notre-Dame. Toutes trois sont financées par le gouvernement du Québec qui, en 1967, sera le premier gouvernement provincial à le faire, et ce, malgré les restrictions législatives.

La loi C-150 : un changement législatif important, mais insuffisant

En 1969, le gouvernement fédéral adopte la loi C-150 (aussi connue comme le Bill omnibus), considérée comme précurseur de la Charte des droits et libertés de la personne. Avec cette loi, les avortements dits thérapeutiques sont permis. L'avortement est donc toujours considéré un acte criminel sauf s'il est pratiqué dans certaines conditions : il doit être effectué dans un hôpital accrédité et les femmes doivent préalablement avoir reçu l'approbation d'un comité d'avortement thérapeutique (CAT). Composé de trois médecins, ces comités devaient juger si

² Louise Desmarais, *Mémoires d'une bataille inachevée : la lutte pour l'avortement au Québec*, 1999, p. 22.

la vie ou la santé de la femme étaient en danger pour lui accorder le droit de recourir à l'avortement. Le projet de loi C-150, contesté à la fois par les personnes pour le droit à l'avortement et celles s'y opposant, est le fruit de la recherche d'un compromis. L'avortement demeure donc illégal, mais les médecins qui le pratiquent pour des raisons dites thérapeutiques sont protégés contre d'éventuelles poursuites. L'entrée en vigueur de la loi C-150 marque ainsi le début d'une lutte à la fois politique, juridique et sociale. La même journée, la vente et la diffusion d'information sur la contraception sont légalisées avec l'adoption de la loi S-15³.

Le mouvement pour le droit à l'avortement a depuis été porté par des groupes de femmes, des syndicats et des groupes populaires dans toutes les régions du Québec, et ce, dès les années 1970. Des coalitions régionales et provinciales se sont formées et de nombreuses militantes, notamment des travailleuses du milieu de la santé, ont été actives dans cette lutte.

Les années 1970

Ce mouvement pour le droit à l'avortement s'est inscrit dans un contexte politique et social en effervescence et favorable à l'instauration de grands changements. La Révolution tranquille des années 1960 a clairement mené l'État québécois vers l'adoption des principes de l'État-providence, à la séparation véritable de l'État et de l'Église catholique et de son emprise sur la population, et à la construction d'une nouvelle identité nationale. C'est l'émergence d'un mouvement social qui s'inspire du « peace and love », qui réclame des systèmes de santé et d'éducation gratuits, de même que la libération des mœurs sexuelles, longtemps réprimées par l'influence de la religion catholique. C'est donc dans ce contexte particulier que les premiers changements en matière d'avortement surviennent au Québec.

De nouvelles institutions en santé

En 1969, l'implantation du Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) marque un changement important dans le domaine de la santé au Québec. Ce régime vise à garantir l'accès à des services de santé gratuits et universels. En 1972, ce sont les CLSC qui sont mis sur pied. Avant ces transformations institutionnelles, on retrouvait au Québec des cliniques populaires animées par des bénévoles, mais dont l'existence était précaire en raison de problèmes financiers récurrents. Ces cliniques populaires ont été intégrées au nouveau réseau des CLSC. C'est entre autres grâce aux pressions de la population et aux revendications pour l'accès à des services de santé accessibles et démocratiques que l'on retrouve les CLSC au Québec, institutions uniques au pays.

³ Louise Desmarais, *op. cit.*, p. 62.

La création des CLSC vise aussi à combler le vide en matière de soins de première ligne. Ce sont des établissements qui ont une triple mission : fournir des soins curatifs et préventifs, des services sociaux individuels et des services dits d'action communautaire. À l'origine, ils devaient être la porte d'entrée du système de santé⁴. La mission éducative et préventive des CLSC de première génération est d'ailleurs centrale, ce qui explique que ces institutions aient joué un rôle important dans la mise en place de services d'avortement dans la province.

Également en 1972, le gouvernement du Québec adopte la *Politique québécoise de planification des naissances*. Cette politique prévoit diverses mesures, dont des programmes d'information pour la prévention auprès des jeunes, des services d'information et de consultation dans les CLSC, ainsi que des services spécialisés au sein des centres hospitaliers ou des centres de services sociaux. Un financement permettant d'engager des personnes-ressources pour s'occuper des programmes d'information préventive dans les CLSC accompagne cette politique. Cependant, avant 1976, les services prévus et attendus ne sont que peu implantés.

Le début des années 1970 est également marqué par la création de nouveaux groupes offrant à la population de l'information et des services en planification des naissances. La FQPN est d'ailleurs née dans ce contexte, en 1972. L'objectif premier de la FQPN à l'époque consiste à implanter des associations de planning dans toutes les régions du Québec afin de pallier l'absence de services gouvernementaux. La Fédération assurait l'offre d'information et de formation, en plus de faire des actions politiques et des pressions auprès du gouvernement pour favoriser l'accès à une information de qualité en matière de planning des naissances et faire valoir la liberté de choix. La FQPN regroupait alors principalement des intervenants sociaux professionnels, médecins, infirmières, sexologues, etc. Son financement était d'abord assuré par des subventions du gouvernement fédéral par l'intermédiaire de la Fédération pour le planning des naissances du Canada (FPNC).

La difficile mise en place des comités d'avortement thérapeutiques

En principe, depuis 1969, les CAT permettent aux femmes d'avoir recours à l'avortement dans un hôpital accrédité lorsqu'elles obtiennent le consentement de trois médecins. Les critères utilisés par les CAT pour déterminer si une femme a ou non le droit d'obtenir un avortement manquent d'uniformité, ce qui explique en grande partie les disparités que l'on retrouve dans les différents centres hospitaliers et régions. En effet, certains CAT sont composés de membres opposés à l'avortement et on n'y accepte qu'exceptionnellement des demandes. Dans d'autres cas, une conception globale de la santé est prônée, incluant ainsi la santé psychologique, ce qui permet aux femmes d'obtenir plus aisément le droit de choisir l'avortement. Mentionnons également qu'il y a alors quelques médecins en faveur du droit des femmes de choisir elles-mêmes de poursuivre ou non une grossesse qui

⁴ Encyclopédie canadienne, *Santé publique au Québec*, réf. du 23 juin 2009, <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTF0009515>

approuvent *de facto* toutes les demandes d'avortement, les CAT n'étant ainsi qu'une convenance légale.

Malgré la nouvelle législation, l'accès à l'avortement au Québec demeure très difficile. En 1970, seulement 181 avortements thérapeutiques ont été pratiqués au Québec, dont un seul dans un hôpital francophone⁵. Les hôpitaux anglophones du Québec ont d'ailleurs principalement répondu à la demande d'avortement pendant de nombreuses années. En effet, 80 % des avortements ont lieu à l'Hôpital général de Montréal à cette époque⁶. Par ailleurs, la pratique d'avortements illégaux se perpétue, voire elle s'organise. Quelques médecins font des avortements dans leur clinique privée et les Québécoises sont nombreuses à se rendre aux États-Unis, plus particulièrement dans l'état de New York, pour avoir plus facilement accès à un avortement.

Rappelons l'existence, à cette époque, des agences de courtage à but lucratif qui obligeaient les femmes à payer de forts prix pour obtenir un rendez-vous pour un avortement. Ces agences, telles que Interprovincial et Betty Farhood pour nommer les plus célèbres, profitaient ainsi de la rareté et de la confusion qui a souvent régné en matière d'accès aux services d'avortement. Selon le Conseil du statut de la femme (CSF), « certains de ces intermédiaires ont été actifs jusqu'au début des années 1990 »⁷.

1976 : une année de changements politiques

C'est en 1976 que le Parti québécois (PQ) prend le pouvoir pour la première fois. Nouveau venu sur la scène politique, l'élection de ce parti apporte quelques avancées sur le plan des droits sociaux. Dès l'année de son entrée au pouvoir, le nouveau ministre de la Justice accorde l'immunité aux médecins qualifiés pour la pratique d'avortement en se basant sur la jurisprudence reconnaissant la défense de nécessité. C'est ainsi qu'au Québec, les démarches judiciaires prennent fin : Morgentaler et les autres médecins pratiquant des avortements sans l'accord des CAT et hors des centres hospitaliers ne seront plus poursuivis. Le congrès du PQ a par ailleurs voté une position pour l'avortement libre et gratuit, mais le chef du parti et premier ministre de l'époque, René Lévesque, y oppose son veto.

Cette ouverture du gouvernement a permis la reprise de la pratique de l'avortement dans les bureaux de médecin. Pour le Comité de lutte pour l'avortement et la contraception libres et gratuits cela signifiait « la reprise d'un florissant réseau d'avortements clandestins, permettant à quelques médecins d'accumuler une petite fortune à l'ombre de l'impôt, en empochant sous la table l'argent des femmes »⁸. De plus, la RAMQ autorise désormais la

⁵ Louise Desmarais, *op. cit.*, p. 74.

⁶ FQPN, *Tableau-synthèse : lutte pour l'avortement au Québec 1970-1985*, 1985, p. 2.

⁷ Conseil du statut de la femme, *L'avortement au Québec : état des lieux au printemps 2008*, Québec, 2008, p. 36.

⁸ Louise Desmarais, *op. cit.*, p. 149.

Henry Morgentaler et la justice

Le docteur Henry Morgentaler a ouvert sa première clinique d'avortement à Montréal en 1968, et donc en toute illégalité. Il est arrêté pour la première fois en 1970. Son procès, maintes fois retardé, ne débute qu'en 1973, soit après qu'il ait déclaré publiquement avoir pratiqué plus de 5 000 avortements illégaux. Lors de son premier procès, le docteur Morgentaler est acquitté en plaidant non coupable pour « défense de nécessité ». Notion importante en droit, la *nécessité* implique d'être contraint à violer la loi pour défendre un intérêt social plus important et sans profit pour soi-même⁹. Le docteur Morgentaler a donc plaidé que les actes « criminels » commis avaient pour but de protéger autrui d'un danger imminent.

Cette décision d'acquittement a cependant été portée en appel : dans un jugement fortement divisé, Henry Morgentaler est finalement jugé coupable par la Cour d'appel du Québec en 1974, décision confirmée par la Cour suprême du Canada en 1975. Il est donc condamné à 18 mois d'emprisonnement. Alors qu'il est incarcéré, Henry Morgentaler subit un deuxième procès, pour lequel il est

finalement acquitté. Encore une fois, la cause se rend en appel, mais la Cour d'appel du Québec réitère cette fois le verdict d'acquittement.

En 1976, cette saga judiciaire se poursuit avec un troisième procès. Henry Morgentaler est une fois de plus acquitté. Le gouvernement du Québec prend donc la décision de cesser les poursuites contre lui. Ayant toujours plaidé non coupable, malgré maintes pressions, des procès et une période d'emprisonnement, le docteur Morgentaler est devenu un symbole important de la lutte pour la décriminalisation de l'avortement. Alors âgé de 85 ans, Henry Morgentaler est choisi en 2008 pour recevoir l'Ordre du Canada, la plus haute distinction honorifique du pays. Cette reconnaissance de son dévouement exceptionnel envers la communauté s'accompagne encore aujourd'hui de récriminations et pressions de la part de groupes anti-choix et même d'une centaine de députés fédéraux, ce qui prouve une fois de plus que la lutte pour le droit des femmes à disposer de leur corps n'est pas terminée.

⁹ Centre de traduction et de terminologie juridiques (CTTJ), Faculté de droit, Université de Moncton.

rémunération des médecins pour la pratique de certains actes médicaux liés à l'avortement dans les cliniques privées (environ 80 \$ sont remboursés, alors que les médecins demandent de 200 \$ à 700 \$ aux femmes)¹⁰. Dans 27 des 95 centres hospitaliers de la province, on retrouve des CAT, mais seulement 14 de ces institutions ont des comités « fonctionnels », c'est-à-dire des CAT se réunissant lorsqu'il y a des demandes. En 1976, on comptabilise 7 249 avortements thérapeutiques pratiqués en centre hospitalier, dont 5 000 à l'Hôpital général de Montréal¹¹.

Les cliniques Lazure : une amélioration insuffisante

En 1977, le ministère des Affaires sociales (MAS) annonce une nouvelle mesure : des cliniques spécialisées en planification des naissances dans les centres hospitaliers. On doit y retrouver des services d'avortement thérapeutique, de stérilisation féminine et masculine, des services de contraception et de prévention des maladies transmissibles sexuellement. On les nomme « cliniques Lazure », du nom du ministre les ayant instaurées. Vingt et une cliniques au sein de centres hospitaliers sont prévues et elles doivent être réparties dans toutes les régions du Québec. Grâce à ces cliniques, on vise à donner aux femmes du Québec des services complets de planning des naissances et d'avortement. L'objectif gouvernemental est de permettre que l'avortement soit disponible dans au moins un hôpital par région.

En 1979, après plus de deux ans d'efforts pour implanter des cliniques de planification des naissances partout, il n'existe toujours aucun service d'avortement dans cinq régions du Québec. On dénombre seulement neuf hôpitaux pratiquant des avortements dans les 11 premières semaines de grossesse. Ces services sont situés à Montréal (trois points de service), Rimouski, Jonquière, Shawinigan, Val-d'Or et Trois-Rivières. Six hôpitaux pratiquent pour leur part des avortements après douze semaines de grossesse et on les retrouve à Montréal (trois anglophones et un francophone), Sherbrooke et Rouyn¹². L'implantation d'autres cliniques Lazure était alors en cours, mais de nombreuses pressions leur faisaient obstacle. Par exemple, toujours en 1979, des protestations publiques ont lieu à Val-d'Or et les anesthésistes refusent de travailler au service d'avortement; à Sept-Îles, le conseil d'administration et les médecins obstruent la possible implantation d'une clinique d'avortement, alors qu'au Centre hospitalier de l'Université Laval à Québec des rebondissements publics rendent difficile la mise en place du service.

Même avec l'implantation des cliniques Lazure, le fonctionnement des CAT demeure inconstant. Toujours en 1979, à Rimouski, sur 75 cas étudiés par les CAT, seulement cinq avortements ont été autorisés. À Jonquière, sur les 35 demandes d'avortement, 12 cas sont étudiés, mais aucune intervention n'est pratiquée. Ce sont donc toujours les hôpitaux

¹⁰ FQPN, *op. cit.*, p. 2.

¹¹ Claire Chabot, Manon Hotte et Sylvie Gravel, *Stratégie d'implantation des services d'avortement à l'intérieur des programmes de planification des naissances de certains CLSC*, 1983, p. 25.

¹² FQPN, *Situation générale*, 1981, p. 1-4.

anglophones de Montréal qui assurent la majorité des services : plus de 4 000 à l'Hôpital général de Montréal et une limite de 1 000 par année à l'Hôpital juif de Montréal de Montréal¹³.

Malgré les espoirs qu'elles ont fait naître, les cliniques Lazure ont rapidement été critiquées. En 1979, une enquête menée par la Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit (CNALG) montre de grandes lacunes dans les services offerts. Grâce à ces cliniques, on espère favoriser l'implantation de nouveaux CAT, mais les milieux hospitaliers demeurent libres de mettre en place – ou non – ces comités pouvant accorder l'accès à l'avortement. Certains conseils d'administration ou conseils de médecins de centres hospitaliers font de l'obstruction systématique, soit pour empêcher la mise en place de CAT, soit pour bloquer l'autorisation pour un avortement aux femmes qui le demandent. En plus des difficultés rencontrées à l'intérieur du cercle médical et les quotas imposés, l'implantation des cliniques Lazure reçoit des critiques qui émanent de l'extérieur et les pressions des groupes anti-avortement se font sentir.

Pendant tout ce temps, les CLSC faisaient des démarches auprès du MAS afin de pouvoir offrir des services d'avortement. En 1978, la Fédération des CLSC a d'ailleurs pris position pour la pratique d'avortement avant 12 semaines dans les CLSC¹⁴. Ces démarches se sont soldées par un refus du gouvernement qui continue de dire non à la pratique des avortements en dehors des hôpitaux, et ce, malgré le fait qu'il continue à rembourser les médecins qui pratiquent des avortements en clinique privée.

À la fin des années 1970, la FQPN avait réussi à mettre sur pied des associations régionales de planning des naissances dans toutes les régions administratives de la province afin de pallier à l'absence de services gouvernementaux. Avec les services de planning des naissances qui sont peu à peu offerts dans le réseau public de la santé, les associations régionales se transforment; certaines disparaissent alors que d'autres deviennent des collectifs féministes, ce qui a aussi pour effet de transformer la mission de la FQPN, qui devient un regroupement féministe au début des années 1980.

Après l'enquête de la CNALG, la FQPN fait à son tour un bilan des cliniques Lazure, en 1981. La FQPN remarque que ces cliniques ont apporté une amélioration des services dans les régions de Québec et du Nord-Ouest, mais déplore que certaines régions n'aient toujours pas de point de service. C'est le cas de l'Outaouais, de la Côte-Nord et de Chaudière-Appalaches. Dans d'autres régions, telles que Montréal et l'Estrie, l'arrivée des cliniques Lazure n'a pas apporté de changements significatifs sur l'offre de service¹⁵. La FQPN conclue que l'accessibilité à des services d'avortement ne peut être assurée que par l'abolition de la loi sur l'avortement. Le MAS se doit de prendre acte des critiques énoncées de plus en plus fortement et menace donc de retirer les budgets spéciaux prévus pour la mise sur pied de CAT et de services d'avortement aux centres hospitaliers récalcitrants.

¹³ FQPN, *Bilan des avortements pratiqués dans les cliniques Lazure*, 1981, p. 1.

¹⁴ CNALG, communiqué de presse, 16 mars 1982, p. 2.

¹⁵ FQPN, *Les cliniques Lazure : un constat d'échec*, communiqué, 24 février 1981, p. 1-2.

Les années 1980

Des avortements sans l'accord des CAT

Avec la décennie suivante, de nouveaux acteurs entrent en scène. D'abord, les centres de santé des femmes apportent une alternative en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes. C'est le Centre de santé des femmes du quartier Plateau-Mont-Royal, mieux connu sous le nom de Centre de santé des femmes de Montréal (CSFM), qui est le premier à voir le jour en milieu francophone en 1975. Les visées féministes et alternatives (à l'époque, fortement influencées par l'idéologie marxiste) sont clairement exprimées par les fondatrices du centre :

« On veut mettre sur pied un instrument qui appartienne aux femmes et à partir duquel elles pourront poser les problèmes spécifiques à leur condition de façon à pouvoir agir concrètement. [...] Ce qui conditionne la vie d'une femme, c'est d'abord et avant tout le fait de pouvoir avoir des enfants. Toute sa sexualité en dépend. Sa santé aussi. Le contrôle de sa sexualité se pose en terme de lutte et de pouvoir. »¹⁶

L'insatisfaction face au système de santé traditionnel prenant de l'ampleur, des centres de santé des femmes s'instaurent au tournant des années 1980 dans les régions de Québec, dans Lanaudière, en Mauricie, en Outaouais et en Estrie. Ils fournissent des services d'information, de référence, des formations, des activités d'éducation populaire, des recherches, etc. En 1979, le Centre de santé pour les femmes de Québec (CSFQ) ouvre ses portes et est le premier à offrir des services d'avortement. Il est suivi par le CSFM et la Clinique des femmes de l'Outaouais en 1981, puis, à Trois-Rivières, par le Centre de santé des femmes de la Mauricie en 1982. Rappelons que ces avortements, n'étant pas autorisés par des CAT, sont pratiqués dans l'illégalité.

Malgré l'inaction du gouvernement en vue d'instaurer des services d'avortement en CLSC, quelques-uns prennent la décision d'offrir tout de même ce service sans l'accord des CAT et, donc, également dans l'illégalité. En 1982, cinq CLSC montréalais et le CSFM rendent public le fait qu'ils pratiquent des avortements dans leurs propres installations et sans que les femmes aient à obtenir l'accord des CAT, donc sans se conformer aux prescriptions du *Code criminel*. Ils ont ainsi gagné leur pari, qui était de mettre le MAS devant le fait accompli et de l'obliger à prendre position sur ce dossier controversé. Le gouvernement a en effet décidé de ne pas tenter de poursuite ni d'agir pour contrer cette pratique, ce que le ministre des Affaires sociales de l'époque, Pierre-Marc Johnson, a justifié par l'existence d'une « zone grise sur le plan juridique »¹⁷ entourant la question de l'avortement.

¹⁶ Cité dans Louise Desmarais, *op. cit.*, p. 130.

¹⁷ *Ibid.*, p. 212.

La lutte des femmes pour le droit à l'avortement

La lutte pour le droit à l'avortement est sans conteste l'une des batailles les plus importantes du mouvement féministe québécois. Souvent associée au docteur Morgentaler, cette lutte a d'abord été menée par des milliers de femmes désirant obtenir le droit de disposer de leur corps. Selon Louise Desmarais, auteure du livre *Mémoires d'une bataille inachevée : la lutte pour l'avortement au Québec 1970-1992*, il y a eu quatre étapes dans la mobilisation québécoise pour le droit à l'avortement : la lutte juridique, la mise en place de services accessibles, la consolidation des revendications ainsi qu'une dernière période où les principaux gains se sont concrétisés.

De 1970 à 1976, c'est l'aspect juridique qui retient d'abord l'attention. L'« affaire Morgentaler » devient l'élément déclencheur de la mobilisation massive des femmes. Revendiquant en premier lieu la décriminalisation de l'avortement, de nombreuses organisations naissent et forment un réseau de soutien pour Henry Morgentaler, inculpé pour avoir pratiqué des avortements dans sa clinique montréalaise, et ce, sans l'accord de comités thérapeutiques. On retrouve mobilisées des organisations mixtes : le Front commun pour l'abrogation

des lois sur l'avortement (FCALA), le Comité de défense du docteur Morgentaler et la section québécoise de l'Association canadienne pour l'abrogation des lois sur l'avortement (ACALA). Un autre réseau de groupes de féministes, dont la perspective idéologique est globale et plus radicale, est

également impliqué dans la lutte. Le Front de libération des femmes du Québec (FLFQ), le Centre des femmes¹⁹ et le Comité de lutte

pour l'avortement et la contraception libres et gratuits constituent les principaux groupes représentant cette tendance.

Dans la deuxième étape de la lutte, de 1977 à 1982, les féministes adressent principalement leurs revendications au gouvernement provincial. Sans cesser de réclamer un changement au sein du *Code criminel* pour décriminaliser l'avortement, l'enjeu majeur de la période s'avère le besoin de services d'avortement de qualité, gratuits et accessibles au Québec. En 1978, un nouveau groupe émane et se met à jouer un rôle de leader dans la lutte : la Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit (CNALG). Composée de représentantes de groupes féministes, populaires, syndicaux, politiques et de travailleuses de la santé, la CNALG participe à la mise en place de la pratique illégale d'avortements dans les CLSC et les centres de santé des femmes.

Entre 1983 et 1989, les attaques des opposants à l'avortement forcent le

**Nous aurons les enfants
que nous voulons
Avortement libre et gratuit**

Slogan du Comité de lutte, 1977

**Nous, Québécoises, voulons
le contrôle de nos vies
Fini les avortements de boucherie**

Slogan du FCALA, 1971¹⁸

mouvement à adopter une attitude plus défensive. Pendant cette période, le conservatisme reprend du terrain et la montée de la droite se fait sentir au Québec. Les organisations les plus impliquées à l'époque sont la FQPN, le Centre de santé des femmes de Montréal (CSFM) et le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec (RCSFQ). Groupe rassembleur, la Coalition québécoise pour le droit à l'avortement libre et gratuit (CQDALG) est formée en 1986.

La quatrième étape de la lutte pour le droit à l'avortement se déroule de 1988 à 1992. « Criminelles, plus jamais », tel est le slogan qui donne le ton à cette période. Malgré la décriminalisation de l'avortement en 1988, les féministes ont dû rapidement se mobiliser dans le cadre de l'affaire Chantale Daigle. Avec une manifestation regroupant plus de 10 000 personnes à Montréal, le message est clair : les Québécoises n'acceptent plus que le droit à l'avortement leur soit abrogé. Plusieurs projets de loi ont d'ailleurs été déposés pour tenter de recriminaliser l'avortement, mais sans succès. Les féministes peuvent donc se consacrer à la mise en place de services d'avortement de qualité, accessibles et gratuits.

**C'est aux femmes
de décider
L'État n'a rien à imposer**

Slogan de la CQDALG, 1989

**Maternité : un choix
Avortement : un droit**

Slogan de la CQDALG, 1987

Dans cette lutte, l'enjeu central devient rapidement le droit des femmes de disposer de leur corps. À travers toutes ces années, la mobilisation a pris diverses formes : manifestations, mémoires, conférences de presse, manifestes, actions directes, pétitions, lettres, télégrammes, activités d'éducation populaire, articles, brochures, etc. Ce qui est réclamé : le droit des femmes de décider de leur maternité, l'avortement libre et gratuit, la maîtrise de la fécondité, le contrôle de son corps et le respect du choix des femmes.

Les revendications du mouvement se résument en deux sphères : la première étant juridique (le retrait de l'avortement du *Code criminel* et l'arrêt des poursuites judiciaires contre le docteur Morgentaler) et la deuxième est politique (la contraception gratuite, efficace et sécuritaire pour les femmes : le financement et le soutien accru aux programmes de planning des naissances, dont des services d'avortement accessibles, de qualité et gratuits, partout au Québec). Et depuis, les féministes savent que l'avortement ne sera jamais un droit acquis. C'est pourquoi elles étaient et sont toujours à l'affût des menaces à ce droit difficilement gagné.

Pour en savoir plus : Louise Desmarais, *Mémoires d'une bataille inachevée : la lutte pour l'avortement au Québec 1970-1992*, Montréal, Trait d'union, 1999.

¹⁸ La recherche historique de slogans a été effectuée par Louise Desmarais.

¹⁹ Le Centre des femmes, fondé à Montréal en 1972 par quatre militantes féministes et socialistes, offre un service d'information et de référence pour des services de contraception et d'avortement. Des médecins collaborent avec ce centre qui reçoit alors des femmes sur rendez-vous.

« L'implantation de services d'avortement sur demande dans les Centres de santé des femmes et dans les CLSC permettra aux femmes d'obtenir des services de qualité, accessibles à toutes [...]. Mais surtout, les femmes n'auront plus à entreprendre les démarches infantilisantes et insécurisantes pour obtenir la permission des comités d'avortement thérapeutiques pour avorter. Les Centres de santé des femmes et les CLSC reconnaissent que c'est aux femmes, et à elles seules, de décider de mettre fin à une grossesse non désirée. »

CNALG, communiqué du 16 mars 1982

Le contexte politique et juridique dans lequel les CLSC ont amorcé leur démarche s'inscrit dans la lutte pour l'avortement libre et gratuit, alors que la population adopte de plus en plus une position favorable à l'avortement. Les CLSC ayant obtenu des budgets spéciaux pour développer des programmes d'information et de consultation en planning des naissances en 1976, certains d'entre eux en ont profité pour élargir leur mission, passant du service de référence à la pratique d'avortements. Les coûts jugés exorbitants qui sont exigés par les cliniques privées et la qualité inégale des services offerts sont d'autres arguments utilisés par les CLSC pour justifier leurs activités « illégales ». Les médecins des CLSC et des centres de santé des femmes qui pratiquent des avortements étaient rémunérés par des fonds publics pour les actes médicaux couverts par la RAMQ : le gouvernement ne pouvait donc pas prétendre ignorer cette situation qu'il a plutôt choisi de tolérer.

Maintenir les acquis et augmenter les services

À la suite de la dissolution de la CNALG en 1982, le Comité de vigilance, instance informelle qui regroupe au départ des intervenantes féministes des CLSC, du CSFM et de la FQPN, est mis sur pied. C'est à partir de cette époque que le mouvement se fera davantage appeler « mouvement pro-choix », choisissant de mettre l'accent sur l'idée que le recours à l'avortement doit être un choix offert aux femmes, et ce, pour qu'un nombre plus grand de personnes adhèrent à cette cause. Le Comité de vigilance, lieu d'information et de ressourcement, devient progressivement un espace de réseautage pour l'ensemble des intervenantes en avortement issues autant des milieux public, communautaire que privé, dans le but de favoriser le développement de services d'avortement accessibles et de qualité pour les Québécoises²⁰.

Aux CLSC précurseurs, n'ayant pas été contraints de cesser de pratiquer des avortements, se joignent progressivement d'autres CLSC, à l'extérieur de la métropole cette fois. Le fait d'implanter des services d'avortement dans les CLSC est d'ailleurs perçu comme un geste politique.

²⁰ Louise Desmarais, *op. cit.*, p. 225

« Nous désirons situer la pratique des avortements en CLSC dans son contexte juridique et politique. Pratiquer des avortements libres et gratuits en CLSC, ce n'est pas simplement un service de plus à la suite de nos programmes ou interventions en planning des naissances. C'est plutôt prendre position dans un long et houleux débat juridique et politique : c'est aussi devenir très concrètement acteur(trice) dans la lutte actuelle [...]. À travers le Canada, les groupes militants pour le libre choix nous regardent et s'appuient sur les gains effectués par les CLSC et les centres de santé des femmes pour revendiquer à leur tour, dans leur province respective, l'accessibilité à l'avortement libre et gratuit. »

Les intervenantes des CLSC face à l'avortement²¹

Une des premières recherches sur le sujet²² démontre qu'en 1985, 18 413 avortements ont été financés (du moins, en partie) par l'État. Ces avortements ont été pratiqués dans des hôpitaux avec l'accord de CAT dans 72 % des cas, alors que 11 % des avortements ont eu lieu dans des centres de santé des femmes, 9 % en clinique privée et 8 % dans des CLSC²³. À ces données doivent être ajoutés les avortements clandestins, non déclarés à l'État, qui sont estimés de 2 100 à 8 300 par année. Finalement, même si de nouveaux points de service sont ajoutés en région, 65 % des avortements ont encore lieu à Montréal en 1985²⁴.

Et vers la fin des années 1980, huit CLSC se sont ajoutés aux cinq CLSC montréalais pratiquant des avortements, et ce, toujours sans l'approbation des CAT. Au total, on compte, en 1988, sept CLSC dans la grande région métropolitaine (CLSC du Marigot, CLSC Montréal-Nord, Clinique des jeunes Saint-Denis, CLSC Rivière-des-Prairies, CLSC Hochelaga-Maisonneuve, CLSC Centre-Sud, CLSC Centre-Ville); deux CLSC en Montérégie (CLSC Saint-Hubert, CLSC La Pommeraie); deux CLSC au Saguenay-Lac-Saint-Jean (CLSC Le Norois, CLSC Saguenay-Nord) et deux CLSC dans les Laurentides et Lanaudière, soit le CLSC de Sainte-Thérèse (jusqu'en 1986) et le CLSC Norman-Bethune (jusqu'en 1988)²⁵.

Ressac et retour en force

Parallèlement, la deuxième partie des années 1980 sera marquée par une recrudescence des actions des groupes anti-choix pour bloquer l'accès aux services d'avortement, ce qui oblige les membres du Comité de vigilance à davantage d'interventions dans l'espace public. L'intensification de l'action et du lobbying des groupes anti-choix se fait sentir tant au Québec que dans les autres provinces du pays. Aux principaux groupes anti-avortement canadiens, qui jouissent désormais de nouvelles ramifications québécoises, se joignent des

²¹ *Les intervenantes des CLSC face à l'avortement*, [document interne produit par les intervenantes], 1983, p. 13-14.

²² Luce Harnois, *Rapport de recherche sur l'avortement au Québec, Regroupement des centres de santé des femmes du Québec*, 1987.

²³ Luce Harnois, citée dans Louise Desmarais, *op. cit.*, p. 292-293.

²⁴ *Loc. cit.*

²⁵ CSF, *État de situation : la disponibilité des services d'avortement au Québec*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], 1989, p. 11-46.

organisations telles que Real Women et le Parti de l'héritage chrétien qui leur font écho par la promotion d'idées conservatrices et de la droite religieuse.

Parmi leurs champs d'action, soulignons le lobbying pour la reconnaissance de droits au fœtus et la propagande anti-avortement dans les écoles. La Coalition pour la vie de Groulx réussit d'ailleurs à faire cesser la pratique d'avortements au CLSC Sainte-Thérèse par l'élection au conseil d'administration de quatre représentants opposés à l'avortement. De plus, les médecins pratiquant des avortements sont également aux prises avec ces groupes de pression. Le fondateur de Combat pour la vie dépose une plainte contre le docteur Yvan Machabée de la clinique privée montréalaise du même nom en 1985, alors que le groupe Coalition pour la vie du Saguenay-Lac-Saint-Jean dépose une plainte contre le docteur Jean-Denis Bérubé du CLSC Saguenay-Nord l'année suivante. Ces plaintes privées seront rapidement déboutées par le ministre libéral de la Justice, Herbert Marx, qui ordonne l'arrêt des procédures judiciaires contre des médecins pratiquant des avortements, se basant sur la décision du gouvernement péquiste de 1976 de ne plus poursuivre de médecins pour la pratique d'avortements.

En réaction à la résurgence des actions du mouvement anti-choix, une nouvelle organisation naît en 1986 : la Coalition québécoise pour le droit à l'avortement libre et gratuit (CQDALG). Les prises de position et actions se multiplient pour assurer le maintien des fragiles services d'avortement au Québec. Parmi les actions organisées en 1986 et 1987, mentionnons une mobilisation pour défendre l'offre de services d'avortement au Saguenay-Lac-Saint-Jean, la tenue d'un « procès populaire » devant le CLSC Sainte-Thérèse, une Journée québécoise d'action pour le droit à l'avortement, ainsi qu'une manifestation « Maternité un choix – Avortement un droit! ». En 1987, la CQDALG regroupe 218 membres collectifs (groupes de femmes, groupes populaires et syndicats)²⁶. Les avancées des organisations anti-avortement sont ainsi contrées par une recrudescence de la mobilisation.

Droit versus accessibilité

C'est en janvier 1988 que l'avortement est décriminalisé au Canada. Le docteur Morgentaler étant en procès depuis 1983 à la suite de l'ouverture d'une clinique d'avortement en Ontario, c'est finalement la Cour suprême du Canada qui prononce son acquittement et abroge le *Code criminel* pour en retirer l'article 251. Il est donc désormais reconnu que l'intégrité physique et émotionnelle des femmes passent par leur droit à disposer de leur corps et, donc, par le droit de choisir l'avortement.

« Nous avons prouvé que nous étions capables de nous battre pour faire respecter nos droits et nous continuerons à le faire. »

FQPN, communiqué du 29 janvier 1988

²⁶ Louise Desmarais, *op. cit.*, p. 230.

Au Québec, c'est bien sûr dans la joie qu'est accueillie cette nouvelle. Dès le lendemain de cette décision, le 29 janvier 1988, une célébration de ce jugement historique se déroule, mais pendant laquelle les féministes soulignent également l'importance de continuer la lutte. En effet, la décriminalisation de l'avortement n'apporte ni la fin des pressions anti-avortement ni l'assurance de l'accès à des services de qualité partout dans la province.

Un an après la décriminalisation de l'avortement, un événement viendra d'ailleurs chambouler les femmes du Québec. Il s'agit de l'histoire de Chantale Daigle, une femme enceinte décidant de quitter son conjoint violent, Jean-Guy Tremblay. Ce dernier obtient, à la suite de procédures judiciaires, une injonction interdisant à son ex-petite amie de se faire avorter au nom des supposés « droits à la vie du fœtus » et « droits du père » sur sa progéniture. Désormais appelée « l'affaire Chantale Daigle », l'histoire de cette femme n'ayant pas le droit de recourir à l'avortement – la seule au Canada – a entraîné la consternation des militantes féministes et des femmes du Québec. Le 27 juillet 1989, dans les rues de Montréal, ce sont 10 000 personnes qui manifestent leur soutien à Chantale Daigle à l'appel de la CQDALG. Celle-ci obtiendra gain de cause à la Cour suprême du Canada, mais elle n'attendra pas ce verdict pour agir. Enceinte de 21 semaines, elle choisit de défier la loi et de faire appel au CSFM pour l'aider à organiser son avortement aux États-Unis.

En 1989, le jugement Morgentaler est également remis en question par le dépôt du projet de loi C-43 sous le gouvernement conservateur de Mulroney. C-43 propose une législation semblable à ce qui prévalait de 1969 à 1988 puisque ce projet de loi prévoit faire de l'avortement un acte illégal, passible d'un emprisonnement de deux ans, sauf s'il est pratiqué par un médecin jugeant la vie ou la santé de la femme en danger. Malgré les pressions et les mobilisations du mouvement des femmes, le controversé projet est adopté par la Chambre des communes. Ce projet de loi est défait de justesse au Sénat, à la suite d'un partage égal des voix.

Le jugement Morgentaler a donc été promptement suivi de soubresauts sur le plan juridique, mais par la suite, c'est l'accessibilité aux services d'avortement qui devient le principal cheval de bataille.

Les années 1990

L'état des services

Grâce à la décriminalisation de l'avortement, les années 1990 apportent une période d'engagement et de politiques publiques. Premier constat : connaître l'état de la situation des services d'avortement disponibles au Québec s'impose. Une recherche réalisée par le Conseil du statut de la femme répond à ce besoin et les résultats sont rendus publics en 1992.

On y constate que les services d'avortement sont offerts dans 46 établissements du Québec, soit 27 centres hospitaliers (58,7 %), 12 CLSC (26,1 %), quatre cliniques privées (8,7 %) et trois centres de santé des femmes (6,5 %) ²⁷.

La disparité régionale a toujours été une problématique importante dans l'offre de services d'avortement. Au début des années 1990, Montréal détient 40 % des ressources d'avortement en hôpitaux, 50 % des services en CLSC, la totalité des cliniques privées d'avortement, en plus d'un des rares centres de santé des femmes offrant le service. Trois régions de la province n'offrent toujours pas de services d'avortement : le Nord-du-Québec, Chaudière-Appalaches et Lanaudière. Dans le cas de cinq régions, on ne retrouve qu'un seul point de service, ce qui occasionne davantage de précarité : un manque de personnel ou un bris d'équipement peut impliquer l'arrêt temporaire des services d'avortement. Ces régions moins bien desservies sont le Bas-Saint-Laurent, l'Estrie, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte-Nord ²⁸.

Dans son étude, le CSF déplore ces disparités et affirme souhaiter que davantage de CLSC pratiquent des avortements pour répondre aux besoins des femmes. Pour expliquer le peu de CLSC pratiquant des avortements, le Conseil mentionne entre autres « les valeurs conservatrices de certains milieux, la résistance des médecins [...] et le manque de ressources financières » ²⁹. Les recommandations qui concluent cette étude sont faites en regard des principes d'autonomie et d'intégrité des femmes. Il y est notamment question d'améliorer les activités d'information, de sensibilisation et de formation en éducation sexuelle et en planification des naissances. Le CSF revendique également l'instauration de services d'avortement dans toutes les régions du Québec et la gratuité de tous ces services.

La Corporation professionnelle des médecins du Québec publie à la même période *L'avortement : éléments d'un exercice de qualité*. Premier document de ce type par une association médicale au Canada, il y est question de l'avortement sous un angle strictement médical. On y reconnaît donc que l'avortement est un acte médical devant être assuré par les régimes provinciaux. La Corporation vise alors à assurer la qualité de services d'avortement offerts et cerne des obstacles empêchant alors l'accessibilité des services, dont le peu de médecins pratiquant des avortements et les disparités régionales ³⁰.

Parmi les orientations gouvernementales prises à l'époque, mentionnons une politique en matière de condition féminine en 1993, qui traite des enjeux à venir pour les dix prochaines années, dont l'autonomie économique, l'intégrité physique et psychologique des femmes et l'élimination de la violence envers elles. Le besoin d'assurer l'accès à des services intégrés et complets de planification des naissances et d'IVG y est d'ailleurs souligné ³¹.

²⁷ CSF, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, mai 1992, p. 30.

²⁸ *Ibid.*, p. 31.

²⁹ *Ibid.*, p. 33.

³⁰ Corporation professionnelle des médecins du Québec, *L'avortement : éléments d'un exercice de qualité*, 1989.

³¹ Secrétariat à la condition féminine, *Un avenir à partager : la politique en matière de condition féminine*, 1993.

Les besoins des femmes en matière d'avortement

Le besoin de services intégrés en avortement est exprimé depuis longtemps, alors que très peu d'établissements offrent cette possibilité. Les femmes désirent des services d'avortement accessibles, humains, respectueux de leur expérience et de leurs choix. Or, les chemins qui mènent au libre choix et à l'accessibilité des services de planification des naissances adaptés aux besoins des femmes sont parsemés d'embûches. Qu'il s'agisse de la diminution des ressources du système de la santé, du mouvement anti-choix ou encore de l'inégalité des hommes et des femmes qui prévaut encore dans notre société, les obstacles sont nombreux et variés.

L'accessibilité et la qualité des services d'avortement se mesurent de différentes façons : la proximité des services, la rapidité pour obtenir l'intervention, la gratuité des services, l'implication de la femme dans les choix d'intervention et de médication ainsi qu'une approche respectueuse et exempte de jugements sont des éléments qui doivent être assurés aux femmes choisissant l'avortement. Une recherche-action de la FQPN, publiée en 2001, fait état des besoins des femmes en planning des naissances. Le manque de services de planning des naissances en CLSC accessibles pour l'ensemble des femmes, l'effritement des services en lien avec les restrictions budgétaires imposées en santé dans la course provinciale au déficit zéro, le manque général de ressources (tant pour les interventions individuelles, la production de documentation informative et objective, que pour l'embauche de professionnelles de la santé de multiples disciplines), l'abolition des cours d'éducation sexuelle dans les écoles, font partie des constats inquiétants pour la FQPN.

En ce qui a trait à l'avortement, le délai d'attente (souvent de trois à quatre semaines) pour l'obtention de services était la principale critique formulée par les Québécoises participant à la recherche-action. Mentionnons également la concentration des points de service en milieu urbain, ce qui rend l'accès plus difficile pour de

nombreuses femmes qui doivent parcourir plus d'une centaine de kilomètres pour obtenir un avortement. Le temps de transport et la durée de l'intervention – qui nécessite parfois la pose de tiges laminaires la veille – obligent souvent les femmes à s'absenter une journée de leur maison ou de leur travail. De plus, les frais d'hébergement peuvent augmenter la facture. Dans le cas des avortements ayant lieu après les 14 premières semaines de grossesse, ces problèmes sont d'autant plus présents.

Pour la FQPN, certains éléments sont nécessaires pour répondre aux besoins des femmes en matière de services d'avortement et en assurer la qualité. Les voici :

Des critères de base à respecter

- Accessibles, gratuits et sécuritaires
- Respectueux du choix des femmes, sans jugement ni discrimination

Des services adaptés

- Confidentiels et discrets
- Un contact humain (et non un répondeur) pour la prise de rendez-vous et la référence
- Un soutien qui favorise une prise de décision éclairée, sans pression ni contrainte
- Des services de soutien post-avortement, au besoin
- La possibilité d'être accompagnée

Des facilités pour les femmes

- Après la décision, que l'avortement soit offert dans un délai d'une semaine
- Que l'intervention nécessite le moins de déplacements et de rendez-vous possibles

Un environnement approprié

- Un environnement offrant soutien et empathie
- Des services connexes (échographie, rencontre pré-intervention, etc.) offerts au même endroit
- Un service dans un lieu réservé à cette fin avec du personnel formé et pro-choix
- Des services offerts par des établissements sans but lucratif, imputables et transparents.

Un an plus tard, le Caire accueille la *Conférence internationale sur la population et le développement des Nations Unies*. Le Québec et le Canada sont signataires du programme d'action qui y est développé, programme reconnaissant entre autres les droits en santé reproductive :

« Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. [...] Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. [...] Le principe du choix libre et éclairé est une condition essentielle du succès à long terme de ces programmes de planification familiale. »³²

Conférence internationale sur la population et le développement des Nations Unies, Caire, 1994

Des orientations ministérielles pour le Québec

En 1996, la politique en planification familiale de 1972 est actualisée grâce à l'adoption des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Ces engagements font suite à une consultation entreprise en 1992. Les trois principes directeurs de ces orientations gouvernementales sont :

1. la liberté et la responsabilité des femmes et des hommes dans l'exercice des choix qui ont trait à leur capacité de procréer;
2. le droit fondamental des femmes et des hommes à l'intégrité physique;
3. l'accessibilité universelle et la gratuité des services³³.

L'objectif de ces orientations est de promouvoir l'exercice de choix éclairés en matière de planification des naissances et de favoriser la santé sexuelle. Les modifications dans les mentalités et comportements sexuels de la population québécoise y sont reconnues, d'où la nécessité d'adapter les services de santé à cette nouvelle réalité déjà bien ancrée. En ce qui concerne l'avortement, les *Orientations* de 1996 affirment le besoin d'appuyer les femmes aux prises avec une grossesse non désirée dans leur prise de décision; de répondre aux besoins spécifiques des femmes par des interventions adaptées; de réduire le taux d'IVG de

³² Action Canada pour la population et le développement, *Droits et santé en matière de reproduction et de sexualité*, 2008, réf. du 23 juin 2009, http://www.mpfef.gov.ml/d_e_bibliotheque/e1.pdf

³³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Gouvernement du Québec, 1996, p. 17-18.

deuxième trimestre; de favoriser le recours à des techniques moins invasives; et de répondre aux besoins psychosociaux des femmes qui choisissent l'avortement³⁴. Devant l'urgence de remédier à certaines lacunes spécifiques, des budgets particuliers sont attribués pour trois priorités : 200 000 \$ pour réduire le taux de grossesse à l'adolescence en milieu défavorisés; 70 000 \$ pour instaurer un point suprarégional dans la région de Québec pour les avortements de deuxième trimestre; et 120 000 \$ pour mettre en place un point de service d'avortement dans Chaudière-Appalaches³⁵.

Mis à part ces trois exceptions, aucun budget général n'accompagne ces objectifs gouvernementaux et la mise en œuvre des *Orientations* tarde à venir, ce qui est déploré par le mouvement des femmes. Cette situation est entre autres soulignée par le CSF qui, dans un document commentant les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, réitère que le gouvernement doit prendre en charge financièrement la totalité des avortements et assurer aux femmes la gratuité de ce service médical³⁶. De plus, le CSF affirme que ces orientations « manquent de cohérence et de détermination faute d'engagements ministériels fermes »³⁷. Les craintes émises en 1996 par le CSF se sont avérées fondées puisque ce n'est que près de quatre ans plus tard qu'un plan de mise en œuvre de ces orientations est finalement proposé, alors qu'il s'agissait d'une situation considérée « prioritaire ». Ce n'est que dans les années 2000 que ce plan d'action est réalisé, entraînant une augmentation du financement et une amélioration de l'organisation des services.

Les années 2000

Dans les années 1990 et 2000, le système public de santé québécois a subi de multiples transformations : virage ambulatoire, décentralisation, compressions budgétaires, réorganisation, fusion des établissements, etc. L'obsession du déficit zéro et le « manque de financement » forment la principale toile de fond de l'entreprise de reconfiguration faite par le gouvernement du Québec. On assiste graduellement à un désengagement étatique et un transfert des responsabilités collectives vers l'individu et le secteur privé.

Les services de planning des naissances ne sont pas sortis indemnes de ces multiples transformations. Des établissements ont dû cesser certaines de leurs activités en raison de restrictions budgétaires. C'est le cas, dans les années 1990, de la Régie régionale de Montréal-Centre qui a fermé deux établissements qui offraient des services de planning des naissances et d'avortement, de l'Hôpital Royal Victoria à Montréal qui a cessé d'offrir des services d'avortement de deuxième trimestre et de l'Hôpital Charles-Lemoyne en Montérégie, qui a fermé sa clinique de planning des naissances, ne pratiquant désormais des avortements qu'au département de chirurgie d'un jour.

³⁴ *Ibid.*, p. 24.

³⁵ FQPN, *Le planning des naissances au Québec : portrait des services et paroles de femmes*, 2001, p. 15.

³⁶ Conseil du statut de la femme, *Commentaires sur les orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, 1996, p. 11.

³⁷ *Ibid.*, p. 21.

De nombreux établissements, tant des CLSC que des centres hospitaliers, aux prises avec des coupures draconiennes, se voient également dans l'obligation de diminuer le nombre d'avortements pratiqués par semaine. Dans certains cas, la solution préconisée est de diluer les services de planning des naissances dans les services courants ou d'offrir ces services à des « clientèles ciblées », principalement les jeunes et les femmes aux prises avec des problématiques multiples. Ajoutons à ce portrait les interruptions fréquentes des services dans certains établissements en lien avec, entre autres, le manque de ressources humaines. Les responsables des services de planning ont présenté un tableau peu reluisant de leur réalité au travail dans le portrait des services de planning des naissances publié par la FQPN en 2001³⁸ : la grande majorité constate une augmentation des besoins et des demandes de services, la complexification des problématiques, l'augmentation de leurs tâches, et ce, dans un contexte de restrictions budgétaires et de diminution des ressources humaines.

Consolider les services d'avortement

Malgré cette situation difficile, des engagements gouvernementaux demeurent. Rappelons que les démarches effectuées par le MSSS dès 1992, ayant donné les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* de 1996, ont engendré la mise en place d'un plan d'action en 1999. C'est finalement en octobre 2001 que le gouvernement du Québec accorde le financement nécessaire au respect de ces engagements.

« Les Québécoises pourront dorénavant compter sur des services d'interruption de grossesse accessibles, à la grandeur du Québec. Il s'agissait là d'un engagement ferme du gouvernement à l'égard des femmes, et cet engagement se concrétise maintenant à la faveur d'une mise de fonds de 3,2 millions \$. »

**Agnès Maltais, ministre déléguée à la Santé,
aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse,
communiqué du 4 octobre 2001**

Les services d'avortement ne fonctionnaient alors qu'avec les budgets accordés pendant les années 1980, soit avant même la décriminalisation de l'avortement. Le nouvel investissement était donc fort attendu. Des 3,2 millions \$ investis pour consolider les services d'avortement, le gouvernement accorde 2,7 millions \$ en budget récurrent. Une répartition régionale de cette injection de fonds est assurée : toutes les régions obtiennent un montant pour assurer minimalement un point de service d'avortement de premier trimestre (les montants varient de 13 000 \$ dans les Laurentides jusqu'à 800 000 \$ pour la région montréalaise) et un montant de 485 000 \$ non récurrent est réservé à l'achat d'équipements spécialisés ou l'aménagement de locaux dans quatre régions : l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches et la Montérégie. Avec le développement de services pour la région

³⁸ FQPN, *Le planning des naissances au Québec : portrait des services et paroles de femmes*, 2001, 106 p.

de Chaudière-Appalaches, toutes les régions du Québec sont maintenant desservies minimalement par un point de service d'avortement de premier trimestre.

Lignes directrices et protocole

L'injection de fonds de 2001 est suivie par la réalisation de deux protocoles importants : des lignes directrices du Collège des médecins du Québec et un protocole pour les avortements de deuxième trimestre du MSSS.

En effet, après une première publication en 1989, le Collège des médecins récidive en 2004 avec le document *L'interruption volontaire de grossesse : lignes directrices du Collège des médecins*. Son objectif principal est de présenter aux omnipraticiens et aux obstétriciens-gynécologues des lignes directrices pour assurer la pratique d'interventions cliniques les moins invasives, ainsi que les dimensions psychosociales qu'ils se doivent de considérer pour assurer un service de qualité aux femmes choisissant l'avortement. Le Collège des médecins veut donc assurer une pratique de qualité, tant en centre hospitalier, en CLSC, qu'en cliniques privée ou communautaire.

Ce document aborde l'avortement d'un point de vue uniquement médical. Les jugements moraux, mais aussi la défense de la légitimité de l'acte sont exclus des lignes directrices du Collège des médecins. En effet, les médecins disposent d'une « clause de conscience » leur permettant de refuser la pratique d'actes médicaux qu'ils jugent contraires à leur sens moral.

« Les opinions sur l'IVG divergent, et ces lignes directrices n'ont pas pour but d'être un plaidoyer en sa faveur, les médecins et les femmes ayant toujours la liberté de choisir. »³⁹

Collège des médecins

Parmi les considérations invoquées dans les lignes directrices, les connaissances requises – tant par les médecins que tout autre personnel de la santé – sont jugées essentielles. Le Collège souligne par ailleurs que la présence de personnel féminin peut favoriser un environnement propice pour les femmes vivant cette intervention. L'évaluation pré-avortement incluant, entre autres, l'histoire gynécologique et contraceptive de la femme, et l'examen physique complet permettant de déterminer l'âge gestationnel sont également considérés à titre de pratiques préalables nécessaires. Assurer le consentement éclairé et favoriser l'accès au counselling sont d'autres recommandations du Collège des médecins. Les lignes directrices de 2004 rappellent également que plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour soulager la douleur et que le choix doit être adapté aux situations (le bloc cervical à favoriser en premier lieu puisque moins invasif, l'anesthésie péridurale ou encore l'anesthésie générale, qui doit cependant être réservée aux cas particuliers).

³⁹ Collège des médecins, *L'interruption volontaire de grossesse, Lignes directrices du Collège des médecins*, septembre 2004, p. 4.

Le Collège des médecins explique aussi les différents types d'avortement. Pour les interventions du premier trimestre (les 14 premières semaines), on recommande la méthode chirurgicale (une méthode sécuritaire, nécessitant dans certains cas la préparation du col de l'utérus à l'aide de médicaments ou de tiges laminaires) ou la méthode par médicament (méthode pharmacologique, à utiliser pour les grossesses de moins de 63 jours dans un milieu prévu à cet effet). En ce qui concerne les interventions de deuxième trimestre (plus de 14 semaines), moins fréquentes, le Collège des médecins expose trois types de techniques opératoires à utiliser selon le stade gestationnel et les situations : la dilatation et aspiration (grossesse de moins de 15 semaines, semblable à la méthode chirurgicale utilisée au premier trimestre); la dilatation et évacuation chirurgicale (technique nécessitant l'usage de pinces et spéculums adaptés et pouvant nécessiter deux applications de tiges laminaires); puis l'induction du travail (solution de rechange à l'approche chirurgicale pour les grossesses interrompues après 20 semaines, cette technique requiert l'hospitalisation).

Le *Protocole d'accueil et de référence pour les interruptions volontaires de grossesse (IVG) du deuxième trimestre* est également publié en 2004. Ce protocole, destiné au personnel intervenant du réseau de la santé et des services sociaux, décrit les indications de référence à suivre pour les services d'avortement de plus de 13 semaines. En fait, afin d'assurer une meilleure accessibilité des services d'avortement de deuxième trimestre aux femmes du Québec, le MSSS a établi des corridors de services et trois régions ont été mandatées pour offrir ce service : Québec, Estrie et Montréal. Ces trois régions sont en mesure d'assurer les services d'avortement de 14 à 20 semaines et l'Estrie dessert l'ensemble du Québec pour ce qui est des avortements allant jusqu'à 22 semaines de grossesse complétées. De plus, la région de Montréal, par le CSSS Jeanne-Mance, se voit attribuer le mandat de coordination provinciale des services d'avortement de 23 semaines et plus, ces rares cas étant dirigés aux États-Unis.

En ce qui concerne les coûts des avortements de deuxième trimestre, l'intervention en tant que telle est assurée par le régime public, mais des frais peuvent s'ajouter pour les femmes, entre autres pour le déplacement. La *Politique de déplacement des usagers du MSSS* s'applique dans ces cas : pour être défrayé par l'État, le déplacement vers un des trois points de service d'avortement doit excéder 250 km. Dans de telles situations, le coût de l'essence et un montant forfaitaire de 75 \$ par jour sont accordés. Pour des déplacements moindres, les pertes financières doivent être assumées par les femmes (déplacements, congés, garderie, etc.) Dans le cas des avortements pratiqués aux États-Unis, l'intervention est assurée par le gouvernement québécois, mais les autres frais sont assumés par les femmes : en 2004, on évaluait à environ 500 \$ les frais afférents pour les femmes pour un avortement dans l'état de New York (jusqu'à 23 semaines) et à près de 2 000 \$ dans l'état du Kansas (plus de 24 semaines). Mais l'assassinat du docteur George Tiller le 31 mai 2009, qui était un des très rares médecins à pratiquer des avortements tardifs, et la fermeture subséquente de sa clinique du Kansas, compromettent de façon sérieuse l'accès à ce type de services qui demeure crucial pour les femmes.

Les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* de 1996 soulignaient que l'amélioration des services d'avortement était une priorité gouvernementale. Ce n'est pourtant que cinq ans plus tard que cette priorité a été concrétisée par un investissement de 3,2 millions \$ et que l'organisation et la coordination des services du réseau public ont aussi été améliorées. Malgré ceci, un enjeu important demeure, car au milieu des années 2000, près du tiers des avortements étaient pratiqués en clinique privée et au CSFM, là où les femmes doivent payer ou contribuer financièrement pour obtenir le service. La gratuité des services d'avortement, un des grands principes des *Orientations ministérielles*, n'est jusque-là toujours pas appliquée.

Le recours collectif de l'Association pour l'accès à l'avortement

En 2006, un jugement important vient changer la donne en matière d'accessibilité des services d'avortement au Québec. L'Association pour l'accès à l'avortement, créée dans le but de défendre la gratuité des services, a intenté un recours collectif contre le gouvernement du Québec pour qu'il rembourse les femmes ayant payé pour un avortement de 1999 à 2006.

Rappelons qu'au début des années 2000, en plus des 40 établissements publics (CLSC et CH) offrant des avortements, on retrouve quatre cliniques privées (toutes situées à Montréal) et trois centres de santé des femmes qui pratiquent cette intervention médicale au Québec. En 2006, 44 % des avortements à Montréal ont été pratiqués par les cliniques privées et le CSFM, soit les cinq points de service qui exigent des frais allant de 40 \$ à 350 \$ (non remboursables par la RAMQ) aux femmes pour le service d'avortement. Pour l'ensemble du Québec, c'est plus d'une femme sur quatre qui aura dû payer pour recevoir le service d'avortement en 2006.

Soulignons également qu'à ce moment, les délais d'attente étaient quasi inexistantes en clinique privée, alors qu'au public, les femmes pouvaient attendre jusqu'à trois ou quatre semaines pour obtenir un rendez-vous pour l'intervention. Le CSF, dans son *État des lieux*, rapporte que le délai d'attente peut être un élément important pour une femme dans son choix de l'établissement où elle se fera avorter malgré les coûts qu'implique une intervention en clinique privée. Les femmes de la grande région de Montréal et des environs ayant les moyens de payer pour un avortement bénéficiaient ainsi d'un système à deux vitesses, ce qui entre en contradiction avec le principe d'accès universel et de gratuité des services.

Dans le jugement du recours collectif, émis le 17 août 2006, la juge Nicole Bénard met en évidence que les femmes ne devraient pas avoir à payer pour un avortement, mais que cette situation perdure puisque le réseau public n'est pas en mesure de répondre à tous les besoins en matière d'avortement. On y démontre que le fait qu'une proportion importante des

avortements étaient pratiqués au privé et, donc, assumés financièrement par les femmes, était une situation connue et même encouragée par le gouvernement du Québec.

« Permettre aux cliniques privées d'exiger des frais supplémentaires pour des services assurés, et ce, en sachant qu'il y va de leur survie, érige en système ce que la loi interdit. [...] L'État sait très bien que les femmes paient un supplément pour des services assurés mais se ferme les yeux et tolère. [...] [Le] Tribunal conclut que ce n'est pas la LAM qui cause problème mais plutôt son non-respect, non seulement toléré mais encouragé par le gouvernement, et ce, pour des raisons économiques. »⁴⁰

Madame la juge Nicole Bénard

Dans son jugement, la juge Bénard condamne le gouvernement du Québec à rembourser les femmes ayant encouru des frais pour un avortement en clinique privée ou au CSFM entre le 2 mai 1999 et le 22 février 2006. Elle remarque qu'en plus de devoir rembourser les femmes pour une somme totale de 13 millions \$, le gouvernement ne devrait plus contourner sa propre loi (la LAM) et devrait assurer la gratuité des services. La RAMQ est chargée d'administrer le processus de réclamations qui se termine en septembre 2007. En tout, 5 639 femmes ont été remboursées, mais ce nombre ne correspond qu'à seulement 12,6 % des femmes qui ont payé pour obtenir un avortement dans la période couverte par le recours collectif. Au moment d'écrire ces lignes, l'utilisation des millions non réclamés n'a toujours pas été précisée par les autorités judiciaires.

De nouvelles mesures pour la région de Montréal

Le gouvernement du Québec n'ira pas en appel de ce jugement de la Cour supérieure. Si le jugement règle la question de la gratuité pour les femmes touchées par le recours collectif, la situation ne change pas pour autant la pratique à Montréal et le gouvernement se doit de trouver une solution à court et à long termes afin d'éviter d'autres poursuites. Pour ce faire, le MSSS cherche d'abord à augmenter la capacité du réseau public de répondre à la demande en matière d'avortement. Il entreprend des démarches auprès des agences de Montréal et des régions avoisinantes afin de vérifier leur capacité d'augmenter les services offerts. Ces démarches permettent d'augmenter l'offre de services de certains établissements, notamment en Montérégie où un budget récurrent de 75 000 \$ a été octroyé afin de doubler l'offre de services par le CSSS de Vaudreuil-Soulanges⁴¹.

L'intention première du MSSS était de rembourser les services d'avortement en clinique privée et au CSFM seulement si le réseau public n'était pas en mesure d'offrir le service à l'intérieur d'un délai raisonnable. Ainsi, en septembre 2007, le MSSS octroie un budget à l'Agence de

⁴⁰ Cour supérieure, *Jugement sur le recours collectif concernant les interruptions volontaires de grossesse*, n° 500-06-00158-028, 2006. p. 25.

⁴¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Quelques données relatives à l'historique des services d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) au Québec*, 2010, p. 2.

la santé et des services sociaux de Montréal afin de mettre sur pied un centre de coordination des avortements de premier trimestre pour la région de Montréal. Le centre de coordination, administré par le CSSS Jeanne-Mance, a pour mandat de garantir aux femmes de Montréal et des régions avoisinantes l'accès à des services d'avortement dans les « délais requis »⁴².

Parallèlement à ces démarches, l'Agence de Montréal a été mandatée pour négocier une entente avec les cliniques médicales et le CSFM pour que ces derniers puissent offrir gratuitement leurs services d'avortement. Cette entente entrera en vigueur en janvier 2008. Depuis ce temps, les femmes ont accès à des services d'avortement gratuits en tout temps, et ce, indépendamment du type d'établissement qui offre le service. Le Centre de coordination demeure en fonction afin de faciliter l'accès aux services d'avortement et de réduire les délais d'attente pour les femmes ayant recours aux services dans la région de Montréal.

Enjeux de privatisation

En décembre 2007, dans la foulée des suites du recours collectif, l'avortement a aussi été inclus par règlement dans le projet de loi 33. Ce projet de loi, résultante de l'*Arrêt Chaoulli*, a provoqué beaucoup de controverses au Québec puisque plusieurs y voyaient une ouverture vers la privatisation accrue du système de santé.

« Au lieu de réinvestir dans le système public, le gouvernement, à travers le projet de loi 33, se propose de développer l'entreprise privée qui, à terme, ne pourra que drainer les ressources publiques et en conséquence, affaiblira le système public de santé. »⁴³

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

La Loi 33 modifie la *Loi sur les services de santé et les services médicaux* en permettant désormais la prestation de services médicaux payés par l'État par de nouvelles entités privées, les centres médicaux spécialisés (CMS). Dans son *État des lieux* sur l'avortement au Québec publié en 2008, le CSF soulève déjà certaines inquiétudes au sujet de l'ajout de l'avortement dans le règlement, tant pour l'intégrité du système de santé public en général que pour l'offre de services d'avortement plus particulièrement. Pour pratiquer des « services médicaux spécialisés », dont l'avortement, les établissements qui ne sont pas intégrés au système public, c'est-à-dire les cliniques privées et les trois centres de santé des femmes, devront se transformer en CMS.

En 2009, le projet de loi 34, qui visait à préciser certaines dispositions concernant les centres médicaux spécialisés, a concrétisé les préoccupations soulevées par le CSF. En effet,

⁴² *Loc. cit.*

⁴³ Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), *Mémoire : des cliniques publiques financées publiquement*, 12 septembre 2006, p. 4. (La FIIQ est aujourd'hui la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ).)

l'application de cette loi obligeait les trois centres de santé des femmes à se transformer en CMS, avec notamment l'obligation d'avoir un permis détenu par un médecin ou un groupe composé majoritairement de médecins. Cette obligation dénaturait leur mode de gestion citoyenne, et menaçait leur autonomie et la préservation de leur approche alternative en matière d'avortement. Les trois centres ont donc orchestré une vigoureuse campagne d'action politique visant leur exclusion de ce projet de loi. Cette campagne, appuyée par les mouvements des femmes et syndical, a porté fruit, car les centres de santé des femmes ont été exclus de cette loi et de l'obligation de se transformer en CMS en mai 2009, lors des consultations publiques sur ledit projet de loi.

Malgré cette victoire, l'avortement lui, faisait toujours partie des interventions assujetties par voie de règlement aux lois 33 et 34, ce qui demeurait incompréhensible pour plusieurs intervenantes et intervenants. En effet, l'avortement n'était certes pas comparable aux chirurgies mammaires, esthétiques ou cutanées qui font partie du même règlement. À l'été 2009, cette question a défrayé les manchettes à la suite de l'annonce de la fermeture du service d'avortement de la clinique de l'Alternative, incapable de se soumettre aux nouvelles normes de pratique découlant de l'application de la loi 34. En effet, ces nouvelles normes exigeaient que l'avortement se pratique dans des conditions similaires à celles d'un bloc opératoire hospitalier. Leur application nécessitait des investissements matériels et financiers importants, ce qui menaçait l'offre de services d'avortement en clinique privée et dans les centres de santé des femmes.

D'abord fermé à l'idée de revoir ces nouvelles normes, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc, a dû rebrousser chemin devant la polémique médiatique provoquée par cette question et a fait appel au Collège des médecins pour que celui-ci émette ses recommandations en la matière. Après quelques jours, le Collège des médecins a demandé au gouvernement de soustraire l'avortement de l'application des normes restrictives découlant de la loi 34 et de retirer l'intervention des services médicaux assujettis à cette loi. « Le contexte concernant les IVG est très différent d'autres chirurgies prévues au règlement découlant du projet de loi n° 34, et, de ce fait, les normes de sécurité et de qualité doivent être adaptées au type d'intervention effectuée. Voilà pourquoi, compte tenu de la façon dont est actuellement appliquée la réglementation, le Collège croit qu'il est justifié que les IVG soient retirées du règlement découlant de l'adoption du projet de loi n° 34. »⁴⁴ Cette recommandation a été adoptée immédiatement par le ministre.

Injonction permanente

La fin des années 2000 a aussi été marquée par un autre gain juridique important. Le 16 juin 2008, la Cour supérieure du district de Hull accordait une injonction permanente (ce qui constituait une première au Québec) à la Clinique des femmes de l'Outaouais interdisant à quiconque de manifester à l'intérieur d'un quadrilatère, déterminé par la Cour, entourant

⁴⁴ Collège des médecins, *Interruption volontaire de grossesse (IVG) et loi n° 34 : Le Collège des médecins du Québec clarifie les normes applicables*, 18 août 2009.

l'emplacement de la clinique. Cette demande d'injonction faisait suite à la remise en question, par un manifestant anti-choix, d'une première injonction interlocutoire accordée à la clinique en 2001.

Dans cette cause, les deux parties en présence évoquaient des droits fondamentaux : la Clinique des femmes de l'Outaouais a fait appel au droit à la vie privée des femmes et le défendeur, Rénald Veilleux, un des manifestants notoires devant la clinique et aussi membre du groupe Respect de la vie Outaouais, évoquait le droit à la libre expression.

Dans son jugement, le juge André Roy a reconnu que les droits ici en présence étaient des droits fondamentaux qui se devaient d'être pondérés et il a fait primer le droit à la vie privée des femmes et des membres du personnel de la clinique. Il a jugé fondamental d'éviter que ces dernières soient harcelées ou importunées et aussi d'assurer le libre accès à la clinique. Il a reconnu que « la présence de manifestants porte atteinte au droit à la vie privée des patientes qui désirent en toute légitimité se prévaloir des services offerts par la Clinique »⁴⁵. En conclusion, le juge a interdit toute manifestation à l'intérieur d'un quadrilatère entourant la clinique, ce qui permet de concilier le respect de la vie privée des femmes et la liberté d'expression des manifestants.

En somme, les événements des années 2000 auront démontré que des obstacles d'ordres divers et que les batailles juridiques et politiques sont encore nécessaires afin d'assurer l'accessibilité aux services d'avortement au Québec.

⁴⁵ Cour supérieure, Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais (Clinique des femmes de l'Outaouais) c. Veilleux, JR1338, n° 550-05-010714-015, juin 2008, p. 16.



L'accès à l'avortement dans les faits

L'histoire démontre que les femmes québécoises et leurs alliés ont dû se battre pour gagner le droit d'exercer leur libre choix. L'historique de l'implantation des services d'avortement au Québec présenté en première partie nous permet de mieux comprendre comment ils se sont constitués au fil du temps.

Le Québec demeure l'une des provinces canadiennes où l'avortement est le plus accessible aux femmes qui en ont besoin. Il compte plus de points de service que les autres provinces et ceux-ci sont mieux répartis à travers le territoire⁴⁶. Le Québec est aussi l'une des seules provinces s'étant dotée de normes et d'orientations garantissant l'offre de services d'avortement à sa population.

Maintenant que nous connaissons la façon dont les services d'avortement sont organisés sur papier, il est important d'étudier ce qui se passe directement sur le terrain. La seconde partie de cette enquête permettra donc de voir à quel point les services d'avortements sont véritablement accessibles aux femmes faisant face à une grossesse non planifiée à travers la province.

En premier lieu, nous portons notre attention sur la façon dont l'information sur l'avortement est transmise par les différents établissements de santé. Pour voir s'il est facile pour une femme faisant face à une grossesse non désirée d'obtenir une information exhaustive sur l'avortement, nous avons étudié la qualité de l'information transmise par les établissements offrant et n'offrant pas ce service. L'analyse des résultats obtenus nous permet de faire ressortir les obstacles auxquels peuvent faire face des femmes désirant interrompre leur grossesse.

En deuxième lieu, nous avons étudié le fonctionnement et l'organisation des points de service d'avortement dans la province. Ceci nous a permis d'avoir une idée plus précise du mode d'organisation de chaque établissement, de partager les innovations de certains établissements et de mettre en commun les obstacles rencontrés par le personnel qui offre les services d'avortement sur l'ensemble du territoire québécois. Ces constats nous amènent

⁴⁶ Jessica Shaw, *Retour à la réalité : un aperçu de l'accès aux services d'avortement dans les hôpitaux canadiens*, 2007, p. 36.

à proposer certaines suggestions aux établissements ainsi qu'aux autorités qui régissent l'offre de services d'avortement dans l'espoir de faciliter l'accès et l'expérience des femmes ayant pris la décision de terminer leur grossesse.

La qualité de l'information transmise par les établissements de santé

Méthodologie

L'information de base, ou de première ligne, qui est donnée aux personnes désireuses d'obtenir un service de santé constitue la première porte d'entrée dans le réseau. C'est pourquoi nous voulions connaître plus précisément la façon dont l'information sur l'avortement est transmise par les différents établissements de santé, du point de vue d'une femme qui désire interrompre une grossesse. Pour ce faire, nous avons utilisé un questionnaire téléphonique anonyme. Une chercheuse a donc appelé chacun des établissements du réseau public de la santé et des services sociaux du Québec, offrant ou non des services d'avortement, en prétextant être une jeune femme qui venait d'apprendre qu'elle était enceinte et qui voulait obtenir de l'information sur l'avortement.

Afin de s'assurer que la variation des réponses ne pouvait être attribuée à la manière dont la question était posée, la même méthodologie a été utilisée en tout temps. Lorsqu'une personne répondait à l'appel, la chercheuse disait systématiquement : « Bonjour, je suis enceinte et je pense me faire avorter. Est-ce que vous offrez des services d'avortement? » (consulter l'annexe 1 pour le questionnaire anonyme utilisé).

Après avoir demandé si l'établissement offrait des services d'avortement, la chercheuse prenait note des éléments de réponse suivants :

- Les avortements sont-ils effectués au sein de cet établissement?
- La personne qui a répondu à l'appel était-elle au courant des services d'avortement disponibles dans son établissement?
- Si des avortements sont pratiqués dans cet établissement, la personne qui a répondu à l'appel a-t-elle offert de l'information sur les étapes à suivre pour continuer sa démarche? L'appelante a-t-elle dû insister pour obtenir cette information?
- Si l'établissement ne pratique pas d'avortement, la personne qui a répondu à l'appel a-t-elle orienté l'appelante vers un autre endroit qui pouvait l'aider? L'appelante a-t-elle dû insister pour recevoir cette information? L'information donnée à l'appelante était-elle utile? Lui a-t-elle permis de trouver l'information nécessaire?

- Si des services d'avortement sont offerts au sein de cet établissement, quelle est la marche à suivre pour prendre un rendez-vous?

La chercheuse a noté la façon dont elle a été traitée par la personne qui a répondu à son appel. Elle a aussi pris note du nombre d'appels qu'elle a eu à effectuer avant de pouvoir parler à une personne en mesure de répondre adéquatement ainsi que du nombre de personnes avec qui elle a eu à parler pour obtenir l'information recherchée. La chercheuse notait aussi toute autre information jugée pertinente.

Tous les établissements figurant sur la liste des CLSC et des hôpitaux dans la version 2007 du *Canadian Almanach & Directory* ont été contactés, en utilisant le numéro de téléphone principal fourni dans le répertoire. Les hôpitaux figurant dans les catégories *hôpitaux auxiliaires*, *postes de soins infirmiers*, *centres de traitement spécialisé* et *centres d'hébergement et de soins de longue durée* n'ont pas été retenus pour les fins de cette étude. De plus, la chercheuse a appelé les centres de santé des femmes et les cliniques privées connus pour offrir des services d'avortement, effectuant au total des appels à 339 établissements différents.

Centres hospitaliers	CLSC	Cliniques privées	Centres de santé des femmes	TOTAL
108	224	4	3	339

Les appels faits de façon anonyme par la chercheuse nous ont permis de constater qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir l'information adéquate sur les services d'avortement dans les différents établissements de santé de la province. Plusieurs réceptionnistes connaissent mal les services offerts par leur établissement. Aussi, certaines ne savent pas comment réagir face à une telle demande d'information alors que d'autres se permettent de poser des jugements de valeur sur l'avortement et font délibérément obstacles à son accessibilité.

Résultats

Information obtenue des établissements offrant des services d'avortement (voir graphique 1)

La chercheuse a commencé par appeler les 51 CLSC, centres hospitaliers, cliniques privées et centres de santé des femmes qui offrent les services d'avortement au Québec.

Nombre d'établissements offrant les services d'avortement

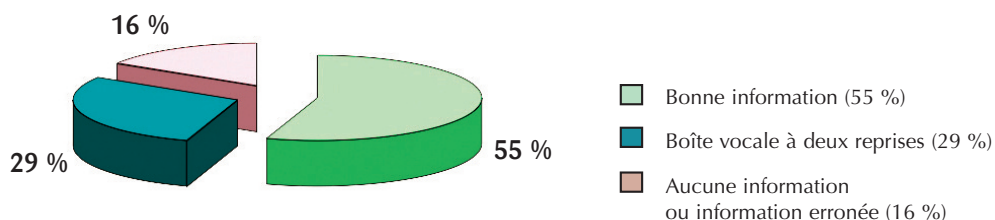
Centres hospitaliers	CLSC	Cliniques privées	Centres de santé des femmes	TOTAL
21	23	4	3	51

Nous fûmes surprises de constater que la chercheuse a reçu de l'information détaillée sur les services disponibles dans seulement 55 % des cas; la réceptionniste était en mesure de confirmer que l'établissement offrait des services d'avortement et pouvait soit décrire le processus à suivre pour prendre rendez-vous, soit diriger vers une personne détenant l'information appropriée.

Dans 38 % des cas, la réceptionniste a transféré la chercheuse vers une boîte vocale. Si elle était transférée à une boîte vocale une première fois, elle rappelait le lendemain, à une heure différente. Dans 29 % des établissements, les deux appels de la chercheuse ont abouti dans une boîte vocale où celle-ci devait laisser ses coordonnées pour que quelqu'un la rappelle, ce qui, dans bien des cas, n'est une option ni souhaitable ni même envisageable. Certaines femmes n'ont pas de téléphone, d'autres ne veulent pas que les membres de leur foyer sachent qu'elles sont enceintes ou songent à un avortement. Certaines vivent dans des situations d'abus et ne peuvent pas recevoir d'appels personnels. D'autres peuvent aussi douter de la confidentialité de ces systèmes et ne se sentent pas à l'aise de laisser un message sur un sujet si délicat.

Il est à noter que dans quatre établissements, le message enregistré de la boîte vocale disait à l'appelante qu'elle pouvait mentionner si son appel était confidentiel, offrait d'appeler Info-Santé pour obtenir de l'information sur l'avortement, offrait un numéro de téléphone vers un autre point de services d'avortement ou mentionnait la plage horaire où quelqu'un allait

Graphique 1 – Information obtenue des établissements offrant des services d'avortement



répondre au téléphone en personne. Le fait d'offrir des solutions de remplacement à la boîte vocale représente un pas dans la bonne direction.

Des appels transférés à une boîte vocale, sept aboutissaient dans une boîte vocale qui disait de laisser un message sans mentionner si c'était l'endroit où on prenait rendez-vous pour un avortement. Dans trois cas, la réceptionniste mentionnait le nom de la personne vers qui elle transférait l'appel et précisait que c'était la personne en charge des avortements, puis, lorsque l'appel était acheminé, la propriétaire de la boîte vocale était bel et bien la personne nommée par la réceptionniste. Les messages enregistrés de cinq boîtes vocales expliquaient clairement que c'était le département de planning ou le département de prise de rendez-vous.

Dans 16 % des appels aux établissements offrant des services d'avortement, notre chercheuse n'a pas été en mesure d'obtenir de l'information ou celle qu'elle a reçue était erronée. Dans deux établissements, la réceptionniste a dit que les services d'avortement n'étaient pas offerts. Dans deux autres cas, la chercheuse n'a pas réussi à obtenir d'information car toutes les références ou les transferts téléphoniques n'ont mené à rien. Par exemple, la chercheuse a été transférée à plus de quatre différents postes téléphoniques pour aboutir à un menu vocal préenregistré qui ne parlait pas d'avortement. Dans un établissement offrant des services d'avortement aux femmes de moins de 18 ans, la réceptionniste a refusé d'orienter la chercheuse, qui avait 20 ans, vers un autre établissement. Enfin, dans deux autres établissements, la réceptionniste a transféré la chercheuse au service de prise de rendez-vous sans lui offrir d'information sur le processus et sans confirmer si le service était offert.

Bien que la majorité des réceptionnistes travaillant aux établissements offrant des services d'avortement ont donné une information appropriée, nous avons quand même pu noter deux cas où les réceptionnistes posaient des jugements de valeur. Lorsque la chercheuse a demandé si des services d'avortement étaient offerts, des réceptionnistes lui ont demandé : « Quoi? tu ne voulais pas le garder? », « Qu'est-ce que tu as fait pour tomber enceinte? » ou « Dix semaines, c'est tard pour consulter. Pourquoi avez-vous attendu si longtemps? ».

Information obtenue par les établissements n'offrant pas de services d'avortement (voir graphique 2)

Méthodologie

La chercheuse a également joint 288 centres hospitaliers et CLSC n'offrant pas de services d'avortement, utilisant les mêmes questions et la même procédure que celle explicitée dans la section précédente. Elle a noté l'information donnée sur les services d'avortement et le processus à suivre pour prendre un rendez-vous.

Résultats

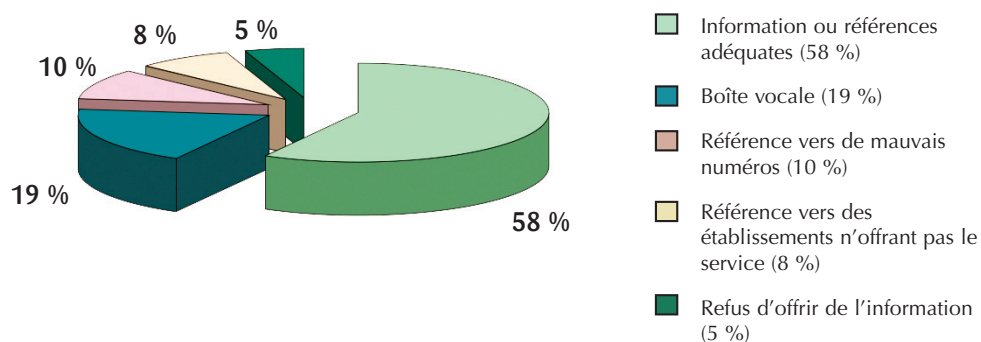
Des établissements joints, 58 % ont été en mesure d'offrir de l'information exacte et utile sur les services d'avortement disponibles dans leur région et dans la province : la réceptionniste dirigeait l'appelante vers un établissement offrant les services ou elle transférait l'appel à une collègue qui la dirigeait vers les services appropriés. Quarante-quatre établissements n'offrant pas les services ont dirigé l'appelante vers Info-Santé. À chaque fois que la chercheuse a appelé Info-Santé, les infirmières qui ont répondu aux appels ont donné de l'information exacte et détaillée à propos des services disponibles dans leur région. Puisque cette information était adéquate, les établissements qui ont dirigé vers Info-Santé sont considérés comme ayant offert une information pertinente.

Lorsque la chercheuse était transférée à une boîte vocale, elle rappelait le lendemain, à une heure différente. Dans 19 % des cas, l'appel de la chercheuse a abouti dans une boîte vocale plus d'une fois. Une femme désirant obtenir de l'information sur les services d'avortement dans ces établissements doit donc laisser son nom et son numéro de téléphone et attendre un retour d'appel. Dans 10 % des cas, les références transmises n'ont pas porté fruit puisque les numéros de téléphone ne fonctionnaient pas ou alors la réceptionniste nous a mis en attente pendant plus de vingt minutes à plus de deux reprises.

Dans 8 % des cas, la réceptionniste ayant répondu à l'appel de la chercheuse l'a dirigée vers des établissements qui n'offrent pas le service d'avortement ou lui a conseillé de se rendre à n'importe quel CLSC ou à l'urgence. Ces deux dernières références sont inexactes puisque les services d'avortement sont loin d'être offerts dans tous les CLSC. De plus, se présenter à l'urgence d'un hôpital, même s'il se pratique l'avortement, n'est pas la procédure à suivre. Dans 5 % des établissements, la téléphoniste a tout simplement refusé de divulguer de l'information concernant l'avortement, en raccrochant ou en disant qu'elle n'était pas au courant de la procédure à suivre, sans offrir d'information additionnelle.

Bien que la majorité des réceptionnistes et intervenantes aient traité l'appelante avec respect, il est important de mentionner que dans plusieurs cas, les réceptionnistes tentaient à tout prix

Graphique 2 – Qualité de l'information offerte par les établissements n'offrant pas de services d'avortement



d'éviter de dire le mot « avortement » ou « interruption volontaire de grossesse » et utilisaient plutôt « Ça » pour parler de l'avortement. De plus, six personnes se sont permis de poser des jugements de valeur. Par exemple, à la question : « Est-ce que vous offrez des services d'avortement? », la chercheuse a noté les réponses suivantes :

« On ne fait pas ça ici! » et la réceptionniste a raccroché (dans trois établissements différents);

« Oh mon Dieu non! » et la réceptionniste a raccroché;

« Quoi? Tu ne veux pas le garder? »;

La réceptionniste a tout simplement raccroché.

À l'opposé, dans quatre cas, la chercheuse s'est fait dire que les services d'avortement étaient pratiqués dans l'établissement joint alors qu'ils ne l'étaient pas. Dans un CLSC, on lui a dit : « On fait ça partout, Madame. Vous avez juste besoin de venir au CLSC ». Dans un autre cas, la réceptionniste a dit que les avortements étaient offerts et qu'elle allait la transférer vers le département approprié. La chercheuse a tout de suite été transférée au département de fertilité, où on lui a dit qu'on n'offrait pas le service d'avortement, bien au contraire. Dans deux cas, l'appelante s'est fait transférer au département de suivis de grossesse, lequel n'offrait pas les services d'avortement.

L'organisation des services d'avortement

Méthodologie

Afin de mieux connaître l'organisation des services d'avortement et cerner les barrières rencontrées par le personnel ainsi que par les femmes qui tentent d'accéder aux services, nous avons effectué des entrevues avec une intervenante travaillant dans chacun des établissements offrant ces services. Nous avons au préalable fait parvenir une lettre à chaque établissement les avisant de l'objectif de notre recherche et sollicitant leur collaboration. Puis la chercheuse a communiqué avec chaque établissement pour prendre rendez-vous pour une entrevue téléphonique d'une durée d'environ 20 minutes. En général, les questions portaient sur la procédure pour prendre rendez-vous, le nombre de rencontres nécessaires à l'intervention, les délais d'attente, le soutien à la prise de décision, les mesures de confidentialité, les mesures de sécurité, etc. À la fin de l'entrevue, les intervenantes étaient invitées à exprimer leurs préoccupations sur les obstacles qu'elles rencontrent dans leur travail ainsi que tout autre commentaire pertinent (consulter l'annexe 2 pour le questionnaire utilisé lors des entrevues téléphoniques).

Cinquante des cinquante et un établissements offrant des services d'avortement ont accepté de répondre aux questions de la chercheuse. Un établissement a refusé de participer à l'enquête faute de temps. Les données recueillies ont été analysées et comparées pour fournir un portrait détaillé des services dans l'ensemble de la province.

Résultats

Nombre de rencontres nécessaires à l'intervention pour une grossesse de premier trimestre (voir graphique 3)

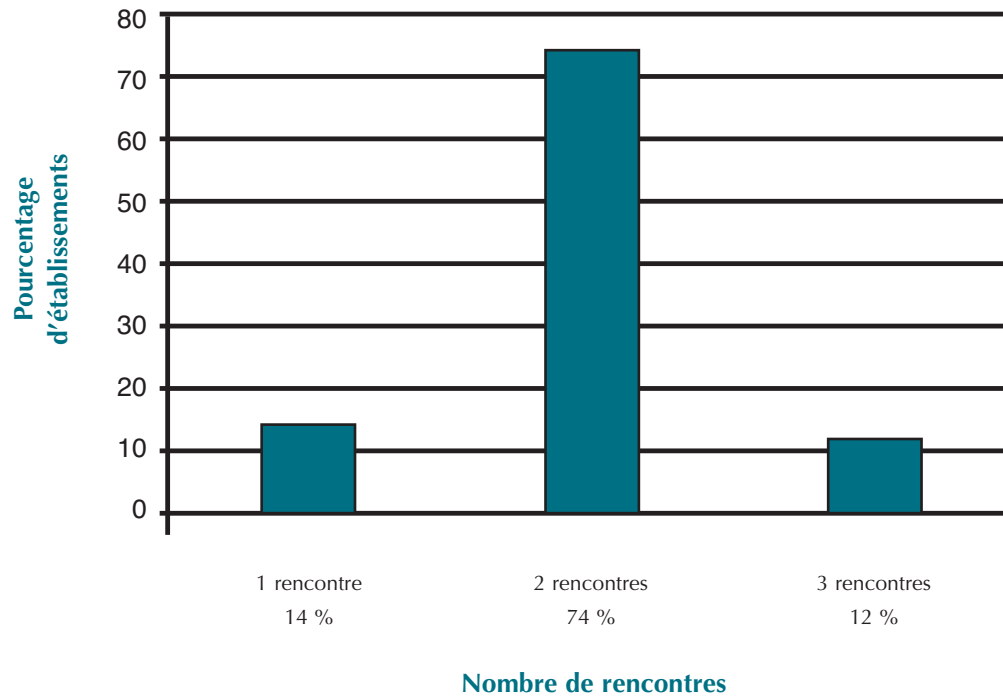
Dans 74 % des établissements, deux rencontres sont nécessaires pour l'avortement. Dans la première rencontre, ou rencontre préparatoire, il y a un volet infirmière, un volet psychosocial et un volet médical. La rencontre avec une infirmière permet de procéder à l'ouverture du dossier médical, à un test de grossesse et une prise de sang, à une discussion sur la contraception, à une explication de la procédure et des risques et à offrir des conseils post-avortement. Le volet psychosocial permet de discuter de la décision et du consentement éclairé. Le dernier volet consiste à une rencontre avec le médecin pour l'examen gynécologique, l'échographie et le dépistage des infections transmissibles sexuellement. De plus, 20 % de ces établissements offrent une rencontre additionnelle, si la femme est ambivalente et désire discuter de sa décision plus en profondeur. Pour les femmes qui habitent en région éloignée, 4 % des établissements permettent que la rencontre préparatoire et l'intervention aient lieu la même journée. Aussi, un centre de santé des femmes fait les rencontres préparatoires en groupe, considérant que cela permet des discussions intéressantes entre les femmes.

Seuls 14 % des établissements, dont la grande majorité sont des cliniques privées, réalisent l'avortement et la rencontre préparatoire en un seul rendez-vous.

Dans 12 % des établissements, trois rencontres sont requises pour l'intervention. Dans trois de ces établissements, l'échographie doit être effectuée à l'extérieur de l'établissement. Dans les trois autres établissements, les trois rencontres se divisent ainsi : la première consiste en un entretien avec une infirmière pour discuter du consentement éclairé et décrire la procédure médicale. Le deuxième rendez-vous, qui a généralement lieu la veille de l'intervention, consiste en une rencontre avec le médecin pour un examen médical. Puis l'avortement a lieu lors de la troisième rencontre. Pour les femmes dont le lieu de résidence est loin de l'établissement, il est possible d'effectuer la rencontre avec l'intervenante et celle avec le médecin la même journée, mais il devra y avoir une seconde rencontre pour l'avortement.

Lors de la rencontre préparatoire, les femmes reçoivent une liste de recommandations à suivre après l'intervention dans plus de la moitié des cas : guide-conseil sur la santé,

Graphique 3 – Nombre de rencontres nécessaires à l'intervention pour une grossesse de premier trimestre



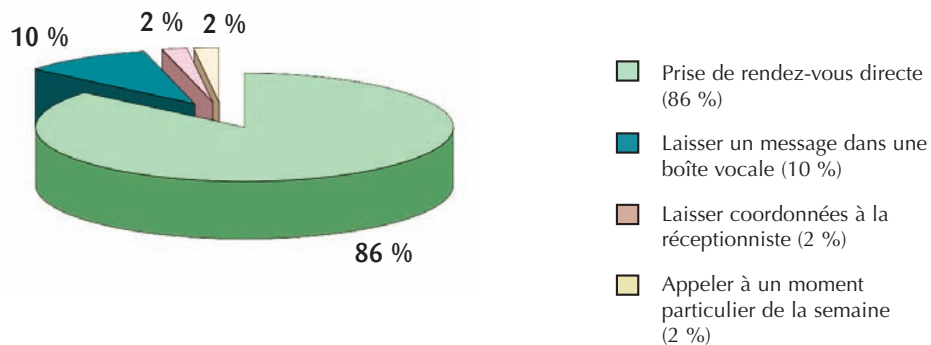
numéros de téléphone en cas d'urgence médicale et information sur le soutien qu'une femme peut obtenir au besoin.

Prise de rendez-vous

Au Québec, une femme n'a pas besoin d'une ordonnance de son médecin de famille pour avoir accès au service IVG. Elle peut elle-même appeler les différents établissements pour obtenir un rendez-vous.

Dans 86 % des établissements québécois offrant des services d'avortement, une femme peut prendre directement rendez-vous pour l'intervention. Dans 10 % des cas, elle doit obligatoirement laisser un message sur une boîte vocale afin qu'on la rappelle. Ces établissements disent que leur horaire ne leur permet pas de prendre les appels à tous les moments de la journée. Dans 2 % des établissements, les femmes doivent laisser leurs coordonnées à la réceptionniste : une infirmière ou intervenante psychosociale retournera l'appel pour fixer un rendez-vous. Dans 2 % des établissements, une femme doit appeler à un moment particulier de la semaine pour prendre un rendez-vous ([voir graphique 4](#)).

Graphique 4 – Prise de rendez-vous



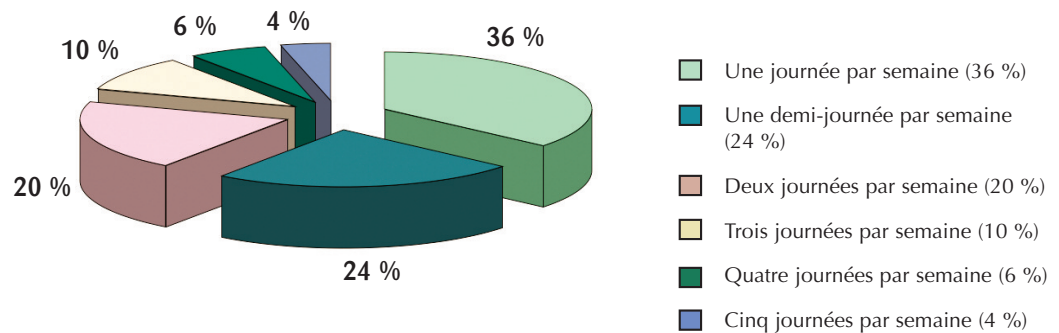
Dans la très grande majorité des cas (78 %), il n’y a pas de confirmation de rendez-vous pour la rencontre préparatoire. Dans 12 % des établissements, les femmes doivent appeler pour confirmer leur rendez-vous. Dans 10 % des cas, ce sont les employées de l’établissement qui tentent de joindre la patiente pour confirmer le rendez-vous. Plusieurs réceptionnistes demandent à la femme si l’appel devrait être confidentiel et peuvent s’entendre sur un mot de passe pour protéger sa confidentialité.

Dans la majorité des cas (70 %), le rendez-vous pour l’avortement comme tel n’est pas confirmé. Par contre, plusieurs intervenantes mentionnent qu’elles rappelleront les femmes si elles ont senti de l’ambivalence lors de l’appel initial ou de la rencontre préparatoire. Vingt-deux pour cent des établissements demandent à la femme de téléphoner à la clinique deux ou trois jours avant son rendez-vous pour le confirmer. Si cette dernière n’a pas rappelé, on tente de la relancer par téléphone une fois et si on est incapable de la joindre, son rendez-vous sera donné à une autre femme sur une liste d’attente. Huit pour cent des établissements rappellent systématiquement la patiente trois jours avant son rendez-vous pour confirmer.

Les plages horaires allouées à l’avortement varient énormément d’un établissement à l’autre. Ceci dépend entre autres du fait que l’établissement se situe en région ou dans un grand centre urbain. Vingt-quatre pour cent des établissements, dont la grande majorité sont situés en région, consacrent une demi-journée par semaine à l’avortement; 36 % y consacrent une journée par semaine; et 20 %, deux journées par semaine. Un total de 20 % des établissements offrent des services d’avortement au moins trois journées par semaine, soit 10 % qui offrent trois journées par semaine, 6 %, quatre journées et 4 %, cinq jours par semaine. Deux cliniques privées offrent également le service le samedi (voir graphique 5).

Le nombre d’avortements pratiqués de façon hebdomadaire par chacun des établissements varie entre 3 et 68. Les établissements situés en région en font en général 5 et ne dépassent pas plus de 15 avortements par semaine.

Graphique 5 – Plages horaires

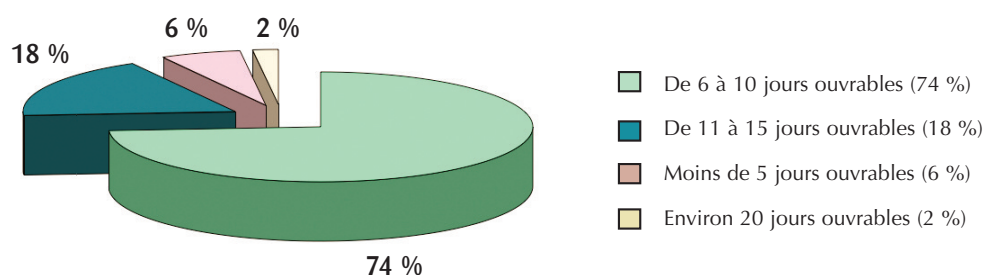


Délai d'attente (voir graphique 6)

Le temps d'attente moyen entre le premier appel et l'intervention est de 10 jours ouvrables. La majorité des établissements, soit 74 %, offrent l'avortement de 6 à 10 jours ouvrables après le premier appel, 18 % d'entre eux le font après 15 jours ouvrables et pour 2 % des établissements, le temps d'attente est d'environ 20 jours ouvrables. Par contre, 6 % des établissements sont en mesure de pratiquer l'avortement moins de 5 jours ouvrables après le premier appel.

Lorsque leur délai d'attente est trop long (10 jours ou 15 jours ouvrables, selon les établissements), 60 % des établissements considèrent être en mesure de répondre à la demande sans avoir à orienter les femmes vers d'autres établissements. Cependant, 40 % des établissements dirigent des femmes assez régulièrement vers d'autres points de service. Aussi, 67 % des établissements situés à Montréal (région 06) utilisent le centre de coordination lorsque leur délai d'attente dépasse deux semaines. Dans 40 % des

Graphique 6 – Délai d'attente entre le premier appel et l'intervention



établissements, les intervenantes mentionnent qu'il est possible d'ajouter une demi-journée supplémentaire ou de prolonger le service dans la journée lorsque le temps d'attente dépasse deux semaines ou si un besoin urgent se fait sentir. La majorité de ceux-ci sont situés en région ou dans des villes où ils sont les seuls à offrir le service.

Il y a des moments où la demande augmente de manière significative. Par exemple, les établissements sont unanimes pour dire que le retour de la période des fêtes est le moment le plus occupé. Plusieurs l'expliquent par le fait qu'il y a eu fermeture ou diminution de service durant cette période. Quelques cliniques privées disent que la demande augmente durant l'été puisque le service offert dans quelques centres hospitaliers diminue pendant les vacances.

Depuis janvier 2008, les Québécoises ont accès à l'avortement sans avoir à payer pour le service, et ce, peu importe le lieu où il se pratique. Cette nouvelle réalité, qui touche seulement la région de Montréal, a entraîné des changements assez importants dans la métropole, où se trouvent les cliniques privées consultées et le Centre de santé des femmes de Montréal. Les cliniques privées ont d'ailleurs constaté une augmentation de la demande faisant ainsi tripler leurs délais d'attente. À l'opposé, deux CLSC et trois centres hospitaliers ont remarqué une diminution du temps d'attente. L'un d'eux a par ailleurs souligné que le nombre de rendez-vous annulé était en hausse alors qu'un autre a mentionné que les femmes « magasinent » davantage le service afin d'obtenir un rendez-vous à une journée ou à une heure en particulier. Quant aux autres 15 établissements de la région de Montréal, ils n'ont pas noté de changements significatifs.

Enfin, 80 % des établissements sont satisfaits du nombre d'avortements qu'ils pratiquent alors que 20 % souhaiteraient en faire davantage, n'étant actuellement pas en mesure de suffire à la demande. Parmi ceux-ci, on trouve les cliniques privées qui considèrent que les quotas qui leur sont imposés constituent le principal obstacle pour faire plus d'avortements⁴⁷. On trouve également trois CLSC et deux centres hospitaliers en ville ainsi que quatre CLSC en région pour qui la principale limite est liée au budget alloué à l'avortement : manque de ressources pour augmenter le service, manque de personnel infirmier. De plus, 12 % des établissements considèrent que le manque de médecins ou leur manque de disponibilité demeurent un obstacle important limitant l'offre des services d'avortement. L'état actuel des infrastructures est aussi nommé comme facteur limitant dans 4 % des cas.

Soutien à la prise de décision éclairée et l'après-avortement

Toutes les intervenantes interrogées ont reconnu l'importance de bien soutenir une femme pour qu'elle soit en mesure de prendre une décision éclairée face à l'issue d'une grossesse. Tous les établissements ont des ressources permettant de le faire dans le plus grand respect du choix de la femme. Dans 62 % des cas, l'infirmière discute avec la femme lors de la rencontre

⁴⁷ Au moment de publier, le ministère québécois de la Santé venait d'annoncer une augmentation importante des quotas.

préparatoire pour voir si elle est ambivalente face à sa décision. Puis elle lui offrira la possibilité de rencontrer une psychologue, une travailleuse sociale ou une sexologue sur place. Dans 16 % des établissements, la femme qui désire interrompre sa grossesse rencontrera systématiquement une psychologue ou une travailleuse sociale. Dans 14 % des cas, si l'infirmière qui fait la rencontre préparatoire détecte une ambivalence, elle dirigera la femme vers une psychologue ou une travailleuse sociale à l'extérieur de l'établissement. Enfin, dans 8 % des établissements, l'infirmière demeure disponible pour des rencontres additionnelles si une femme le souhaite, mais elle ne sera pas guidée vers une autre ressource.

Lors de ces rencontres psychosociales, les établissements adoptent différentes approches pour soutenir la femme dans sa prise de décision. Par exemple, on donne de la documentation avant la rencontre et l'intervenante se base sur ce matériel pour lui poser des questions. Dans d'autres établissements, la femme doit répondre à un questionnaire écrit qui l'amène à considérer plusieurs facteurs de décision et qui sera ensuite discuté lors de la rencontre. Dans d'autres cas, l'intervenante procède à une rencontre informelle où la femme peut poser toutes ses questions. Dans un établissement du Nord-du-Québec, on s'assure que l'intervenante soit de la même culture que la femme qui consulte.

Une rencontre de soutien après l'avortement est offerte à la demande des femmes dans 90 % des établissements alors que 6 % en prévoient une systématiquement. Pour 4 % des établissements, celle-ci ne sera pas offerte même si la femme en fait la demande. Ils la dirigeront alors vers un CLSC ou des ressources alternatives. Six pour cent des établissements rappellent les femmes deux à trois semaines après l'intervention pour savoir comment elles se sentent physiquement et psychologiquement, et si elles ont besoin d'aide additionnelle. Un établissement propose également un service de soutien aux membres de la famille ou aux conjoints. Au moins 6 % des établissements remettent un questionnaire aux femmes au moment du départ et leur demandent de le retourner. Ce questionnaire vise à connaître le niveau de satisfaction des femmes envers le service reçu, à recueillir leurs suggestions et à voir comment elles se sentent.

Contraception

Tous les établissements parlent de contraception lors de la rencontre préparatoire, cependant tous ne l'abordent pas de la même façon. Dans deux établissements, chaque femme reçoit une prescription pour de la contraception. Dans un autre établissement, on mentionne qu'on ne veut pas insister sur cette question; la contraception sera abordée non pas pour imposer un choix contraceptif mais plutôt pour échanger sur les méthodes existantes. Aussi, le stérilet est offert dans la grande majorité des établissements. Par contre, 40 % des établissements refusent de faire la pose immédiatement après l'intervention, mais le feront lors d'une rencontre subséquente, selon la préférence du médecin.

Les médecins offrant les services d'avortement

Dans la majorité des CLSC, cliniques et centres de santé des femmes, les avortements sont pratiqués par des médecins généralistes. Par ailleurs, dans deux établissements, il est important que les médecins qui y travaillent soient des femmes. Dans les centres hospitaliers, la pratique varie : dans 56 % des cas, les avortements sont pratiqués uniquement par des gynécologues alors que dans 10 % des hôpitaux, ce sont des généralistes seulement. Dans les autres centres hospitaliers, soit 34 %, on retrouve une combinaison de gynécologues et de généralistes. De plus, il n'y a qu'un centre hospitalier où tous les gynécologues acceptent de pratiquer des avortements. Dans les autres établissements, seuls quelques-uns acceptent de le faire. Dans une région, par exemple, seulement deux gynécologues sur dix font des avortements.

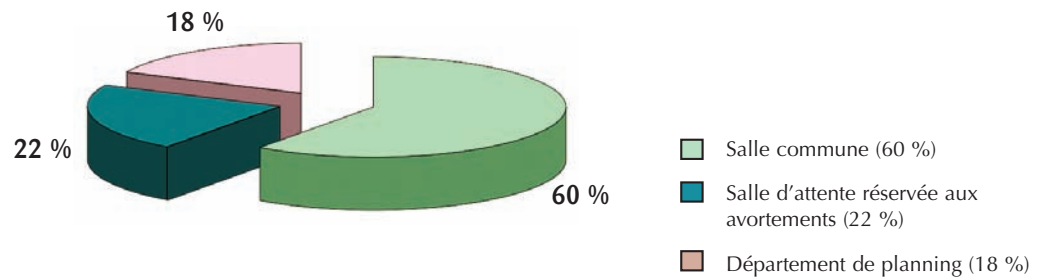
Quarante-deux pour cent des établissements constatent une grande stabilité des médecins pratiquant l'avortement. Par contre, deux établissements remarquent qu'ils ont de plus en plus de difficulté à trouver des médecins puisque ceux qui pratiquaient l'avortement pendant plusieurs années ont diminué leur charge de travail. Un centre hospitalier en région a besoin d'un nouveau médecin pour assurer la relève des services d'avortement mais a été incapable d'en recruter un. Neuf établissements doivent embaucher des médecins en rotation, ce qui rend la gestion plus difficile et entraîne une diminution des services. Aussi, deux établissements situés en région mentionnent qu'en cas d'absence des médecins, il est impossible de les remplacer et ils doivent donc annuler les rendez-vous pour l'avortement.

Salle d'attente (voir graphiques 7a et 7b)

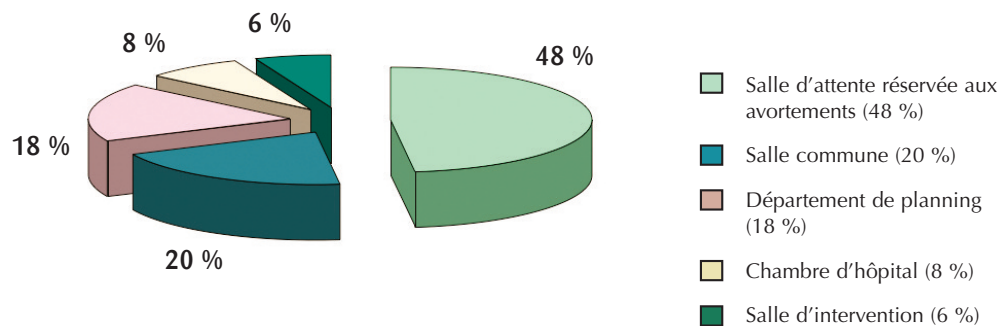
Selon les établissements, les femmes qui viennent pour la rencontre préparatoire ou pour l'intervention se retrouvent dans la salle d'attente commune de l'établissement, dans une salle réservée aux services de planning ou dans une salle d'attente réservée aux avortements. Les établissements où les femmes attendent dans la salle commune ont souvent fait ce choix pour éviter que celles-ci soient identifiées comme venant pour un avortement. Les établissements ayant opté pour une salle séparée ont fait ce choix pour offrir un endroit où les femmes et les personnes accompagnatrices peuvent attendre sans avoir peur d'être jugées et éviter qu'elles se retrouvent au même endroit que les femmes enceintes ou les couples qui viennent pour un suivi de grossesse.

Pour la rencontre préparatoire, 60 % des établissements demandent aux femmes de patienter dans une salle d'attente commune. Deux d'entre eux mentionnent leur désir d'avoir des salles séparées mais n'ont pas l'infrastructure pour le faire; 18 % des établissements demandent aux femmes de patienter dans une salle d'attente réservée au département de planning; 22 % des établissements demandent aux femmes d'attendre dans une salle réservée aux avortements, dont les quelques cliniques et les centres de santé qui offrent exclusivement des services d'avortement.

Graphique 7a – Salle d'attente le jour de la rencontre préparatoire



Graphique 7b – Salle d'attente le jour de l'intervention



Pour l'intervention, 48 % des établissements demandent aux femmes et à la personne accompagnatrice de patienter dans une salle d'attente réservée aux avortements. Dans un de ceux-ci, les femmes ont aussi l'option d'attendre dans une salle commune si elles le préfèrent. Vingt pour cent des établissements demandent aux femmes de patienter dans une salle d'attente commune et 18 % dans une salle d'attente réservée au département de planning ; 8 % des établissements, tous des centres hospitaliers, offrent aux femmes d'attendre dans une chambre d'hôpital privée ou semi-privée. Finalement, dans 6 % des cas, elles peuvent entrer directement dans la salle de préparation pour l'intervention.

Refus de pratiquer l'avortement

Dans 42 % des établissements, une femme dont la décision est sans ambivalence ne se fera jamais refuser. Mais si le personnel remarque que la femme n'est pas en état de donner un consentement éclairé en raison de consommation de substances illicites ou d'alcool, le rendez-vous sera reporté. S'il est soupçonné que la femme subit de la pression de la part d'un conjoint ou d'une autre personne, on cherchera à la questionner lors de la rencontre psychosociale. Trente-quatre pour cent des établissements, tous des cliniques, centres de

santé des femmes et CLSC, doivent parfois refuser des patientes pour des raisons médicales. Par contre, ils dirigeront les femmes vers un centre hospitalier en mesure d'offrir le service.

Parce qu'ils manquent de place et qu'ils doivent prioriser les femmes de leur territoire, 8 % des établissements, tous situés en région, refusent régulièrement des femmes provenant d'autres régions. Quatre pour cent des établissements refusent parfois des femmes faute de place, mais ils les dirigent alors vers d'autres établissements, lesquels peuvent par contre être situés à quelques heures de route.

Par ailleurs, il est à noter que tous les établissements suivent le *Protocole d'accueil et de référence pour les interruptions volontaires de grossesse (IVG) de deuxième trimestre* lorsque le stade de la grossesse est trop avancé.

Aide financière

L'avortement étant reconnu comme un service médicalement nécessaire, il est couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec, et ce, dans tous les établissements depuis 2008. Les procédures seront alors les mêmes que pour tout soin de santé si une femme a perdu sa carte d'assurance maladie ou si elle ne l'a pas renouvelée.

Quant aux femmes qui ne possèdent pas de carte d'assurance maladie du Québec, elles devront souvent payer de leur poche. Selon les intervenantes, il arrive peu souvent que les femmes ne soient pas en mesure de payer. Dans 52 % des établissements, il est impossible d'aider financièrement les femmes qui désirent recourir à l'avortement et qui n'en ont pas les moyens. Quarante-six pour cent des établissements disent ne pas refuser de pratiquer un avortement pour cause financière et conviendront d'un arrangement financier, soit en offrant un rabais ou en demandant aux médecins de ne pas se faire payer pour l'intervention. Deux de ces établissements possèdent un fonds de dépannage pour aider les femmes qui ne sont pas en mesure de payer. Aussi, 2 % des établissements sont membres de la NAF (National Abortion Federation) et peuvent demander l'appui de cette organisation si une femme est incapable de payer.

Confidentialité

Dix-huit pour cent des établissements suivent les mesures usuelles de confidentialité existantes dans tous les établissements du réseau de la santé et de services sociaux. Cependant, en raison de la nature du service, 82 % des établissements prennent des mesures additionnelles pour assurer la confidentialité. Parmi les diverses mesures, on trouve :

- utiliser seulement le prénom de la femme, sans le nom de famille ;

- au moment de la confirmation du rendez-vous ou pour donner de l'information, demander à la femme si l'appel doit être confidentiel et, le cas échéant, s'assurer de ne pas laisser de message ou d'utiliser un mot de passe;
- utiliser des codes de couleur sur les dossiers pour indiquer si un cas est confidentiel ou non;
- ne pas envoyer les dossiers aux archives de l'établissement et les garder sous clé;
- signer des ententes de confidentialité avec les intervenantes travaillant au service d'avortement;
- utiliser un code pour identifier les échantillons d'urine et de pathologie;
- insonoriser les bureaux de consultation;
- utiliser des rideaux entre les lits dans la salle de repos;
- avoir des lieux réservés aux avortements, avec une salle d'attente réservée à cette fin et une entrée séparée.

De plus, 4 % des centres considèrent que la confidentialité est un problème important à régler pour l'amélioration de leurs services. Ces établissements voudraient offrir un service plus confidentiel, mais leur infrastructure ne le leur permet pas.

Sécurité

Plusieurs établissements ont eu à revoir leurs pratiques en matière de sécurité pour protéger les femmes, les intervenantes et les médecins contre les manifestants anti-choix ou les conjoints violents. Les mesures de sécurité, tout comme celles de confidentialité, varient selon les établissements et 28 % des établissements n'ont pas de mesures de sécurité additionnelles. Par contre, la grande majorité des établissements, soit 72 %, ont adopté des mesures de sécurité particulières, à la suite de menaces, d'agressions réelles ou par mesure de prévention. Voici une liste des mesures de sécurité utilisées :

- une seule porte donnant accès au service d'avortement. Les femmes et les employées doivent se présenter et s'identifier par intercom ou au secrétariat pour être autorisées à entrer.
- lorsqu'une femme arrive à l'établissement le jour de l'intervention, on lui demande si elle sera accompagnée. Si oui, on note le nom de la personne qui l'accompagne et on ne laissera entrer personne d'autre dans la clinique ou le département.
- les portes des salles d'intervention et de la salle de repos sont barrées en permanence et ne peuvent être ouvertes que par le personnel autorisé.

- plusieurs des cliniques ou centres hospitaliers ont des boutons d'alerte dans les salles d'intervention et de repos, ainsi qu'à la réception. Dans un établissement, les employés portent sur elles un bouton d'urgence.
- les accompagnateurs n'ont pas le droit d'entrer dans la salle d'avortement ou la salle de repos.
- deux établissements ont obtenu des injonctions empêchant les manifestants de s'approcher de l'édifice.
- présence de caméras de sécurité ou d'agents de sécurité sur place.

De plus, 10 % des établissements évaluent la sécurité comme un problème et voudraient mieux protéger les femmes et les employées des conjoints violents ou des manifestants anti-choix.

Les grands obstacles dans l'offre de services d'avortement

Lors des entrevues, les intervenantes étaient appelées à commenter les obstacles qu'elles rencontrent dans leur travail. Voici une liste de ces obstacles, en commençant par ceux qui ont été nommés le plus souvent :

Manque de personnel infirmier : 20 % des établissements considèrent que la pénurie d'infirmières est le principal obstacle pour offrir un bon service. D'une part, elles déplorent la surcharge de travail imposé et ne considèrent pas normal qu'on s'attende à tant de travail supplémentaire. D'autre part, elles constatent que c'est grâce à leur dévouement envers les femmes et envers la cause de l'avortement que le service fonctionne. Dans au moins 6 % des établissements, les intervenantes disent que si elles prenaient des vacances, il y aurait interruption de service. La prise de rendez-vous est aussi affectée par le manque d'effectifs. Plusieurs femmes doivent alors laisser un message dans une boîte vocale. De plus, la lourdeur des tâches administratives empêche les intervenantes de concentrer leur énergie sur l'offre de services. Dans le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs craignent que ce problème devienne de plus en plus sérieux. La rétention du personnel dans les départements de planning ou d'avortement constitue un problème majeur qui crée d'importants besoins sur le plan de la formation.

Disponibilité des médecins : 18 % des établissements constatent le besoin d'avoir plus de médecins ou voudraient une plus grande disponibilité de la part de ceux qui y travaillent. Les intervenantes doutent que le département serait en mesure de maintenir les services au même niveau si un ou une médecin tombait malade ou devait partir en congé de maternité. Aussi, 12 % des établissements craignent que les médecins qui y travaillent prennent leur retraite d'ici un à deux ans et sont inquiets de l'impact que cela pourra avoir sur l'offre de services; 6 % de ces établissements se demandent même si le service pourra survivre car ils ont de la difficulté à recruter de nouveaux médecins pratiquant l'avortement.

Délais d'attente trop longs : 16 % des établissements, la majorité étant à l'extérieur de Montréal, trouvent que les longs délais d'attente représentent un obstacle important pour offrir un service de qualité. Ils voudraient être en mesure d'offrir l'intervention en moins de deux semaines après le premier appel mais n'ont pas assez de places disponibles pour le faire, soit en raison d'un manque de personnel (infirmier ou médical), par manque de budget ou par l'imposition de quotas.

Budget : 14 % des établissements constatent que leur budget est insuffisant et qu'il est difficile d'offrir un service de qualité avec si peu. De plus, ils craignent que leur budget ne soit coupé davantage dans les prochaines années.

Infrastructure inadéquate : 14 % des établissements considèrent leur infrastructure inadéquate pour pouvoir offrir le meilleur service possible. Les locaux sont exigus et peuvent poser un problème au niveau de la confidentialité; quand plusieurs femmes doivent être dans la salle de repos en même temps ou quand l'intervenante sociale n'a pas de bureau fermé et doit faire une consultation dans une salle mal isolée. Ou encore, on constate des problèmes de sécurité : les portes ne barrent pas, l'accès aux salles de repos ou d'intervention n'est pas contrôlé ou il y a un va-et-vient constant dans le département d'avortement.

Incapacité à effectuer l'échographie sur place : 14 % des établissements ont rapporté devoir envoyer les femmes hors du département ou des bureaux pour l'échographie. Cela complexifie la prise de rendez-vous puisque les échographies ne sont pas pratiquées tous les jours. Ou bien cela implique que la femme doive faire une visite de plus avant l'intervention. Une intervenante a aussi mentionné que la personne responsable des échographies n'est pas favorable à l'avortement et traite mal les femmes qui subissent une échographie avant leur interruption de grossesse.

Manque de services liés à la contraception : Dans 10 % des établissements, des intervenantes déplorent le fait que les femmes, tant en milieu urbain que rural, aient autant de difficulté à accéder à la contraception. Plusieurs n'ont pas de médecin de famille et ont de la difficulté à obtenir une rencontre après l'avortement, à se faire prescrire une méthode contraceptive immédiatement après l'intervention ou quelques semaines après celle-ci. Ces intervenantes souhaiteraient pouvoir offrir un service qui englobe la prévention et l'éducation au sein de leur travail.

Absences lors des rendez-vous : 8 % des établissements déplorent le fait que plusieurs femmes ayant un rendez-vous pour une rencontre préparatoire ou une intervention ne se présentent pas et n'appellent pas pour annuler. Même si toutes les places disponibles pour les rencontres ou interventions sont prises, des femmes peuvent ne pas se présenter. Cela peut être frustrant pour les médecins et l'équipe qui tentent de diminuer le délai d'attente.

Personnel anti-choix : 4 % des établissements, des CLSC et des centres hospitaliers, disent que des employés de l'établissement opposés à l'avortement ont déjà barré des portes pour bloquer l'entrée aux salles, ou passé des commentaires aux femmes en attente de l'intervention. Cela crée un environnement malsain pour les femmes.

Limite en termes de stade de grossesse : 4 % des établissements disent que la limite liée au stade de grossesse constitue un obstacle majeur dans leur pratique. Plusieurs femmes se présentent avec des grossesses légèrement plus avancées et doivent donc être envoyées à l'extérieur de leur région, devant souvent parcourir de longues distances.

Constats généraux

Les résultats de l'enquête nous permettent d'en connaître plus sur l'organisation et l'accessibilité des services d'avortement. Nous pouvons constater que les services offerts par les établissements varient beaucoup, mais qu'il existe beaucoup de bonnes pratiques qui peuvent être partagées avec le reste des points de service. L'enquête et l'analyse des données nous ont menées à un bon nombre de constats qui pourraient permettre l'amélioration des services. Ces constats sont décrits dans la présente section.

Les appels anonymes aux établissements de santé qui offrent et qui n'offrent pas les services d'interruption volontaire de la grossesse démontrent qu'il est encore difficile pour une femme faisant face à une grossesse non planifiée d'obtenir de l'information adéquate sur l'avortement. Qu'un établissement offre ou non des services d'avortement, il est important que les intervenantes de première ligne connaissent les services offerts par leur établissement et soient en mesure d'orienter les femmes vers les services appropriés, chez elles ou ailleurs.

Les services Info-Santé contactés lors de l'enquête ont toujours été en mesure de donner une information adéquate sur les services d'avortement. Les établissements ne disposant pas d'information à propos des services d'avortement disponibles dans leur région devraient diriger les femmes vers les services Info-Santé pour obtenir des informations et références en matière de services d'avortement.

Considérant l'importance d'un contact humain direct et du respect de la confidentialité en matière d'avortement, il est idéal qu'une femme puisse parler d'avortement avec une intervenante lors de son premier appel plutôt que d'avoir à laisser un message dans une boîte vocale. Les boîtes vocales et la prise de rendez-vous par répondeur posent de nombreux problèmes aux femmes et devraient être évitées dans la mesure du possible. Lorsqu'il n'est vraiment pas possible de parler à une personne directement lors du premier appel, il est fortement recommandé que le message préenregistré de la boîte vocale spécifie que c'est le bon endroit pour s'informer ou prendre un rendez-vous pour un avortement. La réceptionniste peut aussi expliquer clairement à la femme vers qui elle dirige l'appel pour

que celle-ci se sente en confiance de laisser un message. Il est aussi recommandé que le message enregistré offre une alternative à la boîte vocale, par exemple, mentionner que quelqu'un est disponible pour répondre aux appels à un moment en particulier ou offrir un autre numéro pour quelqu'un qui ne peut vraiment pas laisser un message afin d'obtenir des informations sur l'avortement ou pour un suivi post-avortement. Finalement, il est aussi recommandé que le message enregistré offre aux femmes de dire si leur message est confidentiel pour que des mesures additionnelles soient prises pour protéger la confidentialité de la femme lors du retour d'appel.

Lors des rencontres préparatoires ou de l'avortement, il est important que les établissements fassent preuve de flexibilité et de souplesse afin d'éviter des déplacements multiples aux femmes, notamment celles qui habitent loin des points de service d'avortement. Si les établissements sont en mesure de regrouper les deux ou trois rencontres nécessaires la même journée, cela pourrait éviter des heures de voyage aux femmes qui proviennent de régions éloignées. L'échographie ne devrait pas occasionner de visite ni de déplacement supplémentaire pour les femmes. Si l'échographie est jugée nécessaire, celle-ci devrait être offerte dans le même établissement que l'intervention. Cette échographie devrait être offerte gratuitement, partout et en tout temps. Dans le cas où on devrait envoyer une femme à l'extérieur pour une échographie, pour des raisons médicales par exemple, les établissements devraient s'assurer que le personnel assigné à l'échographie soit neutre et respectueux envers les femmes, quel que soit leur choix.

Les longs délais d'attente sont un obstacle à l'accès aux services d'avortement. Il est fondamental de répondre rapidement aux besoins des femmes en matière d'avortement. Le délai d'attente entre la prise de rendez-vous et l'intervention ne devrait pas excéder une semaine idéalement, et deux semaines tout au plus. Les délais d'attente de plusieurs établissements dépassent les deux semaines régulièrement. Pour d'autres, les délais fluctuent au cours de l'année pour atteindre une période de forte demande après les vacances des fêtes ou pendant les vacances d'été. Les principales raisons pointées par les intervenantes pour de longs délais sont le manque de ressources humaines (personnel médical ou infirmier), le manque de budget ou l'imposition de quotas. Il est important d'augmenter les budgets nécessaires afin que l'ensemble des points de service d'avortement puisse respecter le délai d'attente maximal de deux semaines et avoir la flexibilité d'augmenter son offre de services dans les périodes de pointe.

Le respect de la décision de la femme est fondamental en avortement. Tous les établissements pratiquant des avortements devraient être en mesure d'offrir un soutien à la prise de décision avant l'intervention. Les femmes qui sentent le besoin de parler davantage de leur ambivalence devraient avoir l'option de rencontrer des intervenantes psychosociales rapidement et gratuitement. Les femmes qui sont certaines de leur décision ne devraient pas être obligées à le faire. Tous les établissements pratiquant des avortements devraient être en mesure d'offrir des services de soutien médical ou psychosocial après l'avortement aux femmes qui en ressentent le besoin. Puisque le taux d'absentéisme est élevé lorsque le

rendez-vous post-avortement est donné systématiquement, il est recommandé que la rencontre soit offerte en option à celles qui le désirent.

Le manque d'accès à la contraception a été nommé par les intervenantes comme un problème pour les femmes. Toutes les femmes du Québec qui le désirent devraient avoir accès à un éventail de services de contraception. Or, l'accès à un médecin de famille est problématique dans l'ensemble de la province. Il serait donc idéal que tous les points de service d'avortement offrent des services d'information et de counselling en contraception complets et respectueux du choix des femmes. L'absence d'éducation sexuelle dans les écoles et les établissements de la santé a aussi été pointée comme un problème majeur par les intervenantes en avortement. Il est donc important de mettre en place un véritable programme d'éducation sexuelle dans les écoles primaires et secondaires en collaboration avec des organismes communautaires, au sein du réseau public de la santé et des services sociaux, du milieu communautaire et des milieux d'enseignements collégiaux et universitaires.

Ce sont principalement les médecins généralistes qui pratiquent des avortements au Québec. Une cinquantaine de médecins seulement pratiquent des avortements et ce sont souvent les mêmes depuis 10 et même 25 ans. De nombreux établissements ont de la difficulté à recruter des médecins formés pour la pratique de l'avortement et craignent de ne pas avoir de relève dans quelques années. La planification des naissances et l'avortement devraient faire partie du programme de formation universitaire en médecine familiale. Les étudiantes et étudiants en médecine devraient être exposés au contexte historique, politique, social et éthique du recours à l'avortement au Québec et sensibilisés à cette réalité. Les étudiantes et étudiants inscrits en médecine familiale devraient avoir accès à des stages pratiques dans les points de service d'avortement afin de se familiariser avec les diverses techniques d'avortement. Ces stages pratiques devraient être admissibles à l'obtention de crédits universitaires. Cela permettrait une relève prête à continuer d'offrir un service médical nécessaire aux femmes québécoises.

Puisque les salles d'attente ne sont pas toujours des endroits réservés aux seules fins des services d'avortement et que certaines sont partagées avec les services de maternité, les femmes peuvent y croiser du personnel anti-choix ou peuvent voir leur confidentialité négligée. Lorsque les infrastructures le permettent, il est idéal que les services d'avortement et de planning des naissances soient offerts dans un lieu à part et réservés à cette fin. Lorsque les salles d'attente sont communes, les établissements devraient s'assurer que les femmes ne soient pas en contact avec du personnel anti-choix, que les salles soient dépourvues de décorations et de références en lien avec la maternité, et que le personnel adopte des mesures particulières pour assurer et respecter la confidentialité et la sécurité des femmes.

La confidentialité est des plus importantes lorsque l'on parle de soins de santé et plus spécifiquement d'avortement. Il est recommandé que les établissements qui ne l'ont pas encore fait adoptent des mesures particulières afin que la confidentialité des femmes soit

assurée et respectée et qu'ils s'assurent que l'ensemble du personnel respecte les codes de déontologie et d'éthique professionnels en matière de confidentialité et de respect du choix des personnes qui recourent à leurs services.

Dans le passé, plusieurs établissements ont eu à revoir leurs pratiques en matière de sécurité afin de protéger les femmes et les personnes travaillant au service d'avortement contre les manifestants anti-choix ou les conjoints violents. Plusieurs voient la sécurité comme un problème et voudraient être en mesure de mieux protéger les femmes qui utilisent leurs services. Il est recommandé que des fonds soient disponibles pour mettre en place les mesures nécessaires afin d'assurer la sécurité du personnel et des femmes qui fréquentent les services d'avortement. De plus, les établissements ciblés par des manifestations anti-choix devraient être en mesure d'obtenir des injonctions visant à protéger les femmes et le personnel des services d'avortement de l'intimidation provenant de manifestants opposés au libre choix.

Plus de la moitié des établissements sont incapables d'aider financièrement les femmes qui ne peuvent payer pour un avortement, que ce soit des femmes qui ne sont pas inscrites à la RAMQ ou qui sont au Québec temporairement. L'avortement est un service essentiel et urgent pour les femmes qui décident d'y recourir. Il serait donc important de mettre sur pied un fonds de dépannage, géré conjointement avec les intervenants et des groupes de défense des droits des femmes, permettant de payer les services d'avortement pour les femmes qui sont dans l'incapacité de le faire.



Conclusion

Le Québec est la province canadienne où l'on trouve le plus de points de service d'avortement. On peut attribuer cette situation à la force des revendications du mouvement des femmes et de ses alliances, grâce à une ouverture du milieu politique et de l'opinion publique, généralement favorable au droit des femmes de pouvoir choisir l'avortement.

La mise en place de services d'avortement a tout de même subi de nombreux soubresauts au fil des ans. De l'importante influence de la religion catholique chez les francophones à l'arrestation de médecins pratiquant des avortements, les pressions anti-choix ont toujours été présentes. Qu'il agisse au nom des valeurs catholiques dans les années 1960, qu'il s'oppose à la révolution sexuelle dans les années 1970, qu'il tente de criminaliser les femmes en voulant accorder des droits aux fœtus à partir des années 1980 ou qu'il s'inscrive dans une recrudescence des idéaux de la droite conservatrice et évangéliste dans les années 2000, le mouvement anti-choix a toujours été présent, sous diverses formes, en ayant toujours comme objectif sous-jacent le contrôle social du corps des femmes. En 2006, ce mouvement s'est aussi dangereusement rapproché du pouvoir avec l'élection d'un gouvernement fédéral formé d'une majorité de députés anti-choix. L'influence de ce mouvement menace à la fois le droit à l'avortement et son accessibilité.

Malgré les avancées et les nombreux changements des dernières années, force est de constater que l'accès aux services d'avortement demeure encore à consolider. Il est encore bien difficile d'obtenir de l'information exhaustive sur les services d'avortement disponibles sur l'ensemble du territoire québécois. Les femmes qui appellent leur CLSC ou leur centre hospitalier se buttent quelquefois à des boîtes vocales ainsi qu'au jugement des réceptionnistes. Heureusement, les services Info-Santé et plusieurs réceptionnistes de centres hospitaliers, de CLSC, de cliniques ou de centres de santé des femmes offrent de l'information adéquate, avec sensibilité, aux femmes qui désirent terminer une grossesse.

Moins de 25 % des établissements du réseau public (centre hospitalier et CLSC) offrent l'avortement, soit l'intervention comme telle ou encore les services de soutien et de counselling connexes. Les quatre cliniques privées qui le font sont toutes situées à Montréal et seulement trois régions bénéficient d'un centre communautaire de santé des femmes.

Nous constatons que la grande majorité des établissements souffre d'un manque de ressources : personnel infirmier, médecins formés et disponibles, appui financier, administratif, etc. Ce manque de ressources limite l'offre des services, mais aussi la disponibilité d'une personne pour la prise de rendez-vous, pour le soutien post-avortement, etc. Encore aujourd'hui les femmes peuvent parfois devoir attendre jusqu'à quatre semaines avant d'obtenir l'intervention. Nous constatons quand même un très grand dévouement de la part des intervenantes pour aider les femmes à avoir accès à un service médical qu'elles ont choisi.

On note aussi que le manque d'accès à la contraception et à l'éducation sexuelle pour la population en général rend la situation encore plus difficile puisque plusieurs grossesses non planifiées auraient pu être évitées.

Les batailles à venir demeurent la nécessité de faire débloquer les budgets nécessaires pour assurer aux femmes des services de qualité égale, offerts dans des conditions optimales, partout au Québec, sans oublier la nécessité de contrer les stratégies et les menaces accrues du mouvement anti-choix au Québec et au Canada. À ceci, il faut désormais ajouter la lutte pour le maintien et l'amélioration du système de santé public et communautaire, afin de pouvoir offrir des services d'avortement de qualité à toutes les femmes du Québec.



ANNEXE 1

Questionnaires anonymes sur l'accessibilité de l'information sur l'avortement et des services dans les centres hospitaliers et CLSC

Hôpital/CLSC : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

Site web : _____

Vous appelez afin de vous renseigner au sujet des services d'avortement. Vous êtes enceinte d'environ 10 semaines. S'ils vous demandent la date de vos dernières menstruations, vous prenez la date à laquelle vous appelez, et remontez de 10 semaines. (Exemple : si nous sommes le 15 juin, la dernière date de menstruation serait le 7 avril.)

L'information que vous pourriez divulguer au téléphone pourrait consister de :

- enceinte de 10 semaines
- déménagement récent dans la région comme résidente temporaire (de l'extérieure du Québec)
- pas de famille/amis dans la région
- pas de docteur familial
- 20 ans
- a un plan de santé (mais d'une autre province)
- nom (lorsque demandé) est **Caroline Lemieux**

La date d'aujourd'hui : _____

Date de dernières menstruations : _____

Scripte

Appelez le numéro général de l'hôpital ou du CLSC. Parlez à la première personne qui répond au téléphone. Dites, « Bonjour, je suis enceinte et je pense me faire avorter. Est-ce que vous fournissez les services d'avortement à votre hôpital/CLSC? »

OUI NON

Commentaires : (réactions lorsque demandé au sujet des services)

- la réception ne savait pas

Si OUI, prenez en note le processus requis afin d'être référée à un médecin pour prendre un rendez-vous. (Encerclez si : vous avez besoin de demander de l'information OU si l'information est offerte.)

Demandez quel est le temps moyen d'attente afin de se faire avorter.

Si NON, est-ce qu'ils offraient des références sans qu'elles soient demandées? (S'ils n'en offrent pas, demandez d'être référée.)

OUI NON

Liste des références offertes : (Nom, numéro et détails?)

Lorsque contacté, est-ce que les références étaient utiles? _____

OUI NON

Commentaires :

Est-ce qu'on vous a redirigée vers une boîte vocale?

OUI NON

FIN DE L'APPEL

Dans l'ensemble, la personne au téléphone de l'hôpital ou du CLSC était :

- Aimable, compréhensive
- Pressée, impatiente, abrupte
- Impolie, désagréable
- Indifférente
- Avait les connaissances pertinentes
- Avait besoin d'être poussée pour plus d'informations
- Incertaine, prête à vérifier
- Incertaine, pas prête à vérifier

Nombre d'appels requis afin de recevoir de l'information : _____

Nombre de personnes à qui parlé : _____

Commentaires additionnels :



ANNEXE 2

Questionnaire téléphonique aux intervenantes : état de situation des services d'avortement au Québec

Quelle est la procédure pour prendre rendez-vous pour un IVG à votre établissement? (Les femmes doivent-elles reconfirmer leurs rendez-vous? Rappelez-vous vous-même pour reconfirmer? Quelle est la plage horaire pour la prise de rendez-vous?)

Combien de rencontres sont nécessaires pour l'intervention? Comment se déroulent les rencontres?

Pendant la rencontre pré-IVG, parlez-vous de contraception avec la femme? Offrez-vous la pose de stérilet?

Qui pratique les avortements dans votre établissement? Des généralistes ou des obstétriciens-gynécologues? Combien sont-ils? Sont-ils toujours les mêmes ou travaillent-ils en rotation?

Quel est le délai d'attente pour un avortement? (Pour les endroits où il y a deux rencontres: quel est le délai d'attente entre le premier appel et la rencontre pré, et entre la rencontre pré et l'IVG? Y a-t-il des moments de l'année où l'attente est plus élevée, moins élevée. Pourquoi?)

Pour les établissements de la région de Montréal seulement : Y a-t-il eu un changement suite à l'entente avec l'agence de la santé pour que les avortements en cliniques privées soient remboursés? Votre délai d'attente a-t-il changé?

Si vous n'avez plus de disponibilité, vous arrive-t-il de référer vers d'autres établissements?

Qu'est-ce qui limite votre disponibilité à offrir les services? Voudriez-vous offrir plus d'avortements?

Pour les établissements qui font des IVG de moins de 14 semaines. Où réferez-vous les femmes enceintes de plus de 14 semaines?

Quel soutien est disponible pour la prise de décision éclairée? Quelle démarche suivez-vous avec une femme ambivalente?

Où les femmes attendent-elles pour leurs pré-rencontres et pour l'intervention? (Y a-t-il des salles d'attente réservées aux femmes qui se font avorter?)

Votre clinique/établissement est-il sécurisé? Quelles mesures de sécurité sont en place (pour éviter les conjoints violents, les anti, etc.)?

Quels conseils donnez-vous aux femmes après l'intervention? Offrez-vous un service de counselling post-avortement? Ce service est-il systématique ou sur demande? En quoi ce service consiste-il?

Quelles mesures sont utilisées pour assurer la confidentialité des patientes?

Est-ce que ça arrive de refuser des avortements. Si oui, pourquoi?

Pour les femmes qui n'ont pas de carte d'assurance maladie, pouvez-vous les aider financièrement? Comment est-ce que cela fonctionne? Est-ce que c'est du cas par cas, une limite budgétaire?

Est-ce que les interventions ont lieu dans un endroit sécurisé? Quelles mesures de sécurité sont en place?

Quelles sont les plus grands obstacles que vous rencontrez dans votre travail?

Y a-t-il des facteurs qui vous laissent croire qu'il y aura un changement dans les services offerts dans votre établissement dans les prochains mois, prochaines années? (Augmentation ou diminution du service... retraite de médecin, climat d'insécurité)

Y a-t-il d'autres informations qui seraient pertinentes à ajouter?

Un gros merci pour votre collaboration.



Bibliographie

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA LIBERTÉ DE CHOIX. *Retour à la réalité : un aperçu de l'accès aux services d'avortement dans les hôpitaux canadiens*, [recherche et rédaction : Jessica Shaw], 2006, 65 p.

ACTION CANADA POUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT. *Droits et santé en matière de reproduction et de sexualité*, 2008, [en ligne], réf. du 23 juin 2009, www.mpfef.gov.ml/d_e_bibliotheque/e1.pdf

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Rapport d'information [...] sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, rapport n° 1206 déposé à l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008, 41 p.

BEAUCHAMP, Gilles. *Les Centres locaux de services communautaires : institutions de la société civile?*, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centres de santé (RQIIAC), 2004, [en ligne], réf. du 23 juin 2009, www.rqiiac.qc.ca/fr/actualites_debats/documents_dappui/article.asp?offset=10&Id_articles=11

CHABOT, Claire, Manon HOTTE et Sylvie GRAVEL. *Stratégie d'implantation des services d'avortement à l'intérieur des programmes de planification des naissances de certains CLSC*, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, [archives FQPN], 1983, 62 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Interruption volontaire de grossesse (IVG) et loi n° 34 : Le Collège des médecins du Québec clarifie les normes applicables*, communiqué de presse, 18 août 2009.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *L'interruption volontaire de grossesse; lignes directrices du Collège des médecins du Québec*, Montréal, septembre 2004, 15 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *L'avortement au Québec : état des lieux au printemps 2008*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, le Conseil, 2008, 53 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Commentaires du Conseil du statut de la femme sur les orientations ministérielles en planification des naissances*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, le Conseil, 1996, 26 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, le Conseil, 1992, 51 p.

- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *État de situation : la disponibilité des services d'avortement au Québec*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], document de travail, 1989, 57 p.
- COORDINATION NATIONALE POUR L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT. *Communiqué de presse*, 16 mars 1982. 4 p.
- CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *L'avortement : éléments d'un exercice de qualité*, 1989, 18 p.
- COUR SUPÉRIEURE. *Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais (Clinique des femmes de l'Outaouais) c. Veilleux*. JR1338, n° 550-05-010714-015, juin 2008, 25 p.
- COUR SUPÉRIEURE. *Jugement sur le recours collectif concernant les interruptions volontaires de grossesse*, n° 500-06-00158-028, Montréal, août 2006, 28 p.
- COUR SUPRÊME. *R. c. Morgentaler*, n° 1 R.C.S. 30, 1988, 193 p.
- DESMARAIS, Louise. *Mémoires d'une bataille inachevée : la lutte pour l'avortement au Québec*, Montréal, Trait d'union, 1999, 441 p.
- ENCYCLOPÉDIE CANADIENNE. *Santé publique au Québec*, [en ligne], réf. du 24 juin 2009, www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTF0009515
- FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC. *La Planification des naissances et l'avortement dans les CLSC*, [rédaction : Michel Perreault], Anjou, 1978, 18 p.
- FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ). *Mémoire : des cliniques publiques financées publiquement*, Québec, 12 septembre 2006, 35 p.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *Les 20 ans de l'avortement : une victoire encore jeune*, Montréal, 2008, 7 p.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *Le planning des naissances au Québec : portrait des services et paroles de femmes*, Montréal, 2001, 101 p.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *Avortement : enfin des ressources additionnelles*, communiqué de presse, 11 octobre 2001.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *L'avortement : une réalité incontournable, un service essentiel*, Montréal, 2000, 7 p.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *FQPN : historique*, document de travail, janvier 1998, 15 p.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *Bilan des avortements pratiqués dans les cliniques Lazure*, 1989, 1 p.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *Tableau-synthèse : lutte pour l'avortement au Québec 1970-1985*, mai 1985, 4 p.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *Communiqué de presse*, 16 mars 1982, 4 p.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *Situation générale*, 1981, 4 p.

FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *Portrait d'ensemble de l'évolution de la FQPN*, [document de travail], septembre 1981, 7 p.

FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. *Les cliniques Lazure : un constat d'échec*, communiqué de presse, 24 février 1981, 2 p.

GAZETTE OFFICIELLE DU QUÉBEC. *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé (Loi sur les services de santé et les services sociaux)*, Partie 2, Québec, 9 juillet 2008, 140^e année, n^o 28.

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES. *Les Québécoises ont-elles accès à l'avortement?*, Note socio-économique, [recherche et rédaction : Marie-Ève Quirion], 2008, 5 p.

Les intervenantes des CLSC face à l'avortement, document interne produit par les intervenantes, novembre 1983.

LE RÉSEAU FÉMINISTE POUR LE MAINTIEN, L'ACCESSIBILITÉ ET L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ. *La privatisation du système de santé : une atteinte au droit à la santé et au droit à l'égalité des femmes*, [rédaction : Marie Pelchat], 2007, 15 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Quelques données relatives à l'histoire des services d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) au Québec*, [rédaction : Isabelle Côté], avril 2010, 3 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'accueil et de référence pour les IVG de 2^e trimestre, document d'information pour les intervenantes et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux*, Gouvernement du Québec, février 2004, 13 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Communiqué de presse du Cabinet du ministre d'État à la santé et aux services sociaux*, 4 octobre 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et LA RÉGIE RÉGIONALE DE QUÉBEC POUR L'ORGANISATION DES SERVICES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG), Entente, Gouvernement du Québec, 2000, 3 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE POUR L'ORGANISATION DES SERVICES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG), Entente, Gouvernement du Québec, 1999, (document de travail), 3 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Gouvernement du Québec, 1995, 32 p.

REGROUPEMENT DES CENTRES DE SANTÉ DE FEMMES DU QUÉBEC. *L'accessibilité et la qualité des services d'avortement au Québec : rapport de recherche*, [rédaction : Luce Harnois], Montréal, 1989, 109 p.

REGROUPEMENT DES CENTRES DE SANTÉ DE FEMMES DU QUÉBEC. *Rapport de recherche sur l'avortement au Québec*, [rédaction : Luce Harnois], Montréal, 1987, 93 p.

SECÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Un avenir à partager : la politique en matière de condition féminine 1993*.

