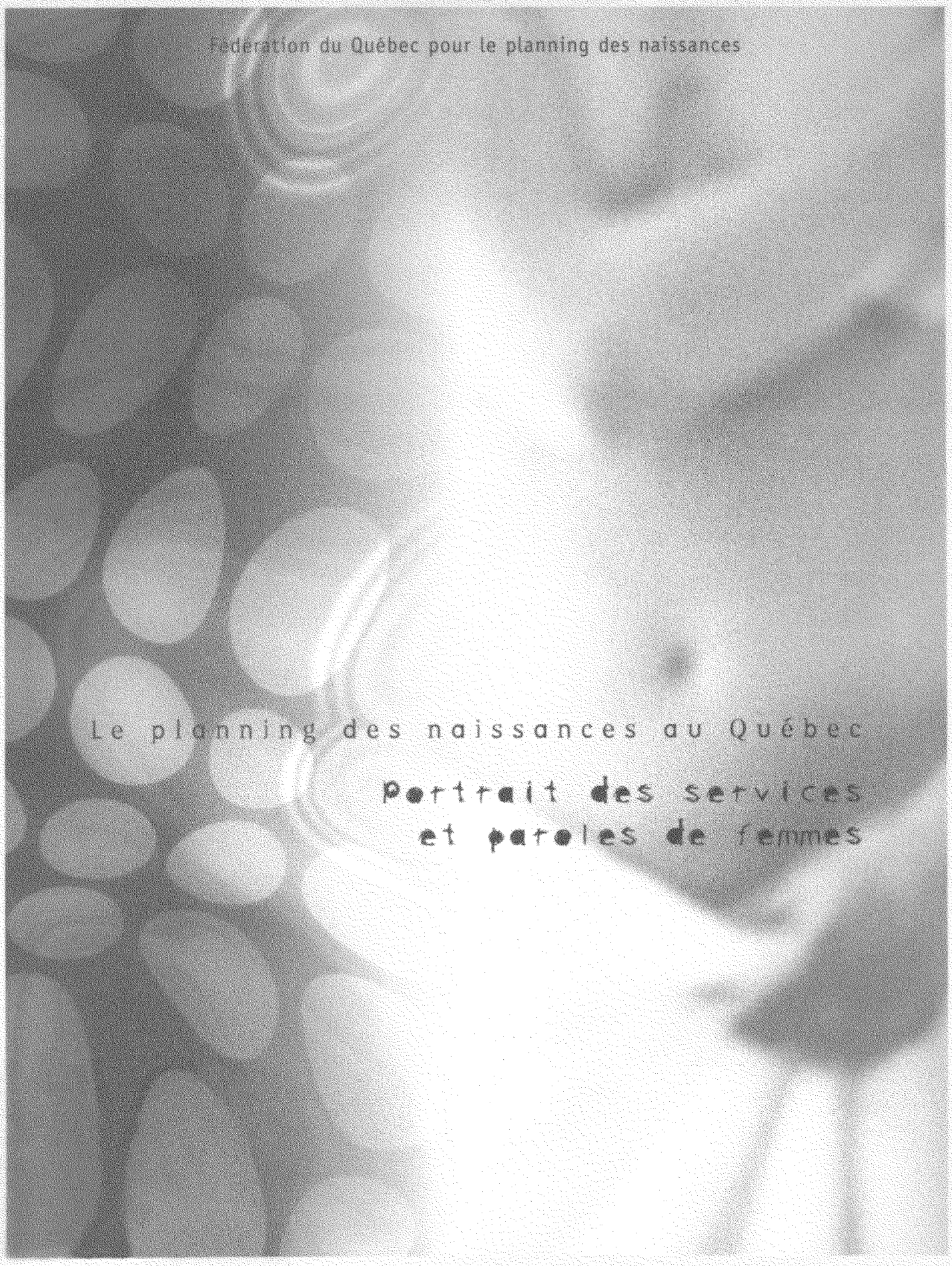

Fédération du Québec pour le planning des naissances

Le planning des naissances au Québec

Portrait des services et paroles de femmes

RECHERCHE-ACTION

LE PLANNING DES NAISSANCES AU QUÉBEC : PORTRAIT DES SERVICES ET PAROLES DE FEMMES

DÉCEMBRE 2001

Conception et rédaction : NATHALIE PARENT et ANNE ST-CERNY

Recherche : CHRISTIANE BÉLANGER, NATHALIE PARENT et ANNE ST-CERNY

Révision linguistique
et graphisme : LOUISE-ANDRÉE LAUZIÈRE

Page couverture : TUTTI FRUTTI

Comité d'encadrement : LISE LAMONTAGNE (Réseau québécois d'action pour la santé des femmes), ANIK SIMARD (Regroupement Naissance-Renaissance) et MARIANGELA DI DOMENICO (Conseil du statut de la femme)

Comité de lecture : JULIE BOUCHARD, ANNICK BRÉNIEL, LUCE CARDINAL, LYSE CLOUTIER, LOUISE DESMARAIS, MARIANGELA DI DOMENICO, NATHALIE GOULET, LISE LAMONTAGNE, FRANCINE MAILLOUX, JOHANNE MARCOTTE, SYLVIE PINSONNEAULT, GUYLAINE POIRIER, SHIRLEY RIVET, ANIK SIMARD et FRANCE TARDIF

Cette recherche-action a été réalisée grâce au soutien financier du Programme de promotion de la femme de Condition féminine du Canada, du Programme de soutien à l'éducation populaire autonome du ministère de l'Éducation du Québec, du Programme de soutien à la défense collective des droits du Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec et de la Fondation Solstice.

Les vues exprimées dans ce document sont uniquement celles des auteures et ne représentent pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine du Canada, du ministère de l'Éducation du Québec ou du Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec.

Dépôt légal

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC, 2002

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA, 2002

ISBN-2-9802393-6-4

© Fédération du Québec pour le planning des naissances

Tous les droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous les pays.

REMERCIEMENTS

La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) et les auteures tiennent à remercier les nombreux groupes de femmes et leurs représentantes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de cette recherche-action. Nous remercions particulièrement les membres du comité d'encadrement pour leurs judicieux commentaires et conseils, pour leur engagement soutenu et tout le temps investi généreusement dans ce projet dont l'échéancier s'est prolongé durant plus de deux ans.

Nous tenons également à remercier les intervenantes et intervenants du milieu qui ont participé à notre enquête de même que les femmes que nous avons rencontrées en *focus groups* et celles que nous avons consultées lors des ateliers de réflexion. Les données et les témoignages recueillis grâce à leur collaboration constituent le cœur même de cette recherche.

Un merci spécial aux membres du conseil d'administration de la FQPN pour avoir assuré le suivi essentiel à la bonne réalisation de cette recherche-action et pour avoir su apporter soutien et encouragement dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Enfin, nous remercions toutes celles qui ont gracieusement participé à la lecture et relecture du présent document. Vos critiques et commentaires toujours pertinents et constructifs ont grandement contribué à bonifier la qualité de cette publication.

NOTE

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 en 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 les hommes qui occupent cette fonction et une infirmière puisque ce sont les femmes qui sont les plus nombreuses dans cette profession.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION VII

PARTIE I – LE CADRE CONCEPTUEL

CHAPITRE 1 – Nos définitions de la santé reproductive et des services de planning des naissances. 1

1.1 LA SANTÉ REPRODUCTIVE 1
1.2 DES SERVICES DE PLANNING DES NAISSANCES COMPLETS, C'EST QUOI? 3
1.2.1 L'éducation sexuelle 3
1.2.2 La contraception 4
1.2.3 Les méthodes d'urgence. 7
1.2.4 La stérilisation. 7
1.2.5 L'avortement 9

CHAPITRE 2 – Les politiques gouvernementales en matière de santé reproductive 11

2.1 LES ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX EN MATIÈRE DE PLANNING DES NAISSANCES. 11
2.2 LES POLITIQUES QUÉBÉCOISES ET LE PLANNING DES NAISSANCES 12
2.3 LES *ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DES NAISSANCES* 13

PARTIE II – LA RECHERCHE

CHAPITRE 3 – Les services de planning des naissances offerts dans les CLSC et les centres hospitaliers 17

3.1 MÉTHODOLOGIE. 17
3.2 QUI A ACCÈS AUX SERVICES DE PLANNING DES NAISSANCES? 18
3.3 QUELS VOLETS DU PLANNING DES NAISSANCES SONT OFFERTS? 19
3.4 QUELS SONT LES TYPES D'INTERVENTION OFFERTS? 21
3.5 QUI OFFRE LES SERVICES? 23
3.6 LA COLLABORATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS 25
3.7 LA CONTRACEPTION. 27
3.7.1 La gratuité des contraceptifs 28
3.8 LES MÉTHODES D'URGENCE 29
3.9 LA STÉRILISATION 30
3.10 LES SERVICES D'AVORTEMENT. 31
3.10.1 Le temps d'attente 33
3.10.2 Les techniques d'avortement utilisées 33
3.10.3 L'accompagnement 35
3.10.4 La gratuité 35
3.11 CONCLUSION 36

CHAPITRE 4 – La satisfaction et les besoins des femmes 41

4.1 Méthodologie 41
4.2 Le profil des répondantes et les services reçus 42
4.3 La contraception 42
4.4 Les méthodes d'urgence 45
4.5 La stérilisation 47
4.6 L'avortement 48
4.7 Les besoins des femmes 50
4.8 Conclusion 51

CHAPITRE 5 – Les principaux obstacles au libre choix 55

5.1 Méthodologie 55
5.2 La transformation du réseau de la santé et des services sociaux 56
5.3 La formation du personnel en matière de planning des naissances 58
5.4 Les préjugés et les valeurs personnelles 59
5.5 L'absence d'éducation sexuelle 61
5.6 L'absence de statistiques 62
5.7 La médicalisation de la reproduction 63
5.8 L'industrie pharmaceutique 65
5.9 Le mouvement anti-choix (pro-vie) 66
5.10 La contrainte à la maternité 67
5.11 Les rapports femmes-hommes 67
5.12 Les femmes et le pouvoir 69
5.13 Le facteur démographique 70
5.14 Conclusion 71

PARTIE III – L'ACTION

CHAPITRE 6 – Revendications et stratégies d'action 73

6.1 Mais qu'est-ce qu'elles veulent? 73
6.2 Des pistes d'action 75
6.2.1 Des services accessibles 75
6.2.2 Des services de qualité et respectueux du libre choix 80
6.2.3 L'éducation sexuelle 83
6.2.4 La contraception 85
6.2.5 La contraception d'urgence 86
6.2.6 L'avortement 87
6.3 Conclusion 88

CONCLUSION 89

BIBLIOGRAPHIE 91

ANNEXE : Petite histoire des lois et des politiques concernant le planning des naissances au Québec . . . 95

INTRODUCTION

La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) est un regroupement féministe de groupes de femmes et d'individus qui travaille à promouvoir les droits des femmes dans le domaine de la santé reproductive et de la sexualité. Depuis 1972, la FQPN favorise le libre choix face à la maternité. Pour ce faire, la FQPN revendique, entre autres, l'accès universel à des services de planning des naissances complets, de qualité, gratuits et respectueux du libre choix.

Tout au long de sa pratique, la FQPN a été à même de constater que les conditions n'étaient pas toujours réunies pour que les services de planning des naissances répondent à ces critères. La situation semble même s'être aggravée depuis le début des années 1990. En fait, la FQPN a observé une augmentation marquée des demandes d'information ou de références qu'elle a reçues de la part de femmes et d'hommes touchant différents aspects du planning des naissances. Souvent, ces personnes étaient référées à la FQPN par leur Centre local de services communautaires (CLSC) ou, plus récemment, par le service Info-santé. De plus, de nombreux groupes de femmes et du personnel intervenant du milieu de la santé ont témoigné de la diminution ou de la disparition des services de planning dans les CLSC et les centres hospitaliers (CH) de leur région. Ces personnes désiraient un appui et des suggestions de stratégies d'action de la part de la FQPN afin d'éviter la diminution ou la perte de ces services.

Au cours de la dernière décennie, le réseau de la santé et des services sociaux a subi de multiples transformations et de nombreuses coupures budgétaires. En matière de santé reproductive, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a entrepris un travail d'actualisation de la politique québécoise en matière de planification des naissances énoncée en 1972. Ainsi, de nouvelles *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* ont été rendues publiques en 1996. Malgré ces orientations, de nouveaux témoignages se sont ajoutés aux manifestations des lacunes des services de planning offerts dans le réseau public de la santé déjà observées. La mise en oeuvre des *Orientations* tardait à se concrétiser.

Préoccupée par cette situation, la FQPN a décidé de réaliser, en 1999, une

recherche-action sur l'état des services de planning dans le réseau public de santé et de services sociaux au Québec. Les objectifs de cette recherche-action sont de réaliser un portrait provincial des services de planning; d'évaluer la satisfaction des femmes quant aux services qu'elles reçoivent et d'identifier leurs besoins actuels face à ces services; d'identifier les principaux obstacles à l'accès des services de planning; et de dégager des stratégies d'action collective pour améliorer la situation.

Les services de planning des naissances englobent plusieurs aspects de la santé, allant de la fertilité à l'infertilité, de la puberté à la ménopause, de la période périnatale aux nouvelles technologies de la reproduction humaine. Pour les fins de cette recherche, la FQPN a choisi d'étudier quatre volets du planning, soit la contraception, les méthodes d'urgence, l'avortement et la stérilisation. La FQPN a choisi d'aborder ces questions puisqu'elle croit que les services liés à l'infertilité mériteraient à eux seuls une enquête, ceux-ci s'étant beaucoup complexifiés (et privatisés) avec l'arrivée des nouvelles technologies. Quant aux services de périnatalité, le Regroupement Naissance-Renaissance les a étudiés en réalisant, de 1996 à 1998, une tournée québécoise qui avait pour but de faire les liens entre le virage ambulatoire et l'application de la Politique de périnatalité de 1993.

Les femmes sont de loin les principales utilisatrices des services de planning.

Le planning des naissances, c'est l'affaire des hommes autant que des femmes. La FQPN encourage d'ailleurs fortement la responsabilisation des hommes face à leur capacité de reproduction, leur santé sexuelle et celle de leur couple. Les femmes, par contre, sont de loin les principales utilisatrices des services de planning. Leur autonomie reproductive est aussi un des aspects fondamentaux de l'égalité des rapports entre les sexes. Depuis vingt ans, la FQPN travaille la question de la santé reproductive dans une perspective féministe et à partir du point de vue de l'expérience et de la santé des femmes afin d'accroître leur autonomie en la matière. C'est pourquoi cette recherche porte principalement sur l'expérience des femmes face aux services de planning et qu'elle est destinée aux femmes, aux groupes de femmes et aux personnes intervenantes désireuses d'agir collectivement pour garantir l'accessibilité à des services de planning des naissances humanisés, respectueux du choix des femmes et qui répondent aux besoins de ces dernières.

Le présent document révèle donc les résultats de cette recherche-action. Ces résultats y sont présentés en trois parties : le cadre conceptuel, la re-

cherche et les pistes d'action. La première partie, le cadre conceptuel, est formée de deux chapitres. Le premier chapitre présente une définition des différentes notions reliées à la santé reproductive et des différents volets que devraient comporter des services de planning complets. Le deuxième chapitre offre un bref aperçu des principales politiques et stratégies gouvernementales touchant la santé reproductive. Un court résumé des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* y est également présenté de même que l'analyse critique faite par la FQPN lors de leur sortie.

La deuxième partie dévoile les résultats de nos enquêtes auprès des établissements de la santé, auprès des femmes, de même que les résultats de nos ateliers de réflexion sur les obstacles au libre choix. Ainsi, le troisième chapitre donne le portrait provincial des services offerts en 1999 dans le réseau public de la santé à partir de données recueillies auprès du personnel intervenant des CLSC et des CH du Québec. Le quatrième chapitre fait part de la satisfaction des femmes face aux services de planning des naissances et fait ressortir les besoins actuels exprimés par celles-ci. Le cinquième chapitre identifie les principaux obstacles au libre choix et à l'obtention de services de planning des naissances qui répondent aux besoins des femmes.

Enfin, la dernière partie de ce document porte sur les principales revendications découlant des résultats de cette recherche et suggère des stratégies et pistes d'action possibles à l'intention des groupes de femmes et du personnel intervenant du réseau de la santé.

Nous espérons que cette recherche-action sensibilisera les décideurs aux besoins des femmes en matière de planning des naissances et qu'elle donnera l'occasion de réfléchir, d'échanger et d'agir pour favoriser le libre choix des femmes face à la santé reproductive et améliorer les services publics qui leur sont offerts.

PARTIE I
LE CADRE CONCEPTUEL

CHAPITRE 1 *Nos définitions de la santé reproductive et des services de planning des naissances*

LE CHOIX DE LA MATERNITÉ EST AU CŒUR DE LA VIE DE TOUTES LES FEMMES, même pour celles qui ne désirent pas avoir d'enfant. Les femmes sont fertiles de la puberté (10-14 ans) à la ménopause (50-55 ans). Régulièrement, durant cette période qui s'étend sur une quarantaine d'années, elles auront à prendre des décisions face à la maternité en fonction de leur âge, leur sexualité, leur désir d'avoir ou de ne pas avoir un enfant, leur désir d'espacer les naissances, leur état de santé, etc. Pour ce faire, elles auront souvent recours aux services de médecins, d'infirmières et autre personnel intervenant en santé. Ces services doivent viser à soutenir les femmes dans leurs choix face à leur corps et leur sexualité, tout en protégeant leur fertilité future et leur santé.

Le libre choix face à la maternité est fondamental à toute intervention en matière de santé reproductive. Bien que ce libre choix s'exerce sur le plan individuel, il est aussi grandement influencé par le contexte social, politique et économique dans lequel nous évoluons. Les conditions dans lesquelles s'exercent nos choix et les comportements qui en découlent dépassent la notion individualiste. Notre regard féministe sur la santé, qui fait le lien entre la santé, les rapports sociaux et les conditions de vie des femmes, nous amène à promouvoir une approche globale de la santé qui se doit de tenir compte de toute la personne, de sa réalité et du contexte dans lequel cette personne évolue. Cette approche, de même que les définitions de concepts qui suivent, forme le cadre d'analyse de la présente recherche-action.

1.1 *La santé reproductive*

La santé n'est pas simplement l'absence de maladie. La santé est davantage la recherche d'équilibre et d'harmonie aux plans physique, mental et social. Elle correspond à un objectif d'équilibre à la fois personnel et avec

son environnement. Elle réfère à notre capacité d'adaptation et de récupération dans les différents moments de nos vies.

La santé reproductive s'inscrit entièrement dans cette définition de la santé. Elle est donc une recherche d'équilibre et d'harmonie pour tout ce qui concerne notre capacité de reproduction. Elle sous-entend la possibilité pour les femmes de décider d'avoir un enfant au moment choisi ou de ne pas avoir d'enfant, et ce, sans discrimination, sans contrainte et sans violence. Elle implique que femmes et hommes aient accès à de l'information sur toutes les méthodes de contraception et que celles-ci soient sûres, efficaces, abordables et sans effets nocifs sur la santé. Elle doit se traduire aussi par l'accès à des services de santé assurant le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Il faut donc entendre par services de santé reproductive l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent au bien-être entourant notre capacité de reproduction tout en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser. La santé reproductive englobe la santé en matière de sexualité. Elle suppose que les conditions qui favorisent une vie sexuelle satisfaisante, harmonieuse et sécuritaire soient présentes. Enfin, les conseils et les soins prodigués ne doivent pas être limités au seul domaine de la reproduction et des maladies transmises sexuellement, mais doivent aussi viser à protéger et améliorer la qualité de vie, les relations interpersonnelles, le respect mutuel et l'égalité entre les sexes (Capen, 1996, p. 4).

Le libre choix face à la maternité est fondamental à toute intervention en matière de santé reproductive.

Au Québec, le mouvement pour la santé des femmes s'est surtout développé autour de la question du libre choix en matière de reproduction et de sexualité, plus particulièrement à partir de revendications touchant le droit de décider et d'avoir accès à des services de contraception et d'avortement, et ce, pour toutes les femmes sans discrimination. Dès 1970, « l'analyse de ces militantes les conduit à critiquer et à condamner la surmédicalisation des étapes normales de la vie des femmes et la dévalorisation de leur savoir par la science et la médecine. Aussi, dénoncent-elles les interventions abusives dont les femmes sont l'objet et, également, les attitudes sexistes et méprisantes du corps médical et paramédical à leur endroit. Ces analyses déboucheront sur la nécessité de se doter d'une vision globale de la santé des femmes, à l'intérieur de laquelle leur situation économique, sociale, psychologique, émotive et sexuelle est prise en compte. Cette façon de concevoir la santé vise l'*empowerment* des femmes afin qu'elles soient en mesure

de reprendre en main tous les aspects de leur vie. » (Tardif et Thiboutot, 1997, p. 96)

Dans cette optique, la santé reproductive signifie tout d'abord un contrôle individuel et collectif accru des femmes sur leur fertilité, leur corps, leur sexualité et leur vie. La santé reproductive suppose que les femmes choisissent d'avoir ou non des enfants et qu'elles ont la possibilité d'agir en conséquence de ces choix. En ce sens, les services de planning des naissances devraient soutenir les femmes dans leurs décisions.

1.2 *Des services de planning des naissances complets, c'est quoi?*

L'éducation sexuelle est un droit social dont la responsabilité doit être assumée par la collectivité en plus de l'être par la famille.

Les services de planning des naissances et de sexualité, auxquels toutes les femmes auront recours pendant leur vie, jouent un rôle central dans la capacité de ces dernières d'exercer des choix face à leur santé reproductive. Ces services incluent l'éducation sexuelle et des interventions psychosociales et médicales humanisées avec information critique sur toutes les méthodes contraceptives, sur l'avortement, sur la fertilité, sur la prévention de l'infertilité et des maladies transmises sexuellement et sur les technologies de reproduction. Ils comprennent également le soutien pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale de même que l'accès à toutes les méthodes contraceptives, aux méthodes d'urgence, à l'avortement et à la stérilisation.

Les services de planning doivent soutenir les femmes afin qu'elles puissent exercer un choix éclairé pour tout ce qui a trait à leur santé reproductive. Les personnes intervenant dans le domaine du planning doivent respecter l'expérience unique de chaque femme et doivent les reconnaître comme étant expertes de leurs expériences et comme étant les premières et principales actrices de leur santé.

1.2.1 *L'éducation sexuelle*

L'éducation sexuelle est un droit social dont la responsabilité doit être assumée par la collectivité en plus de l'être par la famille. Elle doit être accessible à toutes et à tous puisque la sexualité est présente à tous les âges, qu'elle s'intègre aux différentes étapes de la vie et qu'elle joue un rôle important dans le développement des personnes et des rapports sociaux. L'éducation sexuelle doit avoir pour objectif de promouvoir une vie sexuelle positive, satisfaisante et harmonieuse, visant l'estime de soi

dans des relations égalitaires, non sexistes et non violentes, tout en favorisant le respect des choix, de l'orientation et de l'épanouissement des personnes. Elle doit viser l'élimination des tabous, des mythes et des préjugés et une plus grande autonomie face à la santé sexuelle et reproductive.

Lorsque interrogés sur l'éducation sexuelle reçue à l'école, les jeunes formulent des critiques assez sévères, jugeant le personnel enseignant mal à l'aise avec ce sujet ou pas assez familier avec la matière. Les jeunes veulent : des cours plus complets, des enseignants mieux préparés et plus à l'aise; que l'éducation sexuelle soit obligatoire chaque année, et ce, dès le primaire; et obtenir des informations plus approfondies sur l'orientation sexuelle et la prévention de la grossesse et des maladies transmises sexuellement (McDonald, 1996, p. 2).

L'exemple des Pays-Bas nous démontre qu'une éducation sexuelle proactive, plus positive et plus complète aurait un impact majeur au niveau des services de planning. Dans ce pays, le taux d'avortements est parmi les plus bas au monde. Ceci est grandement lié au fait que la contraception y est gratuite et que l'éducation sexuelle y est omniprésente, autant dans le milieu scolaire que dans les médias et les discussions amicales (*Enjeux*, SRC, 13 février 2001).

Il faut se rappeler que l'information, la diffusion ou la vente de méthodes contraceptives étaient des actes criminels au Canada jusqu'en 1969.

1.2.2 *La contraception*

La contraception constitue d'emblée le cœur de la planification des naissances. Si la contraception sert à empêcher des grossesses, elle aide aussi à faire des choix face à la maternité. Le choix contraceptif, quelle que soit la méthode, implique une plus grande autonomie des femmes face à leur propre corps, leur sexualité et leur santé. En ce sens, les méthodes contraceptives devraient protéger la fertilité ultérieure et la santé, et non les menacer.

Plusieurs facteurs entrent en jeu dans le choix d'une méthode contraceptive : la vie sexuelle de la personne (le nombre de partenaires, la fréquence des relations sexuelles); sa relation égalitaire ou non avec le ou les partenaires; ses conditions de vie; sa culture; son âge; son désir d'espacer les naissances ou son désir de ne pas avoir d'enfant; l'aisance face à son corps; son état de santé; les avantages, les inconvénients ainsi que les risques et les effets secondaires reliés à chaque moyen contraceptif;

les conséquences probables d'un échec du contraceptif; les coûts; l'accessibilité et la disponibilité des moyens selon la région; etc.

Plusieurs méthodes de contraception ont été développées au cours des deux derniers siècles. Leur accessibilité était cependant limitée. Il faut se rappeler que l'information, la diffusion ou la vente de méthodes contraceptives étaient des actes criminels au Canada jusqu'en 1969. La diffusion d'information et la prescription de certaines méthodes de barrière étaient rendues possibles grâce à des personnes ou des organismes qui acceptaient de le faire malgré l'interdit. Au Québec, l'accessibilité aux différentes méthodes s'est surtout élargie au début des années 1970 avec l'arrivée des contraceptifs oraux (la pilule) et la décriminalisation de l'information et de la vente de contraceptifs.

La méthode contraceptive sûre, efficace, réversible et sans effets nocifs sur la santé n'existe toujours pas aujourd'hui.

Nous classons les différentes méthodes qui existent aujourd'hui en trois grands groupes : les méthodes visibles ou de barrière (anciennement dites douces) telles que les condoms masculin et féminin, le diaphragme, la cape cervicale, l'éponge et les spermicides; les méthodes invisibles (anciennement dites dures) telles que la pilule, l'injection contraceptive Depo-Provera, l'implant contraceptif Norplant et le stérilet; et les méthodes biologiques ou naturelles telles que la méthode du calendrier (Ogino Knauss), sympto-thermique ou la méthode Billings (observation de la glaire cervicale). Le retrait et les relations sexuelles sans pénétration font aussi partie des méthodes dites biologiques. Finalement, mentionnons aussi la stérilisation, qui propose les méthodes définitives de contraception que sont la ligature des trompes et la vasectomie.

La variété des moyens contraceptifs disponibles n'a pas beaucoup augmentée avec le temps. La recherche en la matière a surtout permis d'améliorer nos connaissances sur les bénéfices et les risques pour la santé associés à l'usage des contraceptifs oraux. Ces recherches ont mené à une réduction importante des doses d'hormones contenues dans les contraceptifs oraux et à la fabrication de la minipilule à base de progestérone seulement.

Durant les dernières années, les développements en matière de contraception ont surtout mené à l'arrivée de nouvelles méthodes hormonales à effet prolongé et avec un taux d'efficacité très élevé : l'injection contraceptive Depo-Provera et les implants Norplant. Ces méthodes, dont les conséquences sur la santé des femmes sont encore objet de controverses,

nécessitent un contrôle médical accru et diminuent le pouvoir des femmes sur leur corps puisque ces dernières ne peuvent pas arrêter leurs effets lorsqu'elles le désirent ou ne peuvent pas retirer le contraceptif sans intervention médicale. Bref, la méthode contraceptive sûre, efficace, réversible et sans effets nocifs sur la santé n'existe toujours pas aujourd'hui. Quelle que soit la méthode utilisée, les femmes doivent faire des compromis soit au niveau de son efficacité, soit au niveau des effets sur leur santé physique ou mentale.

Quelle que soit la méthode utilisée, les femmes doivent faire des compromis soit au niveau de son efficacité, soit au niveau des effets sur leur santé physique ou mentale.

Mis à part les contraceptifs oraux, peu de statistiques existent sur l'utilisation des différents moyens contraceptifs. La dernière étude sur l'ensemble des méthodes utilisées par les femmes se base sur des données datant de 1984. À ce moment, 75 % des Québécoises de 20 à 24 ans qui utilisaient un contraceptif avaient opté pour les contraceptifs oraux. À partir de 25 ans, les femmes variaient leur choix : 45 % utilisaient les contraceptifs oraux, 12 % le stérilet et environ 18 % misaient sur le condom allié aux spermicides (Motard et Tardieu, 1990, p. 233).

La dernière enquête de Santé Québec (1996) n'aborde pas la question de la contraception en dehors de la prise d'anovulants. Ce fait nous étonne puisqu'on y constate que seulement 22 % des femmes en âge de procréer les utilisent. À l'adolescence (15-17 ans), trois jeunes femmes sur 10 choisissent la pilule. C'est entre 18 et 19 ans que la consommation est la plus élevée (57 %). Cette proportion chute de moitié après l'âge de 24 ans (Guyon et collab., 1996, p. 130).

Depuis cette enquête, l'arrivée du Norplant en 1994, du Depo-Provera en 1997 et des campagnes de prévention contre les maladies transmises sexuellement (dont le VIH et le sida) favorisant l'utilisation du condom ont certainement eu des impacts sur l'utilisation des différentes méthodes contraceptives. De nouvelles enquêtes plus approfondies et portant sur l'ensemble des méthodes sont nécessaires pour avoir un portrait plus réel de l'utilisation des moyens contraceptifs et pour pouvoir en analyser les conséquences sur la sexualité et sur la santé reproductive.

Pour faciliter le choix des femmes, une information complète et critique doit être accessible, et ce, pour l'ensemble des contraceptifs disponibles. Un choix éclairé doit tenir compte à la fois des aspects médicaux, psychosociaux et sexuels de chaque femme. Favoriser un choix éclairé exige du temps d'information et de réflexion avec les femmes afin de se pencher

sur leur réalité et leurs besoins. Il peut être d'ailleurs plus profitable de tenir une consultation en deux temps. Les femmes qui le désireraient pourraient ainsi penser aux informations reçues et poser de nouvelles questions lors d'une deuxième rencontre avant de fixer leurs choix.

1.2.3 *Les méthodes d'urgence*

Un choix éclairé doit tenir compte à la fois des aspects médicaux, psychosociaux et sexuels de chaque femme.

Suite à une relation sexuelle non protégée ou à un problème avec une méthode contraceptive, les femmes peuvent recourir à des méthodes d'urgence afin d'éviter une grossesse non désirée. Deux méthodes existent actuellement : les contraceptifs oraux d'urgence (pilule du lendemain) et le stérilet postcoïtal. Leur utilisation nécessite une prescription médicale. La pilule du lendemain est efficace si elle est prise dans les cinq jours suivant la relation. Par contre, son efficacité est à son maximum dans les premières 24 heures. Il est donc important que les femmes connaissent cette méthode et y aient accès rapidement.

Le stérilet postcoïtal est utilisé moins fréquemment car il exige une intervention médicale. Il peut être utile pour les femmes qui ne peuvent pas prendre les hormones contenues dans la pilule ou pour celles qui désirent le stérilet comme méthode de contraception. La plupart du temps, les femmes recevront des antibiotiques lors de la pose afin de les protéger des maladies transmises sexuellement ou d'une infection. Le stérilet postcoïtal peut être efficace s'il est installé dans les sept jours suivant la relation sexuelle.

Plusieurs femmes auront recours à une méthode de contraception d'urgence durant leur vie reproductive, il est donc important de les faire connaître et de les rendre accessibles en tout temps.

1.2.4 *La stérilisation*

Lorsqu'une personne décide de ne pas ou de ne plus avoir d'enfant, elle peut avoir accès à une méthode de stérilisation : ligature des trompes ou vasectomie. Ces méthodes de contraception ont la particularité d'être irréversibles. Certes, certaines opérations permettent de rétablir la fertilité après une stérilisation, mais ces opérations sont lourdes et leur taux de réussite demeure très variable — de 43 à 88 % de succès suite à une ligature et de 16 à 79 % suite à une vasectomie (Hatcher et collab., 1998, p. 577). La stérilisation devrait donc être considérée comme une méthode de contraception définitive. Encore aujourd'hui, la plupart des établisse-

ments qui pratiquent ces interventions demandent une évaluation psychosociale avant de les réaliser.

L'accessibilité à la ligature des trompes et à la vasectomie a beaucoup fluctué durant les dernières décennies. Durant les années 1960-1970, ces interventions sont accordées selon une règle mathématique basée sur l'âge et le nombre d'enfants. Durant les années 1980, la stérilisation est accordée davantage sur la base du choix individuel. Cependant, dès le début des années 1990, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'inquiète du nombre élevé de couples de 30 ans et plus dont l'un des partenaires est stérilisé. Un nombre grandissant de recherches sont alors publiées sur l'un ou l'autre des aspects liés à la stérilisation, tels que le facteur de regret ou encore les impacts démographiques. Aujourd'hui, le ministère de la Santé et des Services sociaux considère toujours la décision de recourir à la stérilisation comme étant « lourde de conséquences, particulièrement pour les personnes de moins de 35 ans. » (Québec, *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances,* p. 15).

La consultation doit faciliter la prise de décision et non avoir pour but d'autoriser ou non l'intervention.

L'Institut de la statistique du Québec signale que les ligatures des trompes sont en décroissance depuis un certain nombre d'années. De 26 705 en 1980, elles sont passées à 9 947 en 1999. Durant la même période, le nombre de vasectomie a augmenté de 15 317 à 18 113. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce renversement de situation : les hommes assument une plus grande responsabilité face à leur fertilité; la vasectomie est une intervention chirurgicale moins lourde et moins coûteuse que la ligature, etc. Globalement, le nombre de stérilisations féminines et masculines a chuté de 42 000 à 28 000 ces 20 dernières années. Le nombre moins élevé d'enfants par famille expliquerait-il, en partie, la diminution du recours à la stérilisation? Le fait que de plus en plus de femmes aient leur premier enfant à un âge plus avancé serait-il un autre élément d'explication? Ou est-ce l'impact de méthodes contraceptives ayant des taux d'efficacité plus élevés? Ici aussi, ces questions mériteraient d'être approfondies.

Les services en matière de stérilisation doivent favoriser l'exercice de choix éclairés. Les femmes et les hommes qui envisagent la stérilisation devraient être informés sur les différentes méthodes, leurs avantages et leurs inconvénients et sur leur irréversibilité. Les personnes qui ne désirent pas ou qui ne désirent plus avoir d'enfant devraient pouvoir y avoir

accès sans que des critères d'évaluation extérieurs aux leurs les contraignent dans leur choix. La consultation doit faciliter la prise de décision éclairée et ne doit pas devenir la base d'une évaluation ayant pour but d'autoriser ou non l'intervention.

1.2.5 *L'avortement*

Devant une grossesse non planifiée, les femmes peuvent vivre des sentiments d'ambivalence importants.

Devant une grossesse non planifiée, les femmes peuvent vivre des sentiments d'ambivalence importants. Quelle que soit la cause de cette grossesse (relation sexuelle non protégée, échec de la contraception, agression sexuelle, etc.), les femmes doivent choisir de poursuivre ou non leur grossesse. Pour celles qui choisissent d'interrompre leur grossesse, des services d'avortement sont nécessaires.

Au début des années 1980, quelques centres hospitaliers (CH) offraient des services d'avortement selon les règles du *Code criminel* canadien, c'est-à-dire avec l'approbation d'un comité d'avortement thérapeutique composé de trois médecins. Des cliniques privées, des centres de santé des femmes et quelques CLSC donnaient ces services sans ces comités, donc illégalement. En 1988, la Cour suprême du Canada décriminalisait l'avortement. Depuis ce temps, des services en CH et en CLSC se sont ajoutés. Cependant, le financement à cette fin est resté le même depuis la fin des années 1980 (*La Presse*, 4 avril 2000), et ce, malgré l'augmentation du nombre d'avortements.

Le nombre d'avortements augmente très légèrement d'année en année. Environ 28 000 avortements ont été pratiqués en 1999 au Québec. Malgré cela, les statistiques en matière d'avortement provoquent régulièrement des cris d'alarme. On entend, par exemple, souvent dire que le taux d'avortements a plus que doublé au cours des dernières 20 années. En fait, ce taux calcule le nombre d'avortements par rapport au nombre de naissances vivantes, nombre qui diminue au Québec depuis les années 1990. Le nombre d'avortement étant relativement stable ces dernières années, l'augmentation du taux d'avortement reflète davantage la diminution des naissances qu'une augmentation importante du nombre d'avortements.

En 1980, les avortements n'étaient pas compilés de la façon qu'ils le sont aujourd'hui. Rappelons qu'à cette époque, un avortement n'était accordé que si la santé de la femme ou de l'enfant à naître était en danger. Par exemple, les femmes qui avortaient dans une clinique ou un CLSC opérant illégalement ou celles qui allaient aux États-Unis n'étaient pas incluses

dans les statistiques. Les statistiques ne permettent donc à personne de se prononcer sur les tendances des dernières années en matière d'avortement et gagneraient à être mieux analysées ou remises en perspective en fonction des lacunes dans leur interprétation ou dans leur compilation.

Les besoins exprimés il y a 30 ans par le mouvement pour la santé des femmes face aux services d'avortement restent d'actualité. Les femmes doivent avoir accès, si désiré, à des services leur donnant la possibilité de discuter et de soupeser leur choix. Une fois que la décision d'avorter est prise, l'intervention devrait avoir lieu à l'intérieur d'une semaine. L'avortement doit être réalisé avec des techniques sécuritaires et les moins invasives possible. Le suivi postavortement médical est nécessaire. Les femmes qui désirent avoir un suivi psychosocial devraient aussi y avoir accès. Autant dans les services d'avortement que dans l'ensemble des interventions en planning des naissances, la confidentialité, le respect et la neutralité du personnel intervenant sont de mise.

CHAPITRE 2 Les politiques gouvernementales en matière de santé reproductive

LES SERVICES DE PLANNING DES NAISSANCES QUI SONT OFFERTS DANS LE RÉSEAU public de la santé découlent directement des politiques gouvernementales sur le sujet. Au Québec, ce sont les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* rendues publiques en février 1996 qui décrivent les stratégies gouvernementales les plus récentes en la matière. Le Québec a aussi pris des engagements en adoptant d'autres politiques qui touchent de près ou de loin certains éléments de la santé reproductive. Cet ensemble de documents constitue donc les principaux engagements et objectifs de l'action gouvernementale reliée au planning des naissances. Nous présentons ici les documents touchant les aspects du planning traités dans la présente recherche-action.

2.1 *Les engagements internationaux en matière de planning des naissances*

La Canada et le Québec sont signataires du programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement des Nations unies qui s'est tenue au Caire en 1994. Le chapitre VII de ce plan d'action porte sur les droits et la santé reproductive. Les droits en cette matière y sont reconnus dans les termes qui suivent :

> « 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 des 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. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. »

Pour respecter ces droits, les gouvernements signataires sont encouragés à faire en sorte que des informations complètes et factuelles de même que toute la gamme des services de santé en matière de reproduction, y compris la planification des naissances, soient accessibles, abordables et acceptables pour tous les usagers. Les gouvernements doivent s'efforcer de permettre l'accès aux services de santé en matière de reproduction à toutes les personnes par l'entremise de leur réseau de soins de santé.

Le programme d'action reconnaît aussi que « le principe du choix libre et éclairé est une condition essentielle du succès à long terme de ces programmes de planification familiale. Aucune forme de coercition ne doit y jouer le moindre rôle (...). Plus précisément, les gouvernements devraient faciliter la prise en charge par les couples et les individus de leur santé en matière de reproduction, en abolissant toutes les restrictions injustifiées d'ordre juridique, médical, clinique et réglementaire à l'information sur les services et méthodes de planification familiale et à l'accès à ces services et méthodes. »

Dans le rapport de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue en 1995 à Beijing, le droit des femmes de contrôler leur propre sexualité, sans aucune coercition, discrimination ou violence, est reconnu. Cependant, le rapport parle peu de la planification des naissances. Les paragraphes les plus signifiants à ce propos recommandent d'assurer l'accessibilité des services et de financer la recherche visant à mettre au point des méthodes et techniques sûres, efficaces et peu coûteuses.

2.2 *Les politiques québécoises et le planning des naissances*

La *Politique de la santé et du bien-être* de 1992, dans le cadre de sa stratégie visant à renforcer le potentiel des personnes, préconise des actions visant à favoriser l'exercice d'une sexualité saine et responsable par l'éducation, l'information, l'adaptation des services aux besoins des jeunes et la consolidation des services dans les milieux défavorisés et à l'extérieur du milieu scolaire.

À cela, la *Politique en matière de condition féminine* de 1993 ajoute le besoin d'assurer l'accès à des services intégrés et complets de planification des naissances, de mieux répartir ces services entre les régions et d'assurer

l'accès à des services d'interruption de grossesse. De plus, dans la mise à jour 2000-2003 du programme d'action lié à la politique, on fait mention des objectifs de prévention des grossesses précoces, de soutien à la prise de décision et de soutien aux mères adolescentes.

Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* restent quasi silencieuses sur le planning des naissances. En effet, seules les conséquences des grossesses chez les adolescentes pour elles, pour les enfants et pour la société y sont mentionnées.

2.3 Les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*

En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux entreprend une consultation afin d'actualiser la *Politique québécoise en matière de planification des naissances* énoncée en 1972. Le gouvernement jugeait que les changements sociaux et scientifiques survenus depuis les années 1970 imposaient la redéfinition des besoins prioritaires. Pour le mouvement pour la santé des femmes, le manque d'accessibilité et la nécessité d'implanter et de développer un réseau stable de cliniques de planning des naissances rendait inacceptable d'attendre encore la nouvelle politique promise depuis la fin des années 1980.

Dans son document de consultation intitulé *Éléments d'orientations en planification des naissances : priorités d'action et organisation des services,* le ministère propose des lignes directrices à appliquer dans la planification et l'offre des services de planning. Cette proposition s'appuie sur divers constats faits par le ministère :

- le gouvernement québécois a investi près de 6 millions $ en 1988-1989 alors qu'il estimait les coûts rattachés à la planification des naissances (actes médicaux, hospitalisations, soins de courte durée) à 17,5 millions $ pour la même année financière;
- de 1980 à 1990, le taux de grossesse à l'adolescence était passé de 12,5/1 000 à 19,1/1 000;
- la proportion des grossesses à l'adolescence était plus élevée dans les milieux défavorisés;

- le taux élevé de stérilisation était considéré inquiétant : en 1982, 65 % des femmes de plus de 35 ans était stérilisées;
- il y avait augmentation des maladies transmises sexuellement;
- depuis 1980, il y avait stagnation ou régression des ressources affectées à ce domaine d'intervention, des difficultés liées à la concertation régionale et à l'absence de lignes directrices concernant la répartition des rôles entre les établissements. Il y avait inégalité entre les régions.

Après plusieurs années de mobilisation des groupes de femmes pour que la nouvelle politique soit enfin énoncée, les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* sont finalement rendues publiques le 26 février 1996. Ces orientations s'appuient sur trois grands principes directeurs :

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

Le but de ces orientations est « de promouvoir, dans la population, l'exercice de choix éclairés et responsables en matière de planification des naissances, tout en favorisant un état optimal de santé sexuelle. » (p. 23) Pour ce faire, sept approches privilégiées d'intervention sont présentées. « Ces interventions doivent d'abord être conçues dans une approche de prévention et de promotion de la santé et du bien-être. Elles doivent aussi témoigner d'ouverture à l'égard des divers choix de fécondité exprimés et encourager une participation accrue de la part des hommes. Elles doivent enfin être caractérisées par une approche intégrée, multidisciplinaire et adaptée aux clientèles, et favoriser la protection de la santé et de la fertilité. » (p. 18)

Les objectifs généraux mettent l'accent sur les jeunes et portent sur les volets suivants : contraception, sexualité, interruption volontaire de grossesse, infertilité, stérilisation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux assume la mise en œuvre et l'évaluation des orientations. Les différents partenaires (régies régionales, CLSC, CH, organismes communautaires

et cliniques médicales), quant à eux, reçoivent des responsabilités relatives à leur mandat.

Aucun budget additionnel n'accompagne la sortie des *Orientations*, sauf pour la réalisation des trois priorités d'action suivantes :

- réduire le taux de grossesses à l'adolescence dans les milieux défavorisés, dans Montréal-Centre et en Montérégie (200 000 $ par année);
- améliorer l'accessibilité des services d'avortement pour les grossesses tardives, dont un point de services suprarégional dans la région de Québec pour les avortements de deuxième trimestre (70 000 $ par année);
- rendre accessibles des services d'avortement dans la région Chaudière-Appalaches (120 000 $ par année).

Après avoir souligné leur accord sur les grands buts et principes directeurs, la FQPN et d'autres groupes de femmes relèvent plusieurs failles dans ces orientations ministérielles. Aucune analyse n'y est faite de l'impact des déterminants sociaux de la santé ni de la différence de besoins selon les sexes. Les moyens à mettre en place pour assurer l'accessibilité et l'organisation des services ne sont pas présentés. L'élaboration et la réalisation de priorités en matière d'information et d'éducation sexuelle, la formation du personnel, les stratégies de concertation entre les partenaires ne sont pas mentionnées non plus. La recherche en santé reproductive est à peine abordée.

La FQPN n'est pas non plus rassurée quant à la gratuité, à l'accessibilité et à l'universalité des services puisqu'il n'y a pas de budget prévu en planification des naissances. Il y a déjà, au moment de la sortie des *Orientations*, des coupures budgétaires dans l'ensemble des services de santé et de services sociaux. De plus, des orientations, à la différence d'une politique, n'ont pas d'effet normatif. Bref, des approches et des principes intéressants, mais aucune indication sur les moyens à mettre en place pour atteindre les objectifs ni d'argent pour les réaliser.

Les chapitres qui suivent nous permettront de voir si les services offerts en CLSC et en CH respectent les différents engagements du gouvernement québécois en matière de planification des naissances.

PARTIE II
LA RECHERCHE

CHAPITRE 3 Les services de planning des naissances offerts dans les CLSC et les centres hospitaliers

DEPUIS LE DÉBUT DES ANNÉES 1990, LA FQPN FAIT PART AU MINISTÈRE DE LA Santé et des Services sociaux (MSSS) et au Secrétariat à la condition féminine du Québec de ses inquiétudes face à la diminution de l'accessibilité et de la qualité des services en matière de planning des naissances dans les CLSC et les centres hospitaliers (CH). Le ministère et le secrétariat misaient sur l'adoption et la mise en place des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services. Trois années après leur adoption, nous avons voulu vérifier si tel était le cas.

3.1 *Méthodologie*

Le but de notre enquête est de dresser un portrait provincial des services offerts dans les CLSC et les CH. Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire pour recueillir des données quantitatives sur cinq aspects du planning des naissances : l'organisation des services, la contraception, la contraception d'urgence, la stérilisation et l'avortement. Un espace pour les commentaires à la fin de chaque section a permis de recueillir des données de type qualitatif. Ce questionnaire a été envoyé aux personnes responsables du planning des naissances dans 149 CLSC (la totalité des CLSC) et dans 44 CH. Nous avons retracé les CH qui dispensent ces services en les contactant tous par téléphone. Au total, 193 questionnaires ont été distribués à travers le Québec.

Les responsables des services de planning des naissances[1] de 122 des 149 CLSC (82 %) et de 28 des 44 CH (64 %) nous ont fait parvenir leurs réponses. Avec un taux de réponse de 78 %, la collecte des données nous permet de faire un portrait révélateur des services offerts au printemps 1999 par le réseau public de santé en matière de planning des naissances, et ce, pour chacune des 16 régions du Québec.

[1] Dans le texte, les personnes qui ont répondu au questionnaire sont nommées répondantes.

3.2 *Qui a accès aux services de planning des naissances?*

Un des endroits privilégiés par le mouvement pour la santé des femmes pour obtenir les services complets et universels de planning des naissances est sans conteste les CLSC, qui sont situés dans plusieurs localités et donc faciles d'accès. Dans les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, le MSSS confirme la place des CLSC dans la prestation des services de base et de prévention à toute la population.

Cependant, plus de 90 % des CLSC[2] offrent leurs services en planning des naissances seulement à des clientèles prioritaires : les jeunes exclusivement (entre 12 et 18 ans, 12 et 20 ans ou 12 et 25 ans selon les endroits) ou les jeunes et les femmes vivant des problématiques particulières (par exemple : utilisatrices de drogues injectables, femmes démunies financièrement, femmes immigrantes, réfugiées, etc.). De plus, une majorité de CLSC (63 %) réserve ses services de planning des naissances à la population qui réside sur son territoire. Parmi les CLSC ouverts aux femmes hors territoire, des critères basés par exemple sur l'âge ou le fait que la femme étudie ou travaille sur le territoire déterminent l'accès aux services.

TABLEAU 1 À QUI S'ADRESSENT LES SERVICES DE PLANNING

CLIENTÈLE	CLSC	CH
Jeunes exclusivement	53 %	11 %
Jeunes et groupes cibles	38 %	14 %
Toute la population	9 %	64 %

Soixante-quatre pour cent des CH offre des services à toutes les femmes en âge de procréer. Près de 25 % réserve ses services aux jeunes et aux femmes vivant des problématiques particulières. Des services complets de planning des naissances ne sont pas nécessairement accessibles à toutes les femmes en âge de procréer du territoire. Par exemple, les services de plusieurs CH en matière d'avortement et d'infertilité sont ouverts à toutes les femmes mais les services sur la contraception et la sexualité s'adres-

[2] Tous les pourcentages présentés dans ce chapitre sont calculés sur la base des 122 CLSC et des 28 CH qui ont répondu au questionnaire.

sent exclusivement aux jeunes. Cependant, les femmes, indépendamment de leur âge ou de leur réalité socio-économique, trouveront au moins **un** CH dans leur région (à l'exception des régions de l'Outaouais et Chaudière-Appalaches) offrant l'ensemble des services de planning des naissances.

CE QUE LES ORIENTATIONS EN DISENT...

Le principe de l'accessibilité universelle et la gratuité des services signifie que les services de planification des naissances, tels que définis dans les présentes orientations, sont des services de base qui doivent être gratuits et également accessibles à la population de toutes les régions sociosanitaires. (p. 18)

À la lecture de ce portrait, force nous est de constater que le principe de l'accessibilité universelle à des services de planning des naissances n'est pas une réalité dans les établissements qui ont répondu à l'enquête. La majeure partie des services donnés par les CLSC est consacrée à des clientèles jugées prioritaires par le MSSS, soit les jeunes et les personnes vivant des problématiques particulières.

3.3 Quels volets du planning des naissances sont offerts?

CE QUE LES ORIENTATIONS EN DISENT...

Dans la mesure du possible, les établissements œuvrant dans le domaine de la planification des naissances devraient offrir, d'une manière intégrée, tous les volets de services, c'est-à-dire en contraception, en IVG, en stérilisation, en infertilité, en information et prévention en sexualité et, le cas échéant, en prévention et traitement des maladies transmises sexuellement. (p. 20)

Seulement 2 % des CLSC et 75 % des CH offrent de manière intégrée tous les volets abordés dans notre enquête, soit contraception, contraception d'urgence, stérilisation et avortement. À peine 12 % des CLSC réalisent l'avortement dans leur établissement. La presque totalité des CLSC réfèrent les femmes aux CH ou aux cliniques privées pour le volet stérilisation.

Dans les CH, la contraception, les maladies transmises sexuellement, l'avortement, la stérilisation et l'infertilité sont les principaux sujets abordés dans les interventions en planning des naissances. Dans les CLSC, la sexualité et la relation amoureuse prennent une place équivalente à la contraception, aux maladies transmises sexuellement et à l'avortement. Des autres sujets discutés dans leurs interventions, les répondantes en CLSC ont cité en exemple : l'estime de soi, la fertilité, l'homosexualité, la grossesse à l'adolescence, la stérilisation.

TABLEAU 2 QUELS SONT LES SUJETS ABORDÉS DANS LES INTERVENTIONS?

SUJETS ABORDÉS	CLSC	CH	MOYENNE
Méthodes contraceptives	98 %	89 %	93 %
Maladies transmises sexuellement	95 %	86 %	90 %
Avortement	92 %	86 %	89 %
Sexualité	94 %	57 %	76 %
Relation amoureuse	88 %	50 %	69 %
Autres	18 %	21 %	20 %

Très peu d'établissements offrent d'une manière intégrée tous les volets de services prévus dans les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. La grande majorité des CLSC et des CH aborde tous les sujets mais un grand nombre n'offre pas l'ensemble des interventions nécessaires (par ex. : avortement ou stérilisation) pour répondre aux besoins.

Compte tenu que les services de planning d'une majorité de CLSC s'adressent prioritairement aux jeunes, il est peu surprenant que le volet stérilisation y soit absent. La place que prend la sexualité et la relation amoureuse dans les sujets abordés dans les interventions en CLSC est en cohérence avec le mandat d'offrir des services adaptés aux jeunes que le MSSS leur a confié. Ce qui est dommage, c'est que cette volonté d'avoir des services intégrés et adaptés aux jeunes n'ait rien modifié à l'accessibilité de l'avortement en CLSC.

3.4 *Quels sont les types d'intervention offerts?*

Pour appuyer la liberté et la responsabilité des personnes dans l'exercice des choix en planning des naissances, une gamme complète d'interventions allant de l'information et de l'éducation-prévention à la consultation, au suivi ou traitement et à la référence sont prévues dans les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Pour réaliser ces interventions, plusieurs moyens sont possibles. Nous en avons proposé cinq à nos répondantes : rencontres de groupe, diffusion de dépliants ou brochures, kiosques d'information, rencontres individuelles, service téléphonique.

La quasi-totalité des CLSC et la grande majorité des CH offrent des services de planning sous la forme de rencontres individuelles. La rencontre individuelle se déroule avec l'infirmière ou le médecin et porte principalement sur l'accès à une méthode de contraception, à un contraceptif d'urgence, à un avortement ou à une stérilisation.

TABLEAU 3 QUELS SONT LES TYPES D'INTERVENTION OFFERTS?

TYPE D'INTERVENTION	CLSC	CH	MOYENNE
Rencontres individuelles	97 %	86 %	92 %
Dépliants, brochures	80 %	75 %	78 %
Service téléphonique	58 %	64 %	62 %
Rencontres de groupe	76 %	21 %	49 %
Kiosques	26 %	4 %	15 %

Pour soutenir cette intervention et répondre aux besoins d'information sur le planning des naissances, 80 % des CLSC et 75 % des CH diffusent des dépliants et des brochures sur les méthodes de contraception, l'avortement, les maladies transmises sexuellement, la sexualité, etc. La tenue de kiosques ou l'écriture d'articles dans les journaux étudiants sont d'autres moyens utilisés par environ un quart des CLSC et très rarement par les CH. Le service téléphonique pour recevoir soutien, information et suivi est offert par 58 % des CLSC et 64 % des CH.

CE QUE LES ORIENTATIONS EN DISENT...

Les CLSC sont responsables de l'éducation-prévention, de l'information individuelle et de groupe, des services individuels de base et de référence dans les quatre volets du planning des naissances pour toute la population. Les services adaptés aux jeunes en IVG, contraception et sexualité relèvent également des responsabilités des CLSC. Les CH sont responsables des services individuels de base en IVG, en stérilisation et en infertilité, des services spécialisés adaptés à des clientèles ayant des besoins spécifiques ainsi que du soutien professionnel spécialisé auprès d'autres établissements. De plus, les CH universitaires ont la responsabilité des services individuels de base en contraception. (p. 31)

Le portrait des types d'intervention utilisés par les établissements correspond aux responsabilités que le MSSS leur a confiées. Le mandat d'éducation-prévention reçu par les CLSC explique en grande partie que la rencontre de groupe soit offerte dans 77 % des CLSC comparativement à 21 % des CH. Selon les commentaires des répondantes, ces rencontres sont organisées principalement pour les jeunes. Cependant, des répondantes de CLSC ont exprimé leurs inquiétudes face au fait que les rencontres individuelles deviennent le type d'intervention privilégiée : *« La composante clinique prend de plus en plus de place par rapport à la composante éducative »*. De plus, plusieurs répondantes témoignent de l'augmentation des demandes et des restrictions financières et humaines qui ont diminué la durée de la rencontre individuelle. Cette situation nous préoccupe puisque faire un choix éclairé suppose d'avoir le temps de s'informer et d'étudier les différents aspects des possibilités qui s'offrent à nous.

Les brochures et les dépliants offerts sur le planning des naissances sont, dans 33 % des CLSC et 66 % des CH, réalisés par l'équipe de planning de l'établissement. Une revue sommaire de cette documentation nous permet de constater qu'elle s'adresse principalement aux jeunes. Plus du tiers des CLSC (35 %) n'investissent aucune ressource dans l'ac-

quisition ou la production de dépliants ou de brochures. Cela les rend dépendants d'outils d'information gratuits fournis principalement par les compagnies pharmaceutiques. Ces outils, tout en informant, ont surtout pour but de vendre un produit. Pourtant, l'accès à une information critique, diversifiée et fiable est de première importance si on désire favoriser le libre choix.

3.5 *Qui offre les services?*

Pour le MSSS, les services de planification des naissances « seront conçus de telle façon que les aspects psychosociaux et médicaux recevront une attention égale » (Québec, *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances,* p. 19). En effet, les choix que font les individus face à leur fertilité dépendent de leur réalité dans ses multiples dimensions : physiologique, psychologique, sexuelle, sociale et économique. C'est pourquoi le MSSS prévoit que les interventions devraient faire appel à une équipe multidisciplinaire structurée.

TABLEAU 4 QUI OFFRE LES SERVICES?

PERSONNEL	CLSC	CH
infirmière	97 %	86 %
médecin	69 %	68 %
travailleuse sociale	29 %	18 %
sexologue	7 %	18 %
autres	5 %	7 %

Dans à peu près tous les CLSC et une grande majorité des CH, ce sont les infirmières qui dispensent les services de planning des naissances. Les médecins sont aussi présents dans une majorité de ces établissements. Dans moins du tiers des CLSC et du cinquième des CH, des travailleuses sociales ou des sexologues complètent l'équipe.

CE QUE LES ORIENTATIONS EN DISENT...

> *Des services intégrés sont des services qui font appel à une équipe pluridisciplinaire structurée offrant des interventions médicales et psychosociales, et qui comportent des objectifs particuliers et des modes d'intervention adaptés aux besoins de la population. (p. 20)*

Dans la grande majorité des CLSC et des CH, l'équipe pluridisciplinaire des services de planning des naissances se limite à l'infirmière et au médecin. Dans un tiers des CLSC, une travailleuse sociale s'ajoute à l'équipe. Notre recherche ne nous permet pas de qualifier les collaborations interdisciplinaires dans les interventions ni le niveau de collaboration et de travail d'équipe. Cependant, les commentaires recueillis dans le questionnaire tendent à démontrer que le travail de collaboration et de concertation entre les différents types de profession est particulièrement présent dans les cliniques jeunesse ainsi que dans les cliniques de planning des naissances qui offrent des services d'avortement.

Plusieurs répondantes de CLSC témoignent du manque d'effectifs médicaux, ce qui rend certaines offres de services variables. *« Le CLSC a cessé d'offrir la vasectomie en juillet 1998 suite au départ du médecin qui les pratiquait. »* Cette situation est également problématique pour le volet avortement. Peu de médecins acceptent de pratiquer des avortements par crainte des représailles du mouvement anti-avortement ou parce que cela va à l'encontre de leurs principes moraux. En conséquence, les CLSC et les CH offrant le service sont régulièrement confrontés à l'absence de médecin pour réaliser l'intervention. De plus, la diminution ou la stagnation du budget consacré au planning a des impacts énormes sur le personnel qui dispense les services. *« Il y a eu une diminution du temps infirmière alloué au planning à cause d'un départ à la retraite. La tâche est passée de 5 jours/semaine à 3 jours. Pourtant, les besoins n'ont pas diminué, eux. Depuis que je travaille en planning des naissances (14 ans), ce qui bloque le développement des services en planning est essentiellement l'instabilité et le roulement des travailleuses. Les besoins d'une équipe structurée et stable sont ignorés. »*

Il semble que les programmes de mise à la retraite offerts au personnel de la santé par le gouvernement au milieu des années 1990 ont eu comme impact de déstabiliser les équipes de planning des naissances par le départ du personnel expérimenté et le roulement du personnel qui s'en est suivi. Dans quelques CLSC et CH, l'impact a été de diminuer le nombre d'heures consacrées au planning des naissances parce que l'établissement a été incapable de combler les postes ou parce que le programme a été démantelé.

Les commentaires des répondantes déplorant le manque d'argent pour la formation continue afin d'améliorer les connaissances et les interventions ont aussi de quoi nous préoccuper. Les outils d'information et les formations offerts au personnel gratuitement par les compagnies pharmaceutiques deviennent la principale, sinon la seule, source de mise à jour des connaissances. Dans sa réaction aux *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, le mouvement pour la santé des femmes s'inquiétait qu'il n'y ait nulle mention de la formation ni du soutien offert au personnel pour développer les approches privilégiées d'intervention prévues. Le premier outil pour des services de qualité, adaptés aux besoins des femmes et respectueux de leur santé et de leurs choix, est la formation du personnel dans tous les milieux de pratique.

3.6 *La collaboration entre les établissements*

Le MSSS incite les régies régionales, les CLSC, les CH, le milieu scolaire, les organismes communautaires et les cliniques privées à travailler en collaboration pour atteindre les objectifs en matière de planning des naissances. Ensemble, ils sont invités à favoriser la complémentarité et la continuité des services tout en respectant les responsabilités de chacun.

Avec leur mission de prévention, les CLSC ont poursuivi leur lien avec le milieu scolaire. L'objectif prioritaire du MSSS visant à diminuer le taux de grossesse chez les adolescentes interpelle particulièrement ces partenaires. Il n'est donc pas surprenant qu'à peu près tous les CLSC réalisent avec le milieu scolaire (souvent par l'entremise d'infirmières scolaires) des campagnes d'information sur la sexualité ou des activités éducatives sur le planning des naissances. Dans la majorité des cas, les CLSC collaborent aussi entre eux. Pour le quart des CLSC, des liens sont établis avec les organismes communautaires et une faible proportion travaille avec les CH.

TABLEAU 5 QUI SONT LES PARTENAIRES DES ÉTABLISSEMENTS?

PARTENAIRES	CLSC	CH
milieu scolaire	96 %	18 %
CLSC	72 %	21 %
CH	7 %	61 %
organismes communautaires	27 %	21 %
autres (cliniques privées, santé publique, centres jeunesse)	5 %	11 %

Dans la majorité des cas, les CH collaborent principalement entre eux. Un cinquième d'entre eux travaillent avec les CLSC et les organismes communautaires. Une faible proportion de CH a établi des liens avec le milieu scolaire.

CE QUE LES ORIENTATIONS EN DISENT...

> *L'intégration des services n'est pas partout réalisable à l'intérieur d'un même établissement. Elle doit tenir compte de la dynamique régionale et se traduire par une recherche d'intégration dans chaque établissement. Elle nécessite une complémentarité entre les classes d'établissement (CH et CLSC) et requiert un effort de concertation entre les établissements d'une même région sociosanitaire. (...) des interventions en matière de planification des naissances sont également offertes dans le réseau de l'éducation, en clinique médicale et dans des organismes communautaires. Afin d'atteindre le maximum de continuité des services, il est important que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux travaillent de concert avec ces derniers. (p. 20)*

Trois ans après l'adoption des *Orientations*, ce portrait des collaborations des CLSC et des CH est inquiétant. Les principales collaborations se font entre les établissements du même type. Les liens entre CH et CLSC ne sem-

blent pas s'être développés, même s'ils sont les principaux dispensateurs des services de planning. Des ententes claires de collaboration auraient dû être élaborées.

Vingt-sept pour cent des CLSC et 22 % des CH entretiennent des liens avec les organismes communautaires à des fins d'information, de référence et de collaboration dans l'organisation d'activités. Plusieurs répondantes se sont dites intéressées par ce qui se fait dans les organismes communautaires tout en reconnaissant ne pas vraiment les connaître. Du côté des organismes communautaires, plusieurs témoignent du sentiment que leur expertise n'est pas reconnue par les CLSC et les CH ni soutenue par les régies régionales.

3.7 *La contraception*

Pour faire un choix éclairé parmi toutes les méthodes de contraception, une information sur les aspects biomédicaux, psychosociaux et sexuels de chacune est nécessaire. La grande majorité des CLSC et des CH donne de l'information sur le condom masculin et les méthodes hormonales que sont les contraceptifs oraux et l'injection contraceptive Depo-Provera. Le stérilet est plus souvent présenté dans les CH que dans les CLSC. En ce qui concerne l'information sur les implants contraceptifs Norplant, elle est présentée dans 64 % des CH et 23 % des CLSC.

TABLEAU 6 QUELLES SONT LES MÉTHODES DE CONTRACEPTION PRÉSENTÉES?

MÉTHODE	CLSC	CH	MOYENNE
Depo-Provera	97 %	96 %	97 %
Contraceptifs oraux	100 %	93 %	97 %
Condom masculin	98 %	93 %	96 %
Stérilet	64 %	93 %	78 %
Spermicides	55 %	79 %	67 %
Méthode sympto-thermique	58 %	75 %	67 %
Éponge	55 %	68 %	62 %
Diaphragme	41 %	79 %	60 %
Condom féminin	38 %	71 %	55 %
Norplant	23 %	64 %	44 %
Cape cervicale	18 %	46 %	32 %

Dans la majorité des CH, de l'information est diffusée sur le diaphragme, les spermicides, la méthode sympto-thermique et le condom féminin, mais à peine la moitié des CLSC abordent les méthodes de barrière et biologiques dans leurs interventions. En ce qui concerne la cape cervicale, elle n'est présentée que dans une minorité de CLSC et près de la moitié des CH.

Nous avons été surprises de constater que le Depo-Provera, approuvé comme contraceptif au Canada en 1997, soit l'une des premières méthodes présentées. Ce contraceptif développé pour les femmes en préménopause ou pour les femmes ne tolérant pas l'œstrogène semble être devenu très populaire. Pourtant, des questions demeurent quant aux conséquences de ce contraceptif sur la santé, particulièrement sur ses effets à moyen et long termes s'il est utilisé à l'adolescence ou encore pendant une longue période.

À la lecture de ce portrait, nous ne pouvons que constater que la majorité des CH donne de l'information sur toutes les méthodes (sauf la cape cervicale) et que les CLSC informent plus souvent sur les méthodes hormonales et le condom. Nous aurions cru que le portrait serait inverse puisque les CLSC sont les principaux responsables du mandat d'éducation-prévention.

3.7.1 *La gratuité des contraceptifs*

Presque tous les CLSC offrent des échantillons gratuits de contraceptifs (principalement la pilule et le condom masculin) mais seulement une minorité les fournissent sur demande. Par contre, dans 43 % des CH, toutes les femmes qui en font la demande y auront accès gratuitement. Les CH et les CLSC réservent dans une même proportion les contraceptifs gratuits à une clientèle ciblée : les femmes démunies financièrement ou encore des femmes en suivi au CH.

TABLEAU 7 QUI A ACCÈS À DES CONTRACEPTIFS GRATUITS?

CLIENTÈLE	CLSC	CH
Jeunes exclusivement	48 %	11 %
Jeunes et groupes cibles	35 %	36 %
Toute la population	15 %	43 %

La plupart du temps, ces échantillons sont offerts par les compagnies pharmaceutiques. Plusieurs répondantes témoignent que le nombre d'échantillons gratuits a diminué depuis l'arrivée du régime d'assurance-médicament. Cette réalité a obligé les CLSC et les CH à resserrer les critères d'accès à la gratuité.

Ce portrait nous démontre que le principe de gratuité n'est pas appliqué en matière de contraception. L'arrivée du régime d'assurance-médicament n'a pas amélioré cet accès et semble avoir eu un impact imprévu sur la disponibilité des échantillons fournis. L'assurance-médicament ne couvre qu'une partie des frais des médicaments sur ordonnance, l'autre partie est assumée par les personnes. Plusieurs méthodes de contraception étant en vente libre, la gratuité ne s'applique qu'aux contraceptifs hormonaux et au diaphragme. Quant au stérilet, son coût varie de 27 $ à 85 $. Selon la situation financière des femmes, l'absence de gratuité limite le choix de la méthode.

3.8 *Les méthodes d'urgence*

Dans toutes les régions, les femmes pourront trouver un CLSC qui leur fournira la pilule du lendemain quel que soit leur âge. Cependant, près du quart des CLSC réservent ce service aux jeunes et aux femmes démunies financièrement. Les heures d'ouverture des CLSC sont un obstacle supplémentaire à l'accès à la pilule du lendemain en soirée, durant la fin de semaine et lors des jours fériés. Seulement une minorité des CH a des restrictions d'accès à l'obtention de la pilule du lendemain.

TABLEAU 8 QUI A ACCÈS À DES CONTRACEPTIFS ORAUX D'URGENCE?

CLIENTÈLE	CLSC	CH
Jeunes seulement	23 %	4 %
Jeunes et groupes cibles	3 %	4 %
Toutes les femmes	72 %	79 %

En ce qui concerne l'accès au stérilet postcoïtal, 21 % des CLSC et 43 % des CH rendent cette méthode accessible aux femmes. Les raisons de

cette faible diffusion sont d'ordres divers : le stérilet nécessite une intervention chirurgicale, la femme doit désirer utiliser cette méthode comme contraceptif, les effets secondaires peuvent être plus douloureux, le médecin rattaché aux services n'installe pas de stérilet, etc.

Cet état de fait nous démontre que l'accès à la contraception d'urgence demeure problématique. Cependant, ce problème semble en voie d'être partiellement réglé avec le projet de permettre aux pharmaciens d'offrir la pilule du lendemain.

3.9 *La stérilisation*

Lorsqu'une femme ou un homme décide de ne pas ou de ne plus avoir d'enfant, les méthodes de stérilisation que sont la ligature des trompes et la vasectomie sont envisagées. Seulement 7 % des CLSC et 89 % des CH offrent des services en matière de stérilisation. À l'exception d'un CLSC, tous les autres réfèrent les femmes qui désirent une ligature des trompes à un CH. En ce qui concerne la vasectomie, un peu plus de la moitié des CH en réalisent, ainsi que les huit CLSC qui offrent des services de stérilisation.

TABLEAU 9 LES SERVICES DE STÉRILISATION OFFERTS

STÉRILISATION	CLSC	CH
Volet offert	7 %	89 %
Ligature des trompes	1 %	86 %
Vasectomie	7 %	54 %

La ligature des trompes est une technique de stérilisation qui nécessite une salle d'opération. Cet équipement étant surtout disponible dans les CH, il n'est donc pas surprenant que la ligature soit principalement offerte dans ceux-ci. Quant à la vasectomie, elle peut se pratiquer dans le bureau du médecin. Nous constatons que le nombre de CLSC et de CH qui offrent la vasectomie est limité, ce qui encourage les hommes à aller en clinique privée. En clinique privée, les hommes devront débourser environ 75 $ pour couvrir les frais autres que l'acte médical, alors que la vasecto-

mie et la ligature des trompes sont accessibles gratuitement en CLSC et en CH. Rappelons qu'une vasectomie est moins invasive que la ligature des trompes.

Pour les établissements qui offrent le volet stérilisation, 63 % des CLSC et 44 % des CH demandent une évaluation individuelle, réalisée dans la plupart des établissements par le médecin avant de pratiquer l'intervention. Cependant, une évaluation psychosociale est exigée par la moitié des CH si la demande provient d'une femme de moins de 30 ans. Certaines répondantes nous ont mentionné que le nombre d'enfants, le nombre d'avortements antérieurs et la situation maritale sont des critères pouvant influencer l'accès à l'intervention.

L'accès à la stérilisation dans les CLSC et les CH est donc limité. Le respect du libre choix des femmes et des hommes en matière de reproduction suppose que les méthodes de stérilisation soient accessibles et gratuites, et qu'aucun critère imposé par une personne extérieure ne restreigne la réalisation du choix. La consultation doit faciliter la prise de décision et non avoir pour but d'autoriser ou non l'intervention. Dans ce domaine aussi, l'accès à de l'information critique, diversifiée et fiable est primordial.

3.10 *Les services d'avortement*

Face à une grossesse non planifiée, les femmes et les adolescentes doivent choisir de poursuivre ou non cette grossesse. Les services prévus par le MSSS pour les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont le soutien à la prise de décision, la préparation à l'avortement, l'intervention et le suivi postavortement.

Seulement 12 % des CLSC offrent l'ensemble de ces services[3]. Ceux-ci sont répartis dans sept régions du Québec. Des avortements s'y pratiquent jusqu'à la 11e ou la 14e semaine de grossesse. Depuis l'automne 1999, un CLSC de la région de Montréal réalise des avortements jusqu'à la 20e semaine de grossesse. Cependant, la majorité des autres CLSC offre les services préavortement, y compris la rencontre médicale, même si l'intervention a lieu dans un autre établissement.

[3] Pour en savoir plus, voir le *Bottin des ressources en avortement*, Fédération du Québec pour le planning des naissances, janvier 2000.

TABLEAU 10 LES SERVICES D'AVORTEMENT OFFERTS

SERVICE OFFERT	CLSC	CH
Préavortement médical	57 %	89 %
Préavortement psychosocial	68 %	82 %
Avortement	12 %	96 %
Postavortement	66 %	86 %

En ce qui concerne les CH, 96 % offrent l'intervention et une grande majorité les rencontres pré et post pour les femmes de leur territoire. Ils sont répartis dans 14 régions. La grande majorité d'entre eux réalise des avortements jusqu'à 12 semaines de grossesse et quelques-uns vont jusqu'à 16 semaines. Seulement sept CH situés dans les régions de l'Estrie, de Montréal, de Lanaudière et de la Montérégie répondent aux besoins des femmes jusqu'à la 20e semaine de grossesse.

Aucun service d'avortement n'est disponible dans les CH des régions de Chaudière-Appalaches et de l'Outaouais. Les femmes de Chaudière-Appalaches doivent sortir de leur région pour avoir l'intervention. Les femmes de la région de l'Outaouais obtiennent leur avortement gratuitement à la Clinique des femmes — organisme communautaire féministe qui offre ce service depuis 1981 — grâce à une entente avec la régie régionale de la santé et des services sociaux. Le Centre de santé des femmes de la Mauricie a une entente du même type avec sa régie régionale. Quant au Centre de santé des femmes de Montréal, les pourparlers sont toujours en cours.

Au niveau des services postavortement, des rencontres de suivi médical et psychosocial (abordant entre autres la contraception) sont offertes dans 66 % des CLSC. La majorité des CH où se pratiquent des avortements dispense aussi ces services. Quatre CH réfèrent au CLSC ou au médecin traitant pour les rencontres pré et postavortement.

Bien que nous sachions que les femmes expriment depuis toujours le besoin de services intégrés en avortement, très peu d'établissements offrent cette possibilité. De plus en plus de femmes et d'adolescentes doivent se

promener d'un endroit à l'autre pour recevoir la gamme complète des services. Force est de constater que la revendication d'avoir au même endroit l'ensemble des services nécessaires pour l'avortement, et ce, partout au Québec demeure d'actualité.

3.10.1 *Le temps d'attente*

Face à une grossesse non planifiée, toute femme ou adolescente vit à différents degrés une période de stress et de bouleversements. La période de réflexion nécessaire pour faire le choix de l'avortement ou de poursuivre la grossesse varie d'une femme ou d'une adolescente à l'autre et doit être respectée. Cependant, le temps d'attente entre la prise de décision et la réalisation de l'avortement doit être le plus bref possible. Le quart des CLSC et la moitié des CH disent avoir un temps d'attente maximum de deux semaines selon les périodes de l'année. Malheureusement, pour 71 % des CLSC et 40 % des CH, les femmes ou les adolescentes peuvent avoir à attendre jusqu'à trois ou quatre semaines.

Sauf pour quelques CLSC des régions Montréal-Centre et Lanaudière, les CLSC pratiquent en moyenne quatre avortements par semaine. Il n'est donc pas étonnant que le carnet de rendez-vous se remplisse rapidement et que l'attente s'allonge. Au niveau des CH, à part quelques exceptions, la majorité de ceux-ci réalisent 15 avortements par semaine. Ce qui explique en partie que le temps d'attente est généralement moins long dans les CH.

Cette attente peut être une source de grande anxiété. À celle-ci s'ajoutent les craintes face à l'intervention. Cette situation incite les femmes ou les adolescentes à trouver des ressources financières pour aller en clinique privée, où le délai est très court.

3.10.2 *Les techniques d'avortement utilisées*

Jusqu'à la 15e semaine de grossesse, l'avortement est réalisé par la technique de dilatation/aspiration/curetage (DAC). Tous les CLSC et les CH l'utilisent pour les avortements de 6 à 15 semaines. L'intervention se fait sous anesthésie locale dans tous ces établissements. Quelques-uns imposent l'anesthésie générale à partir de la 12e semaine.

À partir de la 15e semaine de grossesse, deux techniques d'avortement peuvent être utilisées : la dilatation/extraction/curetage (DEC) ou l'induc-

tion saline ou de prostaglandine suivie d'un curetage (ISC ou IPC). La DEC est une intervention plus simple et moins invasive. En effet, l'injection saline ou de prostaglandine consiste à provoquer le processus de fausse couche : la durée de l'avortement et l'intensité des contractions varieront d'une femme à l'autre. Le mouvement pour la santé des femmes et le personnel intervenant en avortement favorisent la technique DEC et travaillent à sa promotion. Nous avons donc été agréablement surprises de constater que la technique privilégiée par les CLSC et les CH est le DEC et que seulement un CLSC et quatre CH utilisaient encore l'injection au moment de notre enquête.

TABLEAU 11 LES TECHNIQUES D'AVORTEMENT UTILISÉES

TECHNIQUES UTILISÉES	CLSC	CH
Dilatation/aspiration/curetage	100 %	100 %
Dilatation/extraction/curetage	7 %	32 %
Induction/curetage	1 %	4 %
Méthotrexate/prostaglandine	0 %	21 %

En 1999, six CH expérimentaient la technique d'avortement par médicament pour les grossesses de 49 jours et moins. Cette technique consiste en une injection de méthotrexate pour arrêter la grossesse et, 72 heures plus tard, de comprimés de prostaglandine qui provoquent l'expulsion de l'embryon. Depuis l'an 2000, deux CH au Québec participent au protocole de recherche sur l'avortement par RU486 (qui remplacera le méthotrexate) et prostaglandine. Les résultats de ces recherches devraient être connus sous peu.

La moitié des CLSC demandent une échographie comme examen préalable à l'avortement quelle que soit la durée de la grossesse alors qu'à peine le quart des CH ont cette même exigence. Surtout utilisée à partir de la 12e semaine ou pour une femme ou une adolescente incertaine de la date de sa dernière menstruation, l'échographie sert à calculer la durée de la grossesse afin d'évaluer la technique à utiliser (DAC ou DEC). Nous ignorons pourquoi certains établissements exigent l'échographie avant 12 semaines

de grossesse si la seule technique utilisée dans l'établissement est la DAC et si la femme ou l'adolescente est certaine de la date de sa dernière menstruation.

Depuis plusieurs années, des tiges laminaires (bâtonnets d'algues ou de produits synthétiques) sont souvent utilisées pour débuter la dilatation du col avant l'avortement pour les grossesses de 12 semaines et plus. Elles sont insérées dans le col utérin la veille de l'intervention. En se gonflant, elles permettent une dilatation progressive du col. L'enquête nous indique que les tiges laminaires sont de plus en plus utilisées dès la 7e semaine de grossesse. La raison de cette pratique nous échappe. Est-ce que cela est préférable pour les femmes ou les adolescentes enceintes de moins de 12 semaines? Leur douleur diminue-t-elle lors de la dilatation? Ou est-ce que cela facilite le travail du médecin?

3.10.3 *L'accompagnement*

L'avortement n'est pas toujours une décision facile à prendre. Pour plusieurs femmes qui ont un partenaire stable, la décision se prend à deux. D'autres femmes et adolescentes vont chercher du soutien auprès de leurs proches pour les accompagner dans les différentes étapes du processus. Seulement 43 % des CLSC et 61 % des CH acceptent que les femmes ou les adolescentes soient accompagnées dans la salle de l'intervention. Les motifs pour refuser l'accompagnement sont laissés à la discrétion du médecin. Pourtant, la présence d'une personne significative dans la salle de l'intervention peut être un réel soutien pour les femmes et les adolescentes qui le désirent.

3.10.4 *La gratuité*

L'avortement en CLSC et en CH est gratuit. Cependant, dans diverses régions, cet établissement n'est pas nécessairement près de chez soi. Plusieurs femmes et adolescentes doivent parcourir une centaine de kilomètres pour obtenir un avortement. Le temps de transport ainsi que la durée de l'intervention, qui nécessite parfois la pose de tiges laminaires la veille, obligent les femmes à s'absenter une journée de leur maison ou de leur travail. Pour plusieurs femmes et adolescentes enceintes de quatorze semaines et plus, les frais d'hébergement peuvent augmenter la facture.

La majorité des femmes et des adolescentes qui ont une grossesse de plus de 14 semaines doivent aller à l'extérieur de leur région. Dans certaines régions du Québec, les frais de déplacement pour ces femmes et adolescentes sont remboursés par l'établissement qui réfère (CLSC ou CH) ou par leur régie régionale. Dans d'autres régions, aucune aide financière n'est accordée, même si le service n'est pas disponible dans la région.

Le MSSS s'est engagé à rendre accessibles les services d'avortement de premier et de deuxième trimestres dans chaque région. Si les régies régionales ne peuvent dispenser le service sur le territoire, elles doivent s'assurer de trouver une réponse adéquate aux besoins des femmes.

Le portrait provincial des services offerts en CLSC et en CH nous permet de conclure qu'une majorité de ces établissements n'offre pas les services intégrés nécessaires à l'atteinte des objectifs prévus par le MSSS.

3.11 Conclusion

Trois années après la publication des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, le portrait provincial des services offerts en CLSC et en CH nous permet de conclure qu'une majorité de ces établissements n'offre pas les services intégrés nécessaires à l'atteinte des objectifs prévus par le MSSS.

Dans la tourmente des réformes du système de la santé et des services sociaux et des restrictions budgétaires débutées au milieu des années 1990, bon nombre d'établissements ont modifié l'organisation de leurs services de planning des naissances. Sauf pour les services d'interruption de grossesse, la quasi-totalité des CLSC et le quart des CH offrent leurs interventions et leurs services exclusivement à des populations cibles : les jeunes ou les femmes vivant une problématique particulière. Cette limite d'accès aux services de planning des naissances dans le réseau public va à l'encontre des principes du droit des femmes et des hommes à l'accessibilité universelle et à la gratuité des services inscrits dans les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*.

Selon les *Orientations*, les interventions en planning des naissances doivent être intégrées, multidisciplinaires, adaptées aux clientèles et doivent favoriser la protection de la santé et de la fertilité. Malheureusement, le portrait des services en CLSC et en CH nous démontre que la réalité ne correspond pas à ces intentions.

Par exemple, très peu de CLSC offrent de manière intégrée tous les volets du planning, soit la contraception, la contraception d'urgence, la stérilisa-

tion et l'avortement. Seulement 7 % des CLSC pratiquent la stérilisation (surtout la vasectomie) et seulement 12 % offrent des services complets d'avortement. Il est peu surprenant que les CLSC n'offrent pas la stérilisation puisque pour la grande majorité d'entre eux, les services sont offerts exclusivement aux jeunes. Cependant, l'absence de services d'avortement ne s'explique pas par cette raison puisque les femmes qui se font avorter ont le plus souvent entre 20 et 24 ans. Quant aux CH, 75 % offrent tous les volets dans leur établissement mais pas nécessairement dans un lieu réservé à cette fin.

La rencontre de consultation individuelle est le type d'intervention privilégié par les CLSC et les CH. Cependant, plusieurs répondantes soulignent que l'augmentation des demandes et les restrictions financières de l'établissement ont eu comme impact de diminuer la durée de la rencontre individuelle. Pourtant, faire un choix éclairé suppose d'avoir le temps de s'informer et d'étudier les différents aspects des possibilités qui s'offrent à nous. De même, les budgets consacrés à la production ou à l'achat d'outils d'information et d'éducation ont diminué, limitant ainsi l'accès à une information adaptée, diversifiée et multidisciplinaire. Quant aux rencontres de groupe, 76 % des CLSC offrent ce type d'intervention, principalement avec la collaboration du milieu scolaire, répondant ainsi à la réalité de leur clientèle prioritaire : les jeunes.

À peine un tiers des CLSC et un cinquième des CH ont des équipes multidisciplinaires en planning des naissances. Dans la très grande majorité des établissements, les équipes sont composées d'une infirmière et d'un médecin. Cette spécificité peut influencer les interventions réalisées en axant le contenu sur les aspects biomédicaux du planning. Quant à la collaboration entre les établissements, la recherche nous démontre que les liens entre les CLSC et les CH restent encore à développer. Ces constats nous permettent de conclure que l'actualisation des approches prévues dans les *Orientations* n'est pas encore réalisée.

Le portrait de la diffusion des contraceptifs démontre que les méthodes contraceptives hormonales (pilule et Depo-Provera), avec un taux d'efficacité théorique élevé, sont privilégiées dans les interventions en planning des naissances en CLSC et en CH. L'accès à l'information sur les autres méthodes est très inégal et peut donc restreindre la capacité d'une femme ou d'une adolescente de choisir une autre méthode que les contraceptifs hormonaux.

Dans la majorité des établissements, la pilule du lendemain est accessible et offerte gratuitement aux adolescentes et aux femmes. Cependant, de nombreux témoignages de femmes reçus durant la dernière année à la FQPN nous portent à croire que la pratique d'offrir l'ordonnance pour l'achat en pharmacie est de plus en plus fréquente. Cette nouvelle pratique va à l'encontre du principe de gratuité promu dans les *Orientations*.

L'accès à la stérilisation est quasiment inexistant dans les CLSC. La ligature des trompes est accessible dans 86 % des CH. Cependant, l'accès à la vasectomie est particulièrement problématique puisque cette intervention n'est offerte que dans 54 % des CH et 7 % des CLSC. L'absence du service et les délais d'attente amènent de plus en plus d'hommes à payer pour le service en clinique privée.

De même, les services d'avortement sont limités, particulièrement dans les CLSC, ce qui crée des délais d'attente importants pour obtenir l'intervention. Tout en démontrant que la technique privilégiée pour l'interruption de grossesse est la moins lourde, le portrait des services fait ressortir une utilisation accrue de l'échographie et des tiges laminaires. Quant aux priorités d'action concernant l'avortement qui accompagnaient la publication des *Orientations*, soit le développement de services de premier trimestre dans la région Chaudière-Appalaches et la mise sur pied d'un point de services suprarégional à Québec pour les avortements tardifs, elles n'étaient toujours pas réalisées cinq ans après la sortie des *Orientations*.

L'ensemble de ce portrait nous permet de nous rendre compte que très peu de femmes ont accès à une information critique, diversifiée et fiable sur tous les aspects du planning des naissances. Très souvent, les femmes auront à se déplacer d'un établissement à l'autre pour avoir tout le service (information, consultation et intervention), particulièrement pour les volets stérilisation et avortement. Elles devront répéter leur histoire dans chaque lieu et voir intervenir une multitude de personnes dans leur dossier.

Le mouvement pour la santé des femmes a toujours privilégié que les services de planning soient dispensés au sein des CLSC. Étant localisés partout à travers le Québec, les CLSC permettent d'assurer l'accessibilité des services à toutes les Québécoises. C'est aussi parce que les CLSC ont un mandat de prévention et d'éducation et une approche d'intervention qui se veut plus communautaire et plus globale, intégrant les aspects médicaux

et psychosociaux de la santé, que le mouvement les a identifiés comme le lieu idéal dans le réseau public pour les services de planning. Or, malgré leur mandat d'éducation et de prévention, les CLSC ne produisent à peu près plus de documents d'information et ne sont accessibles qu'à une infime partie de la population en âge de procréer. Le portrait des services de planning offerts par les CLSC est particulièrement décevant et préoccupant.

Force nous est de constater qu'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir et d'actions à poser avant d'obtenir des services accessibles, de qualité, gratuits et respectueux du choix des femmes dans le réseau public de la santé et des services sociaux.

CHAPITRE 4 La satisfaction et les besoins des femmes

DEPUIS LE DÉBUT DES ANNÉES 1990, LA FQPN ENTEND DE NOMBREUX témoignages d'adolescentes et de femmes insatisfaites des services de planning des naissances reçus. Durant la même période, le MSSS actualisait sa politique de planning sur la prémisse que les besoins des femmes face aux services avaient changé. Par cette enquête, nous avons voulu donner la parole aux femmes sur leur satisfaction face aux services de planning des naissances reçus et connaître leurs besoins actuels dans ce domaine.

4.1 *Méthodologie*

L'expérience, les témoignages et le degré de satisfaction des femmes face aux services de planning ont été recueillis grâce à deux outils de cueillette de données : le questionnaire et le *focus group*.

Le questionnaire était divisé en cinq volets : profil des répondantes, contraception, méthodes d'urgence, stérilisation et avortement. Chacune de ces sections comportait des questions détaillant les services reçus, le degré de satisfaction face à ces derniers et les modifications que les répondantes y auraient apportées en fonction de leurs besoins. Une centaine de questionnaires ont été distribués à travers le Québec par l'entremise des groupes membres et partenaires de la FQPN. En tout, 42 femmes y ont répondu.

Pour compléter les données quantitatives recueillies grâce au questionnaire et approfondir les expériences et les besoins des femmes face aux services, quatre *focus groups* ont été tenus dans différentes villes du Québec : Sherbrooke, Sept-Îles, Rouyn-Noranda et Québec. Les rencontres ont duré environ trois heures. Une première partie de la rencontre passait en revue les services reçus pour la contraception, les méthodes d'urgence, la stérilisation et l'avortement. La deuxième partie portait sur les besoins en matière de planning et la dernière partie était consacrée aux questions des participantes sur l'un ou l'autre des sujets abordés. Près de 50 femmes ont participé aux discussions en *focus group*.

4.2 *Le profil des répondantes et les services reçus*

Les femmes qui ont répondu au questionnaire étaient âgées de 14 à 55 ans, la majorité ayant de 18 à 35 ans. La plupart de ces femmes vivaient en couple et avaient des enfants. Soixante-cinq pour cent (65 %) avaient un revenu personnel inférieur à 25 000 $ (un portrait plus détaillé du profil des répondantes est présenté à la fin de ce chapitre). Les femmes qui ont participé aux *focus groups* étaient âgées de 18 à 55 ans. Toutes francophones, une seule d'entre elles était issue d'une communauté culturelle autre que québécoise. La majorité de ces femmes étaient en couple et avaient des enfants.

Pour avoir des services en planning des naissances, près de la moitié des répondantes consultent en premier lieu leur médecin de famille. Les CLSC sont la ressource pour 26 % des répondantes et les pour 17 %. Finalement, une minorité de femmes vont dans les cliniques médicales ou les organismes communautaires.

Dans la plupart des cas, les répondantes ont été à leur CLSC pour obtenir des services en contraception ou pour avoir accès à une méthode d'urgence. Les centres hospitaliers (CH) ont été consultés surtout pour avoir accès à une méthode d'urgence ou à un service lié à la stérilisation. Pour ce qui est des services d'avortement, les répondantes ont été à proportion égale dans les CLSC et les CH. Il est intéressant de noter que très peu de femmes (1 sur 8) consultent leur CH pour des services en contraception, alors que notre étude révèle que ces derniers offrent des services plus complets en la matière que les CLSC.

4.3 *La contraception*

Les femmes qui avaient déjà fait leur choix en matière de méthode de contraception avant de consulter se disent généralement très satisfaites des services reçus. La grande majorité des femmes interrogées ont choisi les contraceptifs oraux comme méthode. Elles choisissent ce moyen contraceptif parce qu'elles le considèrent efficace, simple et facilement accessible, ou encore pour régulariser des menstruations abondantes, douloureuses ou irrégulières. Le stérilet vient en deuxième place. Les autres méthodes utilisées, quoique dans une proportion beaucoup plus faible, sont le condom (comme contraceptif), le diaphragme et la méthode sympto-thermique. Beaucoup de jeunes femmes prennent la pilule et leurs

partenaires utilisent le condom, celui-ci étant considéré davantage pour prévenir les maladies transmises sexuellement que comme moyen contraceptif. Il est mis de côté lorsque la relation du couple devient stable.

Le coût de la méthode ne semble pas influencer le choix des femmes qui ont participé à cette recherche. Cependant, elles apprécient pouvoir obtenir des contraceptifs gratuitement, surtout lorsqu'elles sont en situation financière précaire. Une femme de la Montérégie, très satisfaite des services reçus en clinique médicale, nous disait : *« J'ai toujours eu la même médecin, avec qui j'ai une relation de confiance, d'amitié, un suivi efficace et elle m'a donné mes pilules gratuitement jusqu'à la fin de mes études! »*

Très peu de femmes consultent leur CH pour des services en contraception, alors que notre étude révèle que ces derniers offrent des services plus complets en la matière que les CLSC.

Par contre, les femmes désirant une méthode autre que les contraceptifs oraux ou voulant faire un tour d'horizon des méthodes existantes rencontrent davantage de difficultés. Par exemple, une femme de la Côte-Nord qui désirait adopter le condom comme contraceptif s'est fait expliquer par son médecin que le condom n'était pas une méthode efficace et qu'elle devait, en plus, prendre la pilule. Une autre s'est fait dire que le diaphragme était une méthode risquée et peu efficace. Dans la région de Sept-Îles, le diaphragme n'est plus une méthode disponible depuis que la seule médecin qui le prescrivait est partie de la région. Une femme de Montréal qui a consulté son CLSC pour avoir la cape cervicale a découvert que ce dernier n'offrait plus cette méthode à cause *« du risque trop élevé d'engorgement du col »*. Pourtant, il n'existe pas de recherche concluante sur le sujet. Le CLSC n'a pas offert de référence pour avoir accès à de l'information ou obtenir la cape cervicale ailleurs.

Bref, les témoignages des femmes qui désirent d'autres moyens que les contraceptifs oraux démontrent la difficulté de trouver des services qui répondent à leurs besoins. Ces témoignages font également ressortir les biais du milieu face à certains contraceptifs. La pilule semble y être privilégiée, le rôle contraceptif du condom oublié ou dénigré, et la cape cervicale mise de côté pour des raisons dites d'ordre médical. En fait, les témoignages des femmes font ressortir que les méthodes hormonales sont souvent favorisées par rapport aux autres moyens.

De plus, lorsque les femmes consultent pour choisir une méthode, en discuter ou parce que la méthode utilisée ne leur convient plus, leur taux de satisfaction face à la consultation diminue. Plusieurs ont fait mention du manque de temps et du manque d'information. Une femme de l'Estrie s'est

dite peu satisfaite du service reçu : *« Le médecin du CLSC était pressé, je n'ai pas senti qu'on avait le temps de répondre à mes questions, je me suis donc renseignée ailleurs. »* Une autre femme de cette région aurait souhaité *« ... que les professionnels de la santé soient plus attentifs à mes besoins et qu'ils prennent le temps de me recevoir pour faire le tour de la question »*.

Plusieurs ont noté qu'elles souhaiteraient recevoir plus d'informations sur toutes les méthodes existantes, avoir davantage de temps pour s'en faire expliquer les avantages et les inconvénients, et voir plus en profondeur les moyens, leurs risques et leurs effets. Une femme de l'Estrie nous disait : *« La contraception orale étant devenue presque une norme, les médecins ont tendance à banaliser les effets qu'elle peut avoir sur la santé des femmes. Les effets secondaires tels les maux de tête ou la prise de poids peuvent avoir un impact important sur mon bien-être... »* Une femme de Québec, quant à elle, s'est fait prescrire la pilule *« sans que le médecin m'examine et sans information sur les effets possibles sur ma santé. Deux mois plus tard, je me suis retrouvée à l'urgence pour rupture d'un kyste à l'ovaire. »* C'est en fait au niveau des informations sur les effets secondaires de la méthode de leur choix que le taux de satisfaction des répondantes est le moins élevé. Pour beaucoup d'entre elles, la pilule s'avère être un moyen qui répond adéquatement à leurs besoins et style de vie pendant plusieurs années. Cependant, plusieurs témoignent aussi avoir dû changer de méthode à cause d'effets secondaires tels que maux de tête, ballonnement, douleurs aux jambes, dysplasie mammaire ou vaginites à répétition.

Les femmes se considèrent « chanceuses » quand elles consultent quelqu'un qui prend le temps de leur parler, de les écouter et de les soutenir.

Les femmes remarquent qu'il faut poser beaucoup de questions, ou encore qu'il faudrait savoir quelles questions poser. Elles se considèrent « chanceuses » quand elles consultent quelqu'un qui prend le temps de leur parler, de les écouter et de les soutenir. Pour d'autres, l'expérience est beaucoup plus éprouvante. Une femme de l'Abitibi faisait part à son médecin des menstruations douloureuses qu'elle éprouvait depuis qu'elle avait un stérilet. *« C'est le prix à payer pour ne pas vouloir d'enfant »* lui aurait répondu le médecin du CH.

Certaines femmes ont de la difficulté à s'exprimer sur le sujet. Associée à la sexualité, la contraception est encore objet de tabous pour certaines d'entre elles. Leurs malaises et difficultés s'aggravent lorsqu'elles doivent

faire face à des jugements de valeur et des attitudes moralisatrices face à leur expérience et leur choix.

D'ailleurs, les discussions en *focus groups* ont confirmé le besoin d'information des femmes pour tout ce qui a trait aux questions de planning. En fait, la dernière partie de la rencontre consacrée aux questions des participantes était souvent animée et prenait plus de temps que prévu. Les *focus groups* se sont avérés utiles également pour donner beaucoup d'informations, discuter de sexualité, défaire certains mythes et croyances populaires, et pour informer les femmes de leurs droits. Les participantes ont apprécié l'opportunité d'aborder des sujets qu'elles disent avoir rarement l'occasion de discuter.

Plus de la moitié des femmes ont rencontré des obstacles pour obtenir une méthode d'urgence. Plusieurs femmes se sont butées aux portes fermées de leur CLSC.

4.4 *Les méthodes d'urgence*

L'expérience des femmes avec les méthodes d'urgence révèle un taux de satisfaction très partagé : autant de femmes se disent très satisfaites que peu satisfaites. Parmi les difficultés rencontrées, l'accessibilité à ce service demeure celle qui affecte le plus les femmes. Le jugement moral du personnel et le non-respect du choix font aussi partie des difficultés souvent mentionnées. Bien que le stérilet postcoïtal soit aussi une méthode d'urgence, aucune des femmes consultées n'en n'avait entendu parler.

La majorité des femmes pensent à leur CLSC ou au CH pour obtenir la pilule du lendemain. Une minorité se rend à une clinique médicale sans rendez-vous. Les étudiantes disent être allées voir l'infirmière de leur établissement d'enseignement et sont généralement très satisfaites de la disponibilité et de la qualité des services qu'elles y ont reçus.

Par contre, plus de la moitié des femmes ont rencontré des obstacles pour obtenir une méthode d'urgence. Plusieurs femmes se sont butées aux portes fermées de leur CLSC, soit parce que c'était la fin de semaine, un jour férié, ou à cause de la clientèle desservie par le CLSC. Une adolescente nous disait : *« C'était un jour de fête et mon CLSC était fermé. J'ai attendu pendant 3 heures à une clinique. J'ai dû emprunter 5 $ à une amie comme je ne voulais pas que ma mère soit au courant, ce qui m'a mise dans l'embarras. »* Une femme de la Côte-Nord, âgée de plus de 25 ans, n'a pu obtenir ce service à son CLSC qui ne dessert que les femmes de moins de 25 ans. Une femme de la Montérégie a fait de nombreux appels et démarches avant de trouver un endroit où se procurer la pilule du lendemain pendant la fin de semaine.

De façon générale, les femmes sont satisfaites des informations qu'elles reçoivent quant à la façon de prendre la pilule du lendemain et à ses effets secondaires possibles. Par contre, on explique rarement aux femmes ce qui peut se produire par la suite. Peu d'entre elles sont informées du fait que les menstruations ne débutent pas nécessairement immédiatement après la prise des pilules. Plusieurs restent donc inquiètes et sentiront le besoin de passer un test de grossesse dans les jours qui suivent pour être rassurées. D'autres sont préoccupées d'avoir des saignements, comme une jeune femme de Québec qui a rappelé le médecin de l'urgence du CH. Elle avait pourtant cru avoir reçu toute l'information nécessaire. Certaines femmes déplorent que les CLSC recommandent aux femmes d'aller à l'urgence s'il y a vomissement des pilules, plutôt que de prescrire deux pilules supplémentaires pour pallier à cette éventualité et ainsi éviter déplacements et attentes additionnels.

Les risques pour la santé associés à la pilule du lendemain peuvent augmenter chez les femmes plus âgées et les fumeuses. Bien que ces dernières doivent en être informées, l'évaluation de ces risques par le personnel peut primer sur le choix de la femme, comme le démontre le témoignage suivant.

« J'ai 34 ans. Je suis cheffe de famille monoparentale avec deux enfants. Il y a deux ans, le lendemain d'une relation sexuelle, je me suis rendu compte que mon stérilet était déplacé. Nous sommes samedi, donc j'attends au lundi matin pour appeler la clinique de planning des naissances. Au téléphone, je suis bien reçue. On m'explique que j'ai 72 heures pour prendre la pilule du lendemain. Et l'on m'invite à me rendre au planning avant midi, ce que je fais immédiatement. Je suis reçue par une personne différente de celle à qui j'ai parlé au téléphone. C'est une infirmière et elle m'explique les dangers de la pilule du lendemain pour une femme fumeuse âgée de plus de trente ans. J'ai toujours cru que cette méthode était utilisée essentiellement par les adolescentes. Je suis très mal à l'aise et je me sens gênée. Mais j'étais certaine de ne pas désirer une autre grossesse compte tenu de ma situation économique et affective. Et tout au fond de moi, je paniquais à l'idée d'un avortement.

« Alors, je prends mon courage à deux mains et j'argumente. J'explique que je suis prête à prendre un risque avec ma santé. Et qu'il est moins dispendieux de m'offrir ce que je demande plutôt que de pratiquer un avortement.

Je me souviens d'avoir travaillé dur pour convaincre l'infirmière. Je me voyais déjà avec un troisième enfant à faire survivre pauvrement. J'ai finalement gagné ma cause mais j'ai eu chaud! Comme je ne désirais pas renouveler cette expérience, j'ai demandé une ligature. J'ai été acceptée tout de suite. Deux semaines plus tard, tout était terminé. »

Plusieurs femmes ont fait état de la pauvreté des rapports humains.

Les femmes rapportent aussi plusieurs exemples de jugements moraux de la part du personnel lorsqu'elles consultent pour une méthode d'urgence. Une femme de la Montérégie, entre 26 et 35 ans, a rapporté que son médecin lui a suggéré de continuer la grossesse et de mettre l'enfant en adoption, car elle n'était pas mariée. Une femme de la Côte-Nord qui ne pouvait avoir accès à la pilule du lendemain à son CLSC à cause de son âge, s'est tout de même fait dire au téléphone qu'elle aurait dû faire attention. D'autres font état des « sermons » qu'elles ont reçus de la part des pharmaciens au moment d'aller chercher leur prescription.

4.5 *La stérilisation*

En matière de stérilisation, les femmes sont plus ou moins satisfaites. Les insatisfactions se situent surtout au niveau du délai d'attente, de la durée trop courte de l'hospitalisation et de l'attitude du personnel hospitalier. En fait, selon l'expérience des femmes, le délai d'attente en CH peut varier de deux semaines à six mois. Un couple qui a choisi la vasectomie a préféré payer 90 $ pour le service en clinique privée plutôt que d'attendre jusqu'à 5 ou 6 semaines pour obtenir ce service gratuitement au CH. Plusieurs femmes ont aussi exprimé leur souhait d'être hospitalisées plus longtemps après l'opération. *« J'aurais aimé qu'on me garde un peu plus longtemps à l'hôpital. La route en taxi jusqu'à chez moi n'a pas été facile... »* nous a confié une femme de l'Abitibi.

La moitié des femmes qui ont eu une stérilisation disent avoir dû remplir un long questionnaire avant de pouvoir obtenir la ligature. Des questions sur la possibilité de regret leur étaient posées. Elles avaient l'impression que certaines conditions telles que l'âge, le nombre d'enfants ou la situation maritale ont été considérées avant d'approuver leur stérilisation.

Plusieurs femmes ont aussi fait état de la pauvreté des rapports humains. Certaines ont mentionné avoir été traitées comme des numéros, d'autres ont préféré changer de médecin pour avoir un meilleur contact humain.

4.6 L'avortement

Les témoignages en matière de services d'avortement révèlent un problème majeur : le délai d'attente. Une femme du Centre-du-Québec a attendu trois semaines avant d'être rappelée par son CLSC, qui coordonne les rendez-vous avec le CH. Une autre, enceinte de six semaines et demie, s'est fait offrir un rendez-vous le lendemain si elle acceptait l'avortement avec le méthotrexate/prostaglandine, ce qu'elle a refusé. Elle a dû attendre 7 autres semaines pour avoir son avortement, la grossesse était alors à 14 semaines. De tels délais d'attente sont incompréhensibles et inacceptables.

Les témoignages en matière de services d'avortement révèlent un problème majeur : le délai d'attente.

Plusieurs femmes nous ont témoigné du manque de soutien suite à l'avortement. *« Je suis de l'Abitibi. J'ai vécu un avortement en août 1995. J'ai eu le soutien dont j'avais besoin à l'époque, c'est-à-dire établir mes priorités et regarder de façon réaliste comment assumer cet enfant non prévu. Les rencontres avec la travailleuse sociale et le délai avant de vivre l'avortement m'ont beaucoup aidé à faire un choix clair et bien défini. L'avortement s'est bien passé. Le seul point négatif fut après, de vivre avec mon choix. Pour moi, il aurait été bon d'avoir un suivi avec la travailleuse sociale car les remords sont vite venus me rattraper. J'avais déjà oublié les motifs de ma décision. Un support et un rappel des points qui m'avaient amenée à faire ce choix m'auraient aidé à vivre avec ma décision... Des remords face à l'avortement et la culpabilité avaient eu le dessus de moi. Peut-être qu'un suivi aurait modifié mon attitude négative face à mon avortement. »* Une autre femme qui s'est fait avorter en CLSC a témoigné du manque de préparation pour la période postavortement. *« Je vivais bien mon avortement au niveau intellectuel, mais sur le plan émotif, il m'a fallu un an pour me remonter. Le suivi devrait être global, pas seulement médical. »* Certaines femmes auraient voulu avoir plus de temps pour parler des émotions liées à l'avortement — émotions qui peuvent remonter même un an après —, des étapes de deuil qu'elles peuvent vivre, et ce, même quand leur choix est clair.

Bien que des services d'avortement soient offerts dans presque toutes les régions du Québec, la distance entre la maison et l'établissement le plus près représente souvent un obstacle important pour les femmes des régions éloignées. Les femmes de Témiscamingue, par exemple, doivent faire deux heures de route avant d'avoir accès au CLSC de Rouyn-Noranda, le service le plus près. Une femme de Port-Cartier retournait chez elle après

sa rencontre préparatoire au CH de Sept-Îles. Son avortement était prévu pour le jour suivant. On lui avait installé des tiges laminaires qui lui ont occasionné des douleurs insupportables alors qu'elle était en route. Elle a dû s'arrêter, à mi-chemin, chez des inconnus pour chercher de l'aide. Souvent, peu d'explications sont données aux femmes sur les effets des tiges laminaires, à savoir qu'elles peuvent occasionner des contractions plus ou moins douloureuses. Les femmes vivent donc beaucoup d'inquiétude lorsque que cela se produit.

L'accueil du milieu et l'atmosphère comptent pour beaucoup pour les femmes.

Pour cette femme et pour beaucoup d'autres, des ressources en hébergement auraient grandement facilité leur démarche. Surtout lorsqu'il s'agit d'un avortement de deuxième trimestre, qui nécessite plus d'une rencontre et un certain temps de récupération. Pour les femmes qui désirent se faire avorter discrètement, l'organisation du travail, de la vie familiale et les frais reliés à un déplacement représentent des difficultés additionnelles. De plus, notre recherche auprès des établissements de santé montre que dans plusieurs régions, les frais de déplacement sont remboursés seulement pour des avortements de deuxième trimestre. Pour les avortements de moins de 14 semaines, quelques régies régionales remboursent les frais de déplacement si l'avortement doit se faire à l'extérieur de la région.

Deux femmes de la Côte-Nord ont dit ne pas savoir qu'il y avait des services d'avortement dans leur région, et ce, malgré le fait qu'ils soient offerts au CH depuis plusieurs années. Ironiquement, l'une d'elles travaillait au CH depuis deux ans.

L'accueil du milieu et l'atmosphère comptent pour beaucoup pour les femmes. Une femme de l'Estrie qui était à sept semaines de grossesse au moment de son avortement, qui s'est déroulé au CHUS, a qualifié son expérience comme étant positive. *« Je me suis sentie bien accueillie, soutenue, j'ai ri, j'ai pleuré, j'ai pu être accompagnée... »* Les femmes apprécient les services offerts au CH quand les services de planning sont situés dans un endroit réservé à cet effet. *« Mais quand c'est avec la chirurgie d'un jour, on est mêlées avec les autres et on est moins bien reçues. Le personnel n'est pas toujours ouvert à l'avortement. »* Une femme qui a obtenu son avortement au CH de Rivière-du-Loup a découvert sur place que son conjoint ne pouvait l'accompagner et s'est effondrée en larmes. Comme réconfort, elle a reçu le commentaire suivant du médecin : *« T'aurais dû y penser avant. »* Le fait d'attendre son tour avec des femmes qui sont là pour la maternité,

de montrer l'image lors de l'échographie sans demander si la femme le désire, ou d'attendre en jaquette dans une salle d'attente qui n'est pas réservée qu'aux services d'avortement suscitent aussi beaucoup de malaise.

D'après les témoignages recueillis, quand le service d'avortement est séparé des autres départements, les femmes sont beaucoup mieux reçues, le personnel est plus attentif et respectueux. Plusieurs femmes qui le peuvent préféreront payer pour être sûres d'être accueillies dans un environnement chaleureux et respectueux de leur choix. Conséquemment, le taux de satisfaction des femmes qui ont avorté en clinique privée ou dans les Centres de santé des femmes est très élevé, comme l'indique cette femme de Montréal dont l'avortement s'est pratiqué après cinq jours d'attente : *« Je n'ai aucun aspect à changer, mis à part le fait d'avoir à payer. On m'a traitée mieux que je ne le pensais. Je peux dire que j'ai eu de la chance dans ma malchance. »*

Les femmes souhaitent des services continus où l'on assure un véritable suivi de leur dossier et qu'elles n'aient pas à répéter leur histoire à chaque rendez-vous.

4.7 Les besoins des femmes

Nos rencontres avec les femmes nous confirment qu'en matière de santé reproductive, les besoins des femmes ne sont pas sorciers. Elles désirent des services accessibles, humains et respectueux de leur expérience et de leurs choix. Pour ce faire, les femmes souhaitent des services de planning des naissances accessibles et complets, où l'on prend le temps de parler des méthodes et des options qui s'offrent à elles. Ainsi, elles pourront exercer leurs choix de façon éclairée.

Une femme de l'Estrie résume bien les besoins des femmes en matière de services en contraception. *« L'intervenante était à l'écoute, non jugeante, ouverte aux questionnements et m'a donné tous les renseignements nécessaires. Je n'ai rien à modifier quant aux services que j'ai reçus car ils étaient exceptionnels. Les services devraient tous lui ressembler. »*

Elles veulent du temps pour être écoutées et poser des questions. Elles ne veulent pas se sentir jugées. Elles rêvent de services où l'on considère tous les aspects liés à leur santé, tant l'aspect physique que mental et émotif. Les femmes abordent leur santé de façon globale et désirent des services dont l'approche l'est aussi, sans morcellement de la personne. Elles souhaitent des services continus où l'on assure un véritable suivi de leur dossier et qu'elles n'aient pas à répéter leur histoire à chaque rendez-vous.

Pour être satisfaites des services en matière de méthode d'urgence, les femmes ont besoin d'avoir accès à ces services en tout temps. Une femme de l'Abitibi se demandait : *« Pourquoi est-ce si compliqué d'avoir accès à la pilule du lendemain? Faut-il absolument qu'on rencontre un médecin? J'espère que la prochaine fois que le condom pète, ce sera durant la semaine. »*

Que ce soit pour la contraception, la stérilisation ou l'avortement, les femmes expriment le besoin d'avoir des informations complètes, et ce, sans avoir à subir de jugement. Après avoir reçu ces informations et soupesé elles-mêmes les solutions de rechange qui s'offrent à elles, les femmes souhaitent que leur choix soit respecté, même si ce choix comporte un risque pour leur santé.

Rappelons-le, les personnes qui consultent pour des services en planning des naissances ne sont pas malades!

Pour les femmes qui ont participé à notre enquête, l'accessibilité à un grand nombre de services complets, et ce, indépendamment de l'âge et des conditions socio-économique, est essentiel, surtout pour les femmes en région. Les femmes veulent obtenir des rendez-vous rapidement, surtout pour l'avortement. Elles ne veulent pas de services répartis à plusieurs endroits : examen au CLSC, échographie au CH et avortement dans une autre région. Elles exigent que les services en planning soient plus visibles et mieux connus.

Tant les réponses au questionnaire que les discussions en *focus group* nous prouvent que les femmes refusent que leur santé, leur corps et leur sexualité soient médicalisés. Les femmes ne veulent pas que leurs expériences soient banalisées et demandent à être prises au sérieux. Dans le domaine du planning des naissances, elles souhaitent pouvoir sortir de la médicalisation et de l'approche curative. Elles ne veulent pas d'un service qui les infantilisent ou qui décide pour elles. Rappelons-le, les personnes qui consultent pour des services en planning des naissances ne sont pas malades!

4.8 Conclusion

L'expérience des femmes nous apprend que peu d'entre elles considèrent se rendre au CH pour consulter en matière de contraception. Pourtant, l'information sur les différentes méthodes contraceptives semble y être plus complète qu'ailleurs. Deux constats s'imposent : les services en CLSC gagneraient à être plus complets puisque c'est le lieu que les femmes

identifient davantage pour des consultations en la matière et les services en CH gagneraient à être mieux connus.

Les témoignages font également ressortir le manque d'information et d'accès à certaines méthodes contraceptives, surtout quand les femmes désirent un moyen contraceptif autre que la pilule. Pourtant, selon l'enquête de Statistique Canada (Guyon et collab., 1996, p. 130), seulement 22 % des femmes en âge de procréer optent pour les contraceptifs oraux. C'est donc 78 % des femmes qui ont, à un moment ou l'autre de leur vie, à trouver une autre méthode de contraception qui leur convienne.

Les femmes doivent encore faire face à la morale et aux jugements de valeur.

Les femmes des *focus groups* ont remarqué un certain biais du personnel face aux différentes méthodes et la façon dont elles sont présentées. Les résultats de notre enquête auprès des CLSC et des CH confirment aussi ce fait. Une préférence marquée pour la prescription de contraceptifs oraux, la banalisation de ses effets secondaires, de même que certaines réticences face aux méthodes de barrière ou naturelles influencent le choix des femmes. Le condom, utilisé seul ou avec spermicides, n'est à peu près jamais présenté pour sa valeur contraceptive et certaines préoccupations face à la cape cervicale ne sont pas justifiées. Ces préférences et biais, jumelés au manque d'accessibilité et au manque de temps pour donner des informations sur toutes les méthodes, restreignent de façon importante la capacité des femmes d'exercer leur libre choix en la matière.

Dans le domaine du planning des naissances, l'accueil, l'écoute et le respect du personnel sont particulièrement importants pour les femmes. Cependant, force nous est de constater que les femmes doivent encore faire face à la morale et aux jugements de valeur de la part du milieu médical. Les témoignages et commentaires en ce sens occupaient une grande partie des discussions en *focus group*. Toutes s'indignent et s'inquiètent de savoir que le médecin a le pouvoir de refuser d'offrir un service si ce dernier va à l'encontre de sa morale, de constater que le personnel essaie de les faire changer d'idée, d'avoir à subir des sermons ou des commentaires désobligeants et culpabilisants. Cette situation ne facilite en rien leur capacité de prendre du pouvoir sur leur corps, leur sexualité et leur santé physique et mentale. Des comportements moralisateurs, les femmes n'en veulent plus et elles n'en ont pas besoin.

Les services de planning des naissances doivent soutenir les femmes afin qu'elles puissent exercer un choix éclairé pour tout ce qui a trait à leur santé reproductive. Le personnel doit reconnaître les femmes comme étant expertes de leurs expériences et comme étant les premières et principales actrices de leur santé. Malheureusement, ce n'est pas encore une réalité. Il faut continuer à faire entendre la voix des femmes pour que dans l'ensemble des interventions en planning des naissances la confidentialité, le respect et la neutralité du personnel intervenant aillent de soi.

TABLEAU 12 PROFIL DES RÉPONDANTES AU QUESTIONNAIRE

Âge	Pourcentage	Nombre
11 à 17 ans	9,5	4
18 à 25 ans	26,2	11
26 à 35 ans	40,5	17
36 à 45 ans	21,4	9
46 ans et plus	2,4	1
Total	**100**	**42**

Enfants	Pourcentage	Nombre
Aucun	42,9	18
1	28,6	12
2	14,3	6
3 et plus	14,3	6
Total	**100**	**42**

Situation	Pourcentage	Nombre
Célibataire	11,9	5
Couple	35,7	15
Famille avec conjoint	31,0	13
Famille monoparentale	21,4	9
Total	**100**	**42**

Revenus personnels	Pourcentage	Nombre
15 000 $ et moins	35,7	15
15 000 à 25 000 $	28,6	12
26 000 à 35 000 $	14,3	6
36 000 à 45 000 $	9,5	4
46 000 $ et plus	7,1	3
Non disponible	4,8	2
Total	**100**	**42**

Endroit consulté	Pourcentage	Nombre
Médecin de famille	35,7	15
CLSC	26,2	11
CH	16,7	7
Clinique médicale	11,9	5
Autres	9,5	4
Total	**100**	**42**

CHAPITRE 5 Les principaux obstacles au libre choix

LES SERVICES DE PLANNING DES NAISSANCES JOUENT UN RÔLE CENTRAL DANS la prise en charge par les femmes de leur corps, de leur sexualité, de leur fertilité et de leur santé. Pour ce faire, les services doivent les soutenir, répondre à leurs besoins et faciliter l'exercice du libre choix. Pour pouvoir prendre des décisions de façon éclairée, les femmes doivent aussi être conscientes des facteurs qui les influencent ou font pression sur elles.

Or, les chemins qui mènent au libre choix et à l'accessibilité des services de planning de 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 la place inégale qu'occupent les femmes dans notre société, les obstacles sont malheureusement nombreux et variés. Chose certaine, on ne peut penser agir pour l'amélioration des services sans savoir ce qui, encore aujourd'hui, y fait obstruction.

5.1 *Méthodologie*

Pour identifier les principaux obstacles qui posent des problèmes à l'exercice du libre choix en matière de planning, nous avons organisé des ateliers de réflexion avec des femmes qui sont particulièrement préoccupées par la question du planning des naissances et qui travaillent ou qui sont actives dans le domaine de la santé des femmes.

Le premier atelier de réflexion a été réalisé avec les membres du comité d'encadrement de la présente recherche-action. Cet atelier a permis d'identifier différents obstacles au libre choix et de préparer les autres rencontres. Nous avons ensuite tenu deux rencontres avec les membres et collaboratrices de la FQPN. La première, en mai 1999, avait pour objectif de compléter le portrait des obstacles au libre choix à partir de ceux identifiés par le comité d'encadrement. La deuxième, qui a eu lieu au mois d'octobre 1999, présentait les résultats sommaires des enquêtes réalisées auprès des CLSC, des centres hospitaliers (CH) et des femmes afin d'approfondir le portrait des obstacles aux services de planning des naissances.

La FQPN a aussi consulté des femmes de partout au Québec lors de la tenue des sept forums régionaux *Attention! Virage dangereux pour les femmes*, organisés par la Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux (avril à septembre 1999). Ces forums avaient pour but d'étudier l'impact du virage ambulatoire sur la santé des femmes, d'approfondir les revendications identifiées par la Coalition et de proposer des stratégies d'action possibles pour les groupes de femmes dans chaque région. La FQPN coanimait ces forums avec l'R des centres de femme du Québec et a animé les ateliers portant plus spécifiquement sur les obstacles et les stratégies d'action pour l'accès aux services de planning des naissances.

L'ensemble de ces ateliers nous a permis de rejoindre une soixantaine de femmes provenant de neuf régions du Québec. En plus de permettre d'approfondir notre analyse sur les obstacles, ces ateliers ont redonné le goût aux participantes de se mobiliser et d'agir sur la question du planning des naissances.

Finalement, les commentaires recueillis dans les questionnaires auprès des CLSC, des CH et des femmes nous ont permis de bonifier notre analyse des obstacles au libre choix des femmes en matière de planning des naissances.

Pour pouvoir prendre des décisions de façon éclairée, les femmes doivent aussi être conscientes des facteurs qui les influencent ou font pression sur elles.

5.2 *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux*

Le système de santé et des services sociaux du Québec a subi de multiples transformations au cours de la dernière décennie : décentralisation, redéfinition des rôles et mandats des établissements, virage ambulatoire, compressions budgétaires, etc. Pour le gouvernement québécois, l'obsession du déficit zéro a été la principale toile de fond de son entreprise de reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux. En fait, les décideurs étaient convaincus de pouvoir améliorer la qualité des soins en effectuant d'importantes économies, et ce, sans trop perturber le système de santé. Mais les résultats sont tout autres : « ... Après 1,9 milliard $ de compressions depuis 1995-1996 : une dizaine d'hôpitaux fermés, de multiples fusions d'établissements, la réduction du personnel et la surcharge du personnel restant, une diminution tangible de la qualité et de l'accessibilité des services — avec des volumes et délais d'attente accrus et de nombreux besoins laissés pour compte. » (Lapierre, 1998, p. 9)

À l'heure actuelle, il demeure encore difficile de déterminer si l'impact de ces transformations sur les services de planning des naissances relève des conséquences du virage ambulatoire ou des coupures budgétaires. Chose certaine, les services de planning n'en sont pas sortis indemnes. Voici quelques exemples des impacts des réformes que nous avons pu observer depuis 1992 :

- la régie régionale de Montréal-Centre a fermé des établissements hospitaliers (Reddy Memorial et Queen Elizabeth) où étaient offerts des services de planning des naissances et d'avortement, sans transfert de budget ni d'équipement à d'autres établissements du secteur afin d'assurer la continuité des services;
- les restrictions budgétaires ont amené l'hôpital Royal Victoria à cesser d'offrir des services d'avortement de deuxième trimestre;
- en Montérégie, l'hôpital Charles-Lemoyne a démantelé sa clinique de planning des naissances, il offre maintenant le service d'avortement au département de chirurgies d'un jour et réfère les femmes qui ont besoin d'un autre service de planning des naissances à un autre établissement;
- plusieurs CLSC ont vu leurs services de planning se diluer à l'intérieur des services courants ou des modules enfance-jeunesse-famille;
- des CLSC ont vu leur programme de planning diminuer, comme le Centre de santé Sainte-Famille (Abitibi-Témiscamingue), qui a amputé d'une journée son programme de planning;
- d'autres CLSC ont affecté leur personnel en planning à d'autres services; etc.

Comme nous avons déjà pu le constater en partie dans le chapitre 3, les responsables des services de planning qui ont participé à cette recherche ont présenté un portrait peu reluisant de leur réalité au travail : 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 humaines.

Cet état de fait présente des obstacles certains quant à la qualité des services. D'une part, l'accessibilité aux services diminue. D'autre part, le personnel doit diminuer le temps passé avec chaque femme et n'est plus en mesure d'offrir des consultations complètes nécessitant information et prise en compte de l'état de santé globale et de la réalité de vie des femmes, et ce, en dépit du fait que les rencontres individuelles constituent le principal mode d'intervention en planning, tel que l'a révélé notre enquête. Dans ce contexte, les services deviennent davantage axés sur le curatif que sur le préventif.

L'intégration des services de planning des naissances dans les services courants les rend invisibles et moins accessibles, et conduit au morcellement de ces services. Cette pratique ne permet pas de maintenir des équipes multidisciplinaires structurées qui développent les approches particulières nécessaires dans ce domaine. Cette intégration au sein des services courants augmente aussi les risques pour les femmes d'être confrontées à du personnel qui n'est pas au courant des derniers développements en la matière ou qui n'est pas à l'aise avec la sexualité et la notion de libre choix. Tel qu'exprimé par plusieurs femmes qui ont participé à notre recherche, cette situation est particulièrement problématique en matière d'avortement puisque les femmes ne sont plus assurées d'avoir un lieu réservé à cet effet, avec un personnel respectueux de leur choix et qui offre compréhension et confidentialité.

Cette intégration au sein des services courants augmente aussi les risques pour les femmes d'être confrontées à du personnel qui n'est pas à l'aise avec la sexualité et la notion de libre choix.

5.3 *La formation du personnel en matière de planning des naissances*

La formation du personnel provient principalement de deux sources : des maisons d'enseignement et des compagnies pharmaceutiques. Les programmes d'études consacrent un nombre d'heures limité au planning des naissances, à la sexualité des femmes et aux particularités de la santé des femmes en général. Le mouvement pour la santé des femmes a longtemps revendiqué des programmes de formation qui sensibilisent le personnel de la santé aux aspects psychosociaux et sexuels du planning, à la relation d'aide, aux approches de consultation qui favorisent l'exercice du libre choix, à l'intervention adaptée aux réalités des femmes, des adolescentes, des femmes lesbiennes ou bisexuelles, des femmes provenant de différentes communautés ethnoculturelles. Encore aujourd'hui, la formation professionnelle met l'accent sur les connaissances biomédicales et laisse

bien peu de place aux autres aspects qui tiennent compte des déterminants de la santé et de la réalité des femmes dans ses multiples dimensions.

Quant à la deuxième source de formation, elle provient des compagnies pharmaceutiques qui produisent l'information et la formation la plus organisée, la plus soutenue, la plus accessible mais aussi la moins critique. Cette formation, qui est davantage du ressort de la promotion et du marketing de nouveaux produits auprès des personnes qui pourront les prescrire, est souvent incomplète : elle ne tient pas toujours compte des aspects psychosociaux et sexuels du planning des naissances, c'est-à-dire de l'ensemble des facteurs qui entrent en jeu dans le choix.

Plusieurs répondantes de notre enquête auprès des CLSC et des CH déplorent le manque d'accès à une formation continue en matière de planning des naissances. En effet, les établissements ont coupé dans les budgets de formation et n'assurent à peu près plus de remplacement de personnel pendant ces journées. Dans sa réaction aux *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, le mouvement pour la santé des femmes s'inquiétait qu'il n'y ait nulle mention de la formation du personnel ni du soutien qui sera offert à celui-ci pour développer les approches privilégiées d'intervention prévues. Pourtant, le premier outil pour des services de qualité, adaptés aux besoins des femmes et respectueux de leur santé et de leur choix, est la formation du personnel dans tous les milieux de pratique.

5.4 *Les préjugés et les valeurs personnelles*

La morale, sociale et personnelle, et les jugements de valeur sur la sexualité et sur le planning des naissances influencent grandement l'accès à l'information et aux services. Le personnel peut, par exemple, préjuger du choix que les femmes doivent faire en matière de planning des naissances en fonction de l'âge de ces dernières, de leur statut socio-économique, de leur origine culturelle ou en fonction de leurs habitudes de vie. Il peut conséquemment restreindre l'information donnée et limiter la capacité des femmes de prendre des décisions éclairées.

Ainsi, l'augmentation du taux de grossesse à l'adolescence depuis la fin des années 1980 a amené plusieurs personnes à croire que les adolescentes ne sont pas capables de prendre la pilule sur une base quotidienne ou

d'utiliser un contraceptif correctement. Ces préjugés influencent les contraceptifs suggérés aux adolescentes pour se protéger de la grossesse et des maladies transmises sexuellement. Conséquemment, ces personnes pensent qu'il est préférable de prescrire des méthodes de longue durée, telles que le Depo-Provera, efficace sur trois mois sans que la jeune femme n'ait à prendre ni à faire quoi que ce soit. D'ailleurs, depuis quelques années la notion de double protection est promue par différents spécialistes comme faisant partie d'un comportement sexuel responsable. Ceux-ci privilégient les méthodes théoriquement plus efficaces que sont les contraceptifs hormonaux, en plus de l'emploi du condom comme protection contre les maladies transmises sexuellement. Pourtant, le condom à lui seul est une méthode de contraception efficace, encore plus s'il est utilisé avec un spermicide.

De plus, dans notre société, avoir une relation sexuelle signifie avoir une pénétration, et pour qu'elle soit source de plaisir, il ne doit pas y avoir d'interruption entre ce qui est appelé les préliminaires et la pénétration. Ce préjugé est aussi présent chez le personnel des services de planning et peut les amener à privilégier les méthodes invisibles puisque celles-ci conviennent au schéma de la relation sexuelle complète sans interruption.

Tel que notre enquête auprès des CLSC et CH l'a révélé, le personnel suggère principalement les contraceptifs oraux et le Depo-Provera comme méthodes contraceptives. Très peu donne de l'information sur les méthodes dites douces ou visibles (sauf pour ce qui est du condom masculin) et sur les méthodes de repérage de l'ovulation. Cet état de fait révèle un certain manque de confiance ou de connaissances envers ces méthodes. Selon beaucoup de femmes, le personnel intervenant a aussi souvent tendance à banaliser les effets secondaires des méthodes hormonales et à mettre une emphase excessive sur les inconvénients des autres méthodes. Ces témoignages démontrent encore une fois les préjugés qu'entretient le milieu médical en faveur des méthodes hormonales au détriment des autres choix possibles.

Plusieurs des femmes qui ont participé à notre enquête ont été taxées d'irresponsables lors de leur demande de la pilule du lendemain ou d'avortement. On présume qu'elles n'ont pas pris de contraception, qu'elles « n'ont pas fait attention ». Pourtant, plusieurs femmes demandent ces services à cause d'un échec de la contraception. Cette attitude augmente

le sentiment de culpabilité des femmes et leur désir de se cacher, et mine leur confiance en elles.

Ces quelques exemples démontrent que les préjugés peuvent influencer le libre choix de même que la qualité des services offerts en planning des naissances. Les valeurs de chaque personne qui intervient auprès des femmes ont aussi un impact si elles ne sont pas clairement identifiées. Ainsi, sa conception de la maternité, de la famille, des conditions dans lesquelles il est acceptable d'avoir des enfants (le revenu, les conditions de vie, etc.) peuvent amener une personne à filtrer les informations, à orienter le choix ou à choisir à la place des femmes.

Sa conception de la maternité, de la famille, des conditions dans lesquelles il est acceptable d'avoir des enfants peuvent amener une personne à filtrer les informations, à orienter le choix ou à choisir à la place des femmes.

La morale peut aussi faire obstacle à l'accès aux services de planning. Par exemple, le fait que les services de planning des naissances ne soient pas considérés comme étant médicalement requis (à moins qu'il y ait menace sérieuse à la vie) permet au médecin de refuser de pratiquer des gestes médicaux si ceux-ci vont à l'encontre de ses valeurs morales. Ainsi, un médecin peut refuser de pratiquer des avortements, de prescrire un contraceptif ou de stériliser une femme pour ces motifs alors qu'il ne peut refuser de poser un acte médicalement requis. Cette réalité limite particulièrement l'accès à l'avortement puisque peu de médecins (seulement une quarantaine au Québec) acceptent d'en effectuer et que rien ne les encourage à le faire.

Un médecin, aussi bien qu'une travailleuse sociale, une enseignante ou une infirmière, qui ne donne pas toute l'information sur les moyens contraceptifs, les services et les techniques d'avortement ou encore qui ne réfère pas aux endroits qui pourraient fournir ces informations, limite le choix de la femme qui vient consulter, exerçant ainsi un certain contrôle sur la vie reproductive de cette femme.

5.5 L'*absence d'éducation sexuelle*

Le programme de formation personnelle et sociale du ministère de l'Éducation du Québec a été aboli en 2001. Ce programme consacrait quelques heures à l'éducation sexuelle durant l'année scolaire, au primaire et au secondaire. À notre connaissance, aucune évaluation n'a été réalisée des impacts de ce programme avant de décider de le modifier en profondeur.

Bien que l'éducation sexuelle soit présente dans la plupart des écoles, elle

est souvent enseignée par des professeurs qui sont extrêmement inconfortables avec cette matière (McDonald, 1996, p. 3). Le fait que le ministère de l'Éducation du Québec prévoie intégrer de façon transversale le contenu de l'ancien programme au sein de divers cours déjà existants nous questionne sur la préparation et l'aisance des professeurs, formés pour enseigner d'autres matières, à aborder la sexualité. Encore aujourd'hui, la sexualité n'est pas un sujet qu'on discute aisément. Une grande partie de la population n'est pas à l'aise d'aborder ces questions; il en est de même pour le corps enseignant et les personnes intervenant en santé et en services sociaux.

Encore aujourd'hui, la sexualité n'est pas un sujet qu'on discute aisément. Une grande partie de la population n'est pas à l'aise d'aborder ces questions; il en est de même pour le corps enseignant et les personnes intervenant en santé et en services sociaux.

Parallèlement, les CLSC manquent de ressources pour remplir leur mandat en matière d'éducation et de prévention, cela affecte leur niveau de collaboration avec le milieu scolaire et leur capacité de rejoindre les jeunes et les adultes dans d'autres milieux. Les femmes adultes manquent de ressources afin de pouvoir discuter de l'harmonisation de leur vie sexuelle avec des choix en matière de contraception, d'avortement, etc., tout comme les jeunes femmes lesbiennes ou bisexuelles qui sont, en plus, confrontées avec la discrimination face à l'homosexualité. Pourtant, l'éducation sexuelle est primordiale afin de pouvoir encourager des comportements harmonieux et responsables.

5.6 *L'absence de statistiques*

Il est actuellement très difficile de réaliser un portrait de la réalité des femmes face au planning des naissances. Cette recherche s'est, entre autres, avérée nécessaire vue l'absence de données sur les services de planning de naissances au Québec. Aucune statistique n'est recueillie sur l'ensemble des méthodes de contraception utilisées par les femmes. Les seules données statistiques portent sur les méthodes qui demandent une prescription, comme les contraceptifs oraux.

Au niveau de l'avortement, une certaine amélioration a été constatée ces dernières années grâce, entre autres, à la participation du personnel intervenant en CLSC qui fournit sa propre compilation. Cependant, la présentation des statistiques qui comparent le nombre d'avortements avec le nombre de naissances vivantes ne nous donne pas un portrait réel du pourcentage de femmes en âge de procréer qui ont eu recours à cette intervention. Le manque de précision dans la terminologie employée peut aussi nous priver

de données importantes. Par exemple, la collecte des données permet-elle de faire une distinction entre un avortement sur demande de la femme, un avortement recommandé à la suite d'un diagnostic prénatal ou un avortement d'embryon surnuméraire dans le cadre d'un processus de fertilisation *in vitro*?

Il est donc ardu de traduire la réalité des femmes en matière de santé reproductive. Les femmes changent combien de fois de contraceptif au cours de leur vie? L'apparition du diagnostic prénatal a-t-il contribué à l'augmentation du nombre d'avortements au Québec? Les problèmes d'infertilité chez les femmes sont-ils en augmentation au Québec? Les causes possibles sont-elles recensées? Savons-nous combien de femmes ont eu recours à la pilule du lendemain? Les demandes ont-elles augmenté au fil des ans? Savons-nous combien d'heures sont vouées à l'éducation sexuelle? Le temps alloué à cette matière a-t-il augmenté ou diminué ces dernières années? Y a-t-il des liens à faire avec le taux de grossesse à l'adolescence? Recensons-nous les services et les ressources à la disposition des femmes en matière de planning?

Il devient de plus en plus nécessaire de disposer d'un système gouvernemental permettant de recueillir ces données afin de mieux comprendre la réalité des femmes relative au planning des naissances.

Il devient de plus en plus nécessaire de disposer d'un système gouvernemental permettant de recueillir ces données afin de mieux comprendre la réalité des femmes relative au planning des naissances, et ce, selon leur âge et leur région. Ces données devraient être mises à la disposition de tous les réseaux d'intervention concernés par la santé reproductive. Certes, cette recherche-action tente de répondre en partie à certaines de ces questions, mais de telles recherches devraient être financées et entreprises de façon régulière et devraient couvrir l'ensemble des aspects de la santé reproductive des femmes et des hommes.

5.7 *La médicalisation de la reproduction*

La santé reproductive des femmes s'est complexifiée depuis les années 1950 avec l'avènement de la médicalisation de la reproduction et de la santé des femmes. La médicalisation constitue un processus par lequel des phénomènes non médicaux en arrivent à être définis et traités comme des problèmes médicaux en fonction d'une approche centrée sur les maladies et les désordres. Peu à peu, il y a eu surmédicalisation et omniprésence des technologies sans que les impacts sur la société et sur la santé n'aient été débattus ni évalués. Ceci a d'autant plus d'importance que les produits

et les technologies dont nous parlons en santé reproductive concernent des **femmes en santé.**

Ce phénomène a débuté avec la grossesse et l'accouchement, par la prise en charge médicale de la maternité. Porter un enfant aujourd'hui n'est plus défini comme une expérience normale, mais bien comme une expérience « à risque et porteuse de dangers éventuels » (Quéniart, 1990).

En plus de médicaliser la maternité, c'est maintenant l'ensemble du cycle reproducteur des femmes qui est défini et traité comme un problème médical. On retrouve aujourd'hui des médicaments pour pallier au syndrome prémenstruel. Ces médicaments (dont le Prozac, recommercialisé par la compagnie Eli Lilly sous le nom de Serafem) n'ont-ils été mis en marché que pour les 5 à 10 % de femmes qui souffrent réellement de symptômes prémenstruels sévères (RQASF, 2000, p. 4)? Les recherches sur le contraceptif oral qui réduit les menstruations vont bon train. Cette « pilule » permettra aux femmes de n'avoir des menstruations que quatre fois par année, car, selon le Dr Freedolph Anderson, responsable de l'étude clinique : « il n'y a aucune bonne raison médicale aux menstruations ». (*La Presse*, 25 août 2000). Les femmes ménopausées sont la cible d'une intense publicité qui cherche à les convaincre d'adopter l'hormonothérapie de remplacement (prise d'hormones pour contrer les effets liés à la ménopause). Ainsi, la ménopause n'est plus considérée comme une étape normale de la vie de toute femme mais bien comme une épreuve engendrant toutes sortes de maux nécessitant un traitement.

En plus de médicaliser la maternité, c'est maintenant l'ensemble du cycle reproducteur des femmes qui est défini et traité comme un problème médical.

Cette vision du cycle reproducteur des femmes amène le milieu médical à promouvoir des traitements médicaux aux processus normaux, traitement dont les impacts à moyen et à long terme sur la santé des femmes restent encore à déterminer. Cette vision transforme aussi la perception même des femmes face de leur propre corps. Plusieurs perdent confiance en leur capacité à vivre les étapes normales de leur cycle reproductif ou encore à vivre leur sexualité sans avoir recours à des médicaments ou sans besoin d'assistance médicale.

Certes, la médicalisation a permis d'améliorer plusieurs aspects de la contraception et de la reproduction. Cependant, elle est en train de prendre toute la place, dénigrant d'une certaine manière les cycles normaux de la vie des femmes en les rendant problématiques ou « à risque », niant le savoir et les compétences des femmes face à leur corps et

leur capacité de faire un choix éclairé sans dépendance face au système médical.

5.8 *L'industrie pharmaceutique*

Durant les dernières années, l'industrie pharmaceutique est devenue l'industrie la plus rentable du monde. Depuis l'avènement de la pilule, les compagnies pharmaceutiques sont devenues des actrices incontournables dans le domaine de la santé reproductive. Ce domaine leur offre un marché lucratif puisqu'il rejoint toutes les femmes à un moment ou un autre de leur vie entre la puberté et la vieillesse.

Depuis l'avènement de la pilule, les compagnies pharmaceutiques sont devenues des actrices incontournables dans le domaine de la santé reproductive.

Les compagnies ont investi beaucoup d'argent dans la recherche de contraceptifs de haute technologie, tels les stérilets, les contraceptifs injectables et les implants, et très peu dans les méthodes de barrière. Les méthodes hormonales et les stérilets sont théoriquement plus efficaces, mais plus risquées pour la santé des femmes. Ces méthodes sont aussi généralement plus lucratives parce qu'elles font appel à des technologies plus dispendieuses, mais aussi parce qu'elles nécessitent le recours à d'autres traitements pour remédier à leurs effets secondaires et leurs conséquences sur la santé (Tardif, 1993, p. 26).

Depuis les années 1970, les standards d'expérimentation des méthodes contraceptives sont devenus plus sévères et impliquent des coûts plus élevés pour les compagnies. De plus, craignant une augmentation des poursuites judiciaires en raison des effets secondaires des contraceptifs (telles que celles relatives au stérilet Dalkon Sheild), l'industrie pharmaceutique a diminué l'investissement de fonds dans la recherche contraceptive. Aujourd'hui, ce sont principalement des organisations non gouvernementales, des instances gouvernementales et des agences internationales préoccupées par les problèmes de surpopulation et de contrôle des populations qui investissent dans la recherche en matière de contraception. Là aussi, les orientations privilégiées quant aux développement de nouveaux contraceptifs mènent à la production de technologies très efficaces, qui ont une longue durée et sur lesquels l'utilisatrice n'a pas de contrôle. Par exemple, la recherche présentement en cours sur la contraception immunologique, aussi appelée « vaccin » antifertilité, n'est guère réconfortante pour les femmes préoccupées par les effets possibles sur leur santé. Ce « vaccin » présente

peu de promesses d'augmenter le nombre de choix qui s'offrent aux femmes.

Au Canada, la publicité de médicaments vendus sous ordonnance médicale, ce qui inclut les contraceptifs, est illégale. N'ayant pas accès aux consommatrices directement, les compagnies pharmaceutiques font la promotion de leurs produits auprès des médecins et des infirmières en utilisant divers moyens : distribution d'échantillons gratuits, cadeaux, financement de congrès, de revues médicales, d'équipement hospitalier, etc. Les pressions sur les médecins sont grandes. Depuis 1980, avec l'augmentation du nombre de personnes porteuses du VIH ou atteintes du sida, la promotion du condom est devenue aussi rentable que celle des méthodes hormonales. Cependant, les autres méthodes telles que le diaphragme et la cape cervicale occupent peu de place dans les plans de promotion des compagnies.

Une compagnie pharmaceutique qui oriente sa recherche et sa promotion vers des méthodes chimiques rentables plutôt que vers l'ensemble des méthodes dirige et restreint le choix des femmes. Pour avoir un autre son de cloche, les femmes et le personnel médical doivent avoir accès à des informations provenant de sources variées. Malheureusement, les autres sources d'information demeurent rares.

Il existe toujours une opposition soutenue aux droits des femmes en matière de santé reproductive provenant de groupes conservateurs, anti-féministes ou religieux.

5.9 *Le mouvement anti-choix (pro-vie)*

Malgré le fait que plus de 80 % de la population québécoise favorise le libre choix (*La Presse*, 9 septembre 2000), il existe toujours une opposition soutenue aux droits des femmes en matière de santé reproductive provenant de groupes conservateurs, anti-féministes ou religieux. La montée de la droite encourage ce phénomène. Le mouvement s'internationalise et ses stratégies sont souvent influencées par le mouvement anti-choix des États-Unis. Des menaces de mort envers les personnes qui pratiquent des avortements jusqu'au financement de poursuite judiciaire pour faire reconnaître les droits du fœtus, les actions du mouvement anti-choix sont variées et de plus en plus sophistiquées. Le mouvement anti-choix investit aussi les conférences mondiales portant sur les droits des femmes afin de s'opposer à leur reconnaissance et ralentir le travail des groupes en leur faveur, comme ce fut le cas au cours de la dernière réunion de la Commission préparatoire de Beijing+5 tenue à New York en mars 2000 (Druelle, 2000).

Au Québec, le mouvement anti-choix se mobilise pour occuper les sièges d'usager sur les conseils d'administration d'établissements. Grâce à différentes stratégies, il amène régulièrement à l'ordre du jour les débats sur la pertinence du maintien des services de planning dans le contexte de redressements administratifs et budgétaires. Au printemps 1994, par exemple, trois CLSC de la région de Montréal ont vu leurs services menacés pour ces raisons. Le mouvement se mobilise aussi pour occuper les conseils scolaires et comités de parents afin de s'opposer aux programmes d'éducation sexuelle dans les écoles. Leurs actions ne se limitent donc pas aux services d'avortements, mais à tout ce qui touche les droits des femmes en matière de santé reproductive.

Bien que le choix d'avoir un enfant semble à prime abord très personnel, le désir d'enfant est aussi influencé par les normes et les pressions sociales.

5.10 *La contrainte à la maternité*

Les femmes ont des enfants pour une foule de raisons. Bien que le choix d'avoir un enfant semble à prime abord très personnel, le désir d'enfant est aussi influencé par les normes et les pressions sociales. Par exemple, les religions font de la maternité le seul rôle social valable pour les femmes même si une majorité d'entre elles acceptent que la femme occupe d'autres rôles. En fait, ces visions nous dictent que d'avoir des enfants fait partie du cycle « normal » de la vie.

Ainsi, les femmes qui ne désirent pas d'enfant sont souvent incomprises, perçues comme étant égoïstes ou carriéristes, ou encore comme des femmes qui ne seront jamais accomplies, qui ne sont pas, somme toute, de vraies femmes. « La maternité est-elle toujours pour nous toutes un passage obligé pour accéder au sens ultime de nos vies? Quelle marge de liberté, individuelle et collective, avons-nous gagnée quant aux "choix" de la maternité? Dépasse-t-elle le seul droit de réduire le nombre et le moment de nos maternités? » (Desmarais, 1999, p. 382).

5.11 *Les rapports femmes-hommes*

L'autonomie des femmes en matière de santé, notamment la santé reproductive, a constitué et constitue toujours un enjeu fondamental des relations égalitaires entre les hommes et les femmes. Le mouvement féministe a souvent dénoncé l'appropriation collective et privée du corps des femmes par les hommes, de même que la contrainte à la maternité et à l'hétérosexualité. Selon cette analyse, une telle dépossession de leur corps im-

plique que les femmes n'ont ni pouvoir ni autonomie sur ce dernier, ni, par le fait même, sur leur santé et leur fonction reproductive. « [...] on peut demander l'égalité autant qu'il est possible, cette égalité ne peut être obtenue sans le contrôle du pouvoir de reproduction. » (De Koninck et collab., 1983, p. 194). Ainsi, les rapports de force, de pouvoir et la capacité des femmes de négocier sur une base égalitaire autant au plan sociétal qu'au sein de leurs couples influencent grandement leur autonomie en matière de santé reproductive.

Avec la *Charte des droits et libertés de la personne*, les Québécoises ont acquis une égalité de droit dans tous les domaines, tant dans la sphère publique que privée. Dans les faits cependant, la réalité est tout autre. La division sociale des tâches et des rôles entre les hommes et les femmes, qui confine les femmes à des rôles sociaux encore largement dévalorisés, tant au travail que dans la famille, constitue une source continuelle de tensions qui ne reflètent pas l'égalité entre les sexes. Encore aujourd'hui, les femmes vivent un contexte socio-économique caractérisé par des inégalités sociales entre les femmes et les hommes.

Les femmes sont plus pauvres que les hommes. Au travail, leur revenu est moins élevé que celui des hommes, leurs emplois sont plus précaires et elles sont systématiquement plus nombreuses à avoir moins d'autonomie décisionnelle au travail. Le recensement de 1990 démontre une plus forte proportion de femmes vivant sous le seuil de la pauvreté, et ce, pour tous les groupes d'âge. Les études récentes confirment que l'appauvrissement des femmes s'accentue.

Le rôle traditionnel des femmes au foyer et leur confinement au rôle de mère n'est pas étranger à leur condition socio-économique. Encore aujourd'hui, ce sont principalement les femmes qui assument les responsabilités liées à la maternité et qui s'occupent des enfants. Leur pauvreté est souvent directement reliée à la perte de revenu associée aux grossesses, à la monoparentalité, à l'appauvrissement consécutif à la séparation du couple, à l'accès difficile aux promotions à cause des responsabilités familiales, aux inégalités qui subsistent sur le marché du travail, etc.

Malgré la présence accrue des femmes sur le marché du travail au cours des vingt dernières années, ce dernier ne s'est pas adapté à ce changement et très peu de mesures ont été prises pour favoriser la conciliation travail-famille-vie privée. « (...), la majorité des entreprises, par la rigi-

dité de leur organisation et de leur culture, continuent de fonctionner comme si les travailleuses et les travailleurs n'avaient pas de famille ou comme si cette responsabilité était encore du ressort entier et exclusif... d'une épouse à la maison! » (Minguy, 1994, p. 3). Pourtant, il est reconnu que le stress qu'entraîne la conciliation travail-famille est « le facteur le plus significatif dans l'apparition de la dépression chez les travailleuses et une des principales causes d'absentéisme des femmes au travail. » (Minguy, 1994, p. 4)

Les politiques et les décisions ayant un impact sur la santé sont donc prises majoritairement par des hommes. Pourtant, les femmes sont les principales utilisatrices des services de santé et de médicaments.

Ce contexte a un impact important sur la santé physique et mentale des femmes. Elles sont ainsi plus souvent malades que les hommes, sont aussi plus affectées par l'isolement, la détresse psychologique et les problèmes de santé mentale. À cause de leur position sociale jugée « inférieure » et de leur absence de pouvoir, les femmes sont plus souvent agressées, violentées, violées et parfois même tuées, et ce, dans toutes les sociétés (Lapierre, 1998, p. 7).

5.12 *Les femmes et le pouvoir*

Les relations inégales entre les femmes et les hommes et les responsabilités familiales expliquent en partie la place occupée par les femmes dans les structures du pouvoir, place qui est encore aujourd'hui minoritaire, malgré le fait que les femmes représentent 52 % de la population. Les politiques et les décisions ayant un impact sur la santé sont donc prises majoritairement par des hommes. Pourtant, les femmes sont les principales utilisatrices des services de santé et de médicaments. Elles constituent aussi la majorité des travailleuses et des bénévoles œuvrant dans le secteur de la santé. Elles devraient donc se retrouver en plus grand nombre aux postes de décision. Même si la situation change, lentement, nous sommes encore loin du compte.

Il n'est donc pas surprenant de constater que la spécificité des femmes en matière de santé n'est pas encore très reconnue ni prise en considération dans diverses instances décisionnelles touchant la santé. Selon la Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux, les préoccupations liées à la spécificité des femmes en matière de santé sont complètement absentes des discussions des conseils d'administration des régies régionales. Les femmes y sont d'ailleurs sous-représentées. De plus, les comités femmes des régies,

créés pour pallier à cette lacune, sont peu influents ou simplement inexistants (Matte, 1997, p. 24).

Et lorsqu'elles existent, la majorité des politiques relatives à la santé des femmes sont peu ou pas connues. « Ces politiques sont mal publicisées ou ne sont tout simplement pas appliquées au niveau local. De plus, certaines d'entre elles favorisent l'approche clientèle excluant les personnes n'entrant pas dans les critères de sélection, accentuent la priorité du curatif sur le préventif ou encouragent la responsabilisation et la culpabilisation des femmes. » (RQASF, 1999, p. 15).

L'absence des femmes dans les lieux de décision représente donc un obstacle à une représentation équitable des intérêts des femmes et des hommes, à la reconnaissance des préoccupations des femmes, de même qu'à la reconnaissance de leur spécificité en matière de santé. Même si de grands pas ont été faits en matière d'égalité entre les femmes et les hommes au Québec, le contexte socio-économique dans lequel les femmes évoluent constitue un important obstacle à leur bien-être, leur santé et leur autonomie.

5.13 *Le facteur démographique*

Le corps des femmes et leur capacité reproductrice se retrouvent souvent au cœur des débats démographiques. La croissance des populations à l'échelle planétaire et les pressions qu'elles exercent sur l'environnement et les ressources disponibles en inquiètent plus d'un. Les politiques de contrôle de population qui cherchent à contrer ce problème sont par contre souvent basées sur une philosophie qui voit les femmes et « leur frénésie reproductrice » comme étant la principale cause du problème de la surpopulation.

Ainsi, plutôt que de chercher à modifier les facteurs d'ordre économique et social qui affectent les changements démographiques, les programmes de contrôle des populations s'attaqueront en premier lieu à contrôler la fertilité des femmes. Trop souvent, ces programmes sont effectués de manière coercitive, échangeant contraception contre sac de riz, favorisant des contraceptifs longue durée plutôt que des méthodes réversibles ou encore privilégiant la stérilisation aussi massive que possible, et forcée si nécessaire. Ainsi, une décennie après la mise en place d'un programme de stérilisation à l'échelle du pays en République domini-

caine, l'âge moyen des femmes stérilisées étaient de 23 ans. (Baez, 1993, p. 21).

D'autre part, le faible taux de natalité des pays occidentaux et le vieillissement de la population inquiètent tout autant. Encore une fois, le discours sur la décroissance démographique tend à imputer aux femmes le déficit, par rapport au seuil de remplacement des générations, de la fécondité actuelle. « En général, l'approche des chercheurs consiste à scruter les comportements, les aspirations, les motivations des individus. Rarement fait-on référence à une perspective plus large liant l'histoire démographique des deux siècles derniers et les transformations sociales. » (Lavoie, 1990, p. 177).

Le corps des femmes et leur capacité reproductrice se retrouvent souvent au cœur des débats démographiques.

Au Québec, la préoccupation démographique s'est déjà traduite par l'adoption, entre autres, de mesures financières visant à encourager les familles de trois enfants et plus. Bien que cette mesure ne soit plus en vigueur, les nouvelles dispositions en matière de famille visent toujours l'augmentation du nombre d'enfants. Est-ce un hasard si depuis l'apparition de la préoccupation nataliste au Québec les ressources vouées à la promotion du planning des naissances ont grandement diminué? Est-ce un hasard si les stratégies familiales du gouvernement québécois sont l'objet d'une politique (donc accompagnées de ressources financières nécessaires), alors que les stratégies en planification des naissances ne sont l'objet que de simples orientations?

Le droit des femmes à la maternité, à l'avortement et à la contraception sur une base volontaire et dans des conditions sécuritaires est un droit fondamental. Ce droit est par contre trop souvent dénaturé pour des raisons d'ordre démographique par des politiques de contrôle de populations ou par des mesures natalistes visant à contrôler et influencer le choix des femmes.

5.14 Conclusion

Les obstacles au libre choix et à l'accès à des services de planning qui répondent aux besoins des femmes sont, nous venons de le voir, divers. Ils peuvent être d'ordre économique, social, politique ou encore démographique. Ils nous font voir que divers intérêts extérieurs et que plusieurs acteurs interviennent dans la vie reproductive des femmes.

Que ce soit les décideurs et leurs politiques en matière de santé ou en matière de contrôle des populations; l'industrie pharmaceutique, son influence et ses intérêts économiques; le milieu médical et son emprise grandissante sur la santé reproductive des femmes; la société et ses tabous face à la sexualité, sa morale, ses valeurs et ses préjugés qui portent un jugement sur le comportement des femmes; ou encore le système patriarcal qui fait peu de place à la parole, à l'expérience et à l'expertise des femmes, la dévalorise et la confine à des conditions de vie défavorables, en matière de santé reproductive, les femmes ne sont pas les seules à chercher à contrôler leur sort.

L'exercice du libre choix, dans un tel contexte, n'est pas simple non plus. En étant conscientes de ces divers intérêts, pressions et influences qui interviennent en matière de santé reproductive, les femmes font un premier pas vers une prise de décision plus éclairée. Parallèlement, la prise de parole des femmes et leurs expériences peuvent influencer les politiques en matière de santé reproductive et les services qui s'y rattachent.

Depuis plus de trente années, les femmes ont franchi plusieurs obstacles pour obtenir des droits dans le domaine de leur santé reproductive et des services publics en matière de planning des naissances. Plusieurs gains ont été réalisés mais de nombreuses embûches demeurent.

PARTIE III
L'ACTION

CHAPITRE 6 Revendications et stratégies d'action

LES SERVICES DE PLANNING DES NAISSANCES ACCESSIBLES, UNIVERSELS, gratuits et respectueux du choix des femmes ne sont pas encore une réalité. Le portrait des services dans les CLSC et les centres hospitaliers (CH) nous démontre que très peu de ces établissements offrent les services intégrés prévus aux *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Les témoignages des femmes nous font constater que l'accès à des interventions en planning où sont assurés la confidentialité, le respect et la neutralité demeure difficile. Divers intérêts et enjeux font encore obstacle aux femmes dans l'exercice de leurs choix en matière de reproduction. Bref, la situation nous amène à conclure qu'encore aujourd'hui les femmes ont besoin d'agir individuellement mais aussi collectivement afin de pouvoir contrer ou contourner les nombreuses embûches de tout ordre au libre choix des femmes face à la maternité.

Que ce soit pour développer l'accessibilité universelle et la gratuité des services de planning des naissances, pour améliorer le travail de prévention et de promotion ou pour faire respecter le choix des femmes, plusieurs stratégies d'action sont possibles. Les stratégies éducatives, de sensibilisation, de représentation et de pression sont des moyens utilisés par la FQPN et divers groupes pour que les femmes puissent exercer un choix éclairé pour tout ce qui a trait à leur santé reproductive.

6.1 *Mais qu'est-ce qu'elles veulent?*

Tel qu'exprimé au chapitre 2, les principes, buts et approches privilégiées d'intervention des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* correspondent aux besoins des femmes et aux revendications du mouvement pour la santé des femmes. Nous croyons, comme le MSSS, que les services de planning des naissances doivent être accessibles, universels, gratuits et s'appuyer sur la liberté et la

responsabilité des femmes et des hommes dans l'exercice des choix qui ont trait à leur capacité de procréer, ainsi que sur le droit fondamental des femmes et des hommes à l'intégrité physique.

Nous aussi désirons que les services de planning des naissances soient réalisés dans une approche de prévention et de promotion de la santé et du bien-être. Ces services doivent faire preuve d'ouverture et de respect à l'égard des divers choix exprimés. Ils doivent être caractérisés par une approche intégrée, multidisciplinaire et adaptée aux personnes, et favoriser la protection de la santé, de la sexualité et de la fertilité.

En matière de planning des naissances comme dans tous les domaines de la santé, les femmes doivent être reconnues comme étant expertes de leurs expériences et comme étant les premières et principales actrices de leur santé. En ce sens, les femmes devraient être présentes dans l'orientation des recherches en matière de planning des naissances et dans la planification et l'évaluation des services offerts par le réseau public de la santé et des services sociaux.

Pour faciliter le choix des femmes, une information complète et critique doit être accessible, et ce, pour l'ensemble des moyens et techniques disponibles. Un choix éclairé tient compte à la fois des aspects médical, psychosocial et sexuel de chaque femme. Les différents types d'intervention doivent faciliter la prise de décision et ne pas devenir des évaluations ayant pour but d'autoriser ou non une intervention. Favoriser un choix éclairé exige du temps d'information et de réflexion avec les femmes afin de se pencher sur leur réalité et leurs besoins. Autant dans les services d'avortement que dans l'ensemble des interventions en planning des naissances, la confidentialité, le respect et la neutralité du personnel intervenant sont essentiels.

Plus spécifiquement, toutes les femmes, sans discrimination, doivent avoir accès gratuitement aux services et à l'information sur les avantages, les inconvénients et les effets sur la santé et la sexualité de toutes les méthodes de contraception, y compris la stérilisation. La contraception orale d'urgence doit être accessible en tout temps. Au niveau de l'avortement, les femmes doivent avoir la possibilité d'obtenir, si désiré, des services leur permettant de discuter et de soupeser leur choix. Une fois que la décision d'avorter est prise, l'intervention

doit avoir lieu à l'intérieur d'une semaine. Les techniques d'avortement sécuritaires et les moins invasives possible doivent être privilégiées. Le suivi médical postavortement est nécessaire. Les femmes qui désirent avoir un suivi psychologique devraient aussi y avoir accès.

En quelques mots, nous continuons à revendiquer que les services de planning des naissances du réseau public de la santé soient réellement accessibles, gratuits, de qualité, respectueux du libre choix et offerts à toutes les femmes sans discrimination.

En matière de planning des naissances comme dans tous les domaines de la santé, les femmes doivent être reconnues comme étant expertes de leurs expériences et comme étant les premières et principales actrices de leur santé.

6.2 Des pistes d'action

Tout au long de la recherche-action, plusieurs femmes ont suggéré des idées pour agir et améliorer la situation des services de planning des naissances. Nous présentons ces suggestions dans les pages qui suivent. Ces quelques pistes d'action sont des exemples qui permettront aux groupes et aux personnes qui le désirent d'identifier les moyens à mettre en place dans leur localité ou leur région. Cette liste n'est pas exhaustive, elle n'est qu'un point de départ pour susciter le bouillonnement d'idées et encourager le développement de stratégies et pistes d'action propres aux personnes qui les réalisent.

6.2.1 *Des services accessibles*

Selon notre recherche, l'accessibilité à des services intégrés de planning des naissances est une des principales difficultés rencontrées par les femmes, et ce, malgré l'engagement des régies régionales de la santé et des services sociaux d'actualiser les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Dans le contexte de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux et des restrictions budgétaires, cette actualisation est devenue très secondaire. Pourtant, les services de planning des naissances concernent toute la population en âge de procréer. Cinq ans après l'adoption des *Orientations*, il est temps que le MSSS et les régies régionales réalisent leurs engagements.

Revendications

Actions possibles

Que le MSSS s'assure que les régies régionales évaluent la mise en œuvre des orientations ministérielles dans leur région et mettent en branle les actions nécessaires pour combler les lacunes.

Que le MSSS et les régies régionales s'assurent que des représentantes des groupes de femmes ou des utilisatrices participent à l'évaluation et à l'identification des solutions.

Rencontres entre la FQPN et les responsables au MSSS pour :

- leur présenter le portrait provincial;
- demander une évaluation de la mise en œuvre des orientations;
- identifier des solutions possibles pour l'accessibilité des services.

moyens possibles : recherche-action.

Rédiger et diffuser des articles et des conférences résumant le contenu de la recherche-action.

moyens possibles : recherche-action, portraits régionaux réalisés par la FQPN en 1999, communiqué de presse. Le questionnaire utilisé par la FQPN en 1999 est disponible pour réaliser la mise à jour des portraits régionaux.

Organiser une rencontre régionale réunissant des représentantes de groupes de femmes et communautaires intéressées, des intervenantes en CLSC et en CH et les responsables de sa régie régionale pour échanger sur le portrait régional des services, voir les lacunes et identifier un plan d'action pour l'accessibilité des services.

moyens possibles : lettre type, portrait régional des services.

Solliciter des rencontres avec des représentants et représentantes du conseil d'administration et du comité de condition de vie des femmes de sa régie régionale en leur faisant parvenir le portrait régional et en leur demandant leur plan d'action pour améliorer la situation.

moyens possibles : liste des élues et élus, lettre type, portrait régional des services.

Organiser un déjeuner de presse pour sensibiliser la population face à l'état des services, présenter les lacunes identifiées et la réponse de sa régie régionale.

moyens possibles : recherche-action, portrait régional réalisé par la FQPN en 1999, communiqué de presse.

Revendications

Actions possibles

(SUITE)

Former un réseau de vigilance régional sur les services de planning des naissances avec pour mandat :

- d'identifier les élues et élus à sa régie régionale, dans les CLSC et les CH favorables ou défavorables aux services de planning des naissances.
- d'envoyer systématiquement une lettre à sa régie régionale avec copie conforme au MSSS afin de déplorer la situation lorsqu'un service de planning est coupé ou réduit ou afin de se réjouir lorsqu'un service s'ajoute.
- d'organiser avec la collaboration des groupes de femmes et communautaires une campagne annuelle de bulletin de notes sur les services de planning des naissances.
- de suggérer aux différents organismes de la région d'autres actions collectives pour améliorer les services.
- d'être en lien avec le comité de condition de vie des femmes de sa régie régionale ou tout autre organisme qui représente les intérêts des femmes auprès de la régie régionale.

moyens possibles : liste des organismes et individus intéressés, mise sur pied du réseau, liste des élues et élus aux instances régionales du réseau de la santé, lettre type, réalisation et diffusion du bulletin de notes.

Que le MSSS et les régies régionales engagent les ressources nécessaires pour :

- ***que les CLSC maintiennent leur capacité d'exécuter leur mandat de promotion, d'éducation et de prévention dans tous les volets du planning, et ce, pour toutes les femmes, sans discrimination;***
- ***que les CH aient des cliniques de planning des naissances dans un endroit désigné;***
- ***soutenir le développement de ressources additionnelles, alternatives et novatrices en milieu communautaire;***
- ***coordonner les services offerts et accroître les niveaux de collaboration entre les groupes de femmes, les groupes communautaires et les établissements du réseau qui travaillent en santé reproductive.***

Demander au MSSS et aux régies régionales les résultats du processus de planification de leur plan d'action 2002-2005 en ce qui a trait à la santé reproductive des femmes.

moyens possibles : lettre, réseau de femmes pour analyser et assurer un suivi.

Revendications

Actions possibles

(SUITE)

Écrire aux MSSS et aux régies régionales ou encore les rencontrer afin de présenter les besoins des femmes en matière de services en planification des naissances et la nécessité d'augmenter les ressources pour que les établissements et les organismes assument leurs responsabilités.

moyens possibles : lettre, copie du chapitre 4 de la recherche-action.

Demander à sa régie régionale d'organiser une rencontre annuelle d'information et d'échange des différents partenaires impliqués dans le domaine du planning des naissances.

moyens possibles : lettre à la régie régionale.

Sensibiliser la population à ces réalités par l'entremise des médias.

moyens possibles : lettres aux journaux, déjeuner de presse, entrevues, événements médiatiques, participation à des émissions de radio ou de télévision, etc.

Dans le contexte de la mise en place des cliniques de médecine familiale, que le MSSS définisse plus clairement les rôles et les mandats des différents établissements et organismes impliqués en planning afin d'éviter le morcellement des services et la multiplicité des rencontres avec le personnel des différents établissements.

Rencontrer les responsables du MSSS afin de discuter :

- de l'impact de ces nouvelles cliniques sur les mandats et l'organisation des services de planning des naissances;
- des solutions envisagées pour s'assurer de l'accessibilité, de la gratuité et de la qualité des services dans ce nouvel organigramme.

moyens possibles : former un comité de femmes qui analyse le projet des cliniques de médecine familiale et identifie les questions, rencontrer la régie et assurer un suivi.

Revendications

Actions possibles

Que les régies régionales produisent (ou soutiennent financièrement la production) et diffusent un répertoire des services offerts en matière d'avortement, de contraception, de stérilisation et d'infertilité par les établissements et les organismes de leur territoire.

Demander aux femmes d'adresser à leur régie une lettre qui demande copie du répertoire des services de planning des naissances de la région. Si la régie ne produit pas ce répertoire : présenter à la régie une demande de financement pour réaliser et diffuser le répertoire.

moyens possibles : lettre type.

Que les femmes soient mieux informées sur leurs droits en matière de santé reproductive et à des services qui les respectent.

Répertorier et diffuser auprès des femmes les outils de vulgarisation de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Cette loi trace les lignes de conduite en matière de droit à l'information, droit aux services, droit de choisir un professionnel de la santé, droit de donner ou de refuser son consentement, droit de participer aux décisions, droit d'être accompagné et assisté et droit d'exercer un recours.

moyens possibles : compilation et réalisation du répertoire des ressources et outils existants.

Faire connaître l'existence et le rôle de la Commissaire aux plaintes et le Régime d'examen des plaintes dans le domaine de la santé et des services sociaux.

moyens possibles : compilation des outils existants et diffusion.

Soutenir les femmes qui portent plainte en les référant à l'organisme communautaire régional responsable de les accompagner.

moyens possibles : liste des groupes communautaires d'accompagnement aux plaintes.

Faire connaître les autres recours offerts aux femmes pour porter plainte, par exemple : la Commission des droits de la personne, les ordres professionnels, etc.

moyens possibles : compilation des ressources et outils existants et diffusion.

Revendications

Actions possibles

(SUITE)

Organiser un atelier de discussion sur les droits des femmes en matière de santé et de services sociaux et sur les démarches à entreprendre lorsqu'on veut porter plainte.

moyens possibles : canevas d'animation sur les droits et recours en santé disponible au Centre de santé des femmes de Montréal.

Si plusieurs femmes témoignent d'insatisfactions face aux services d'un même établissement, **organiser une rencontre** entre ces femmes afin d'évaluer la pertinence d'une plainte collective. Si oui, offrir un soutien.

moyens possibles : cahier de compilation des plaintes, rencontre.

6.2.2 *Des services de qualité et respectueux du libre choix*

Selon les témoignages des femmes qui ont participé à notre recherche-action, les services de planning des naissances de qualité et respectueux du libre choix ne sont pas toujours disponibles. Cela s'explique en partie par le fait que peu d'établissements offrent des services intégrés avec une approche multidisciplinaire et adaptée aux personnes, et en partie par les connaissances, la formation, les valeurs et les convictions face au libre choix des personnes qui dispensent le service. Dans la tourmente des restrictions budgétaires du réseau de la santé et des services sociaux, l'investissement dans la formation et la production d'outils pédagogiques a diminué considérablement dans le domaine du planning des naissances. Le personnel dépend de plus en plus des formations et des outils réalisés par les compagnies pharmaceutiques, outils qui ont pour principal objectif de promouvoir de nouveaux produits.

Une formation multidisciplinaire continue et la recherche pour mettre à jour les connaissances sont fondamentales afin de consolider et développer des services de qualité et respectueux du choix des femmes. Des mesures concrètes de soutien aux approches d'intervention et à la formation du personnel doivent être développées par le MSSS, les régies régionales et les établissements d'enseignement.

Revendications

Actions possibles

Que le MSSS soutienne financièrement la production d'outils pédagogiques et la réalisation de formation dans le domaine du planning des naissances.

Que les établissements et les organismes stimulent et soutiennent la formation continue du personnel intervenant en planning ainsi que la diffusion des outils pédagogiques et d'information indépendants.

Demander au MSSS de faire le point sur les investissements faits dans ce domaine et avoir des engagements concrets pour les prochaines années.

moyens possibles : envoyer des lettres et assurer le suivi des réponses.

Demander aux établissements et aux organismes de faire le point sur les investissements faits dans ce domaine et avoir des engagements concrets pour les prochaines années.

moyens possibles : envoyer des lettres et assurer le suivi des réponses.

Que le MSSS s'assure que soient inclus dans la formation de base des professionnels de la santé (médecins, infirmières, travailleuses sociales, etc.) des cours sur la sexualité, la santé des femmes, la santé reproductive et le planning des naissances, et les approches d'intervention respectueuses du choix des individus.

Que les professionnels de la santé soient sensibilisés de façon continue aux aspects psychosociaux du planning, à la relation d'aide, à l'intervention adaptée aux jeunes, aux personnes provenant de diverses communautés ethnoculturelles et aux approches de consultation favorisant l'exercice du libre choix et qui soient dénuées de jugements de valeur.

Répertorier les cours offerts dans les établissements d'enseignement collégial et universitaire.

moyens possibles : description de la formation académique.

Répertorier les formations offertes dans le cadre de la formation continue.

moyens possibles : description des formations.

Analyser le contenu, les outils offerts et l'approche pédagogique de ces cours et formations et suggérer des bonifications.

moyens possibles : syllabus des cours et entretien téléphonique avec les personnes qui dispensent ces formations.

Revendications

Actions possibles

(SUITE)

Rencontrer les responsables du planning des naissances du MSSS pour faire le point sur la situation de la formation en planning des naissances.

moyens possibles : synthèse des cours offerts et des bonifications suggérées.

Compiler et diffuser une liste de personnes-ressources féministes impliquées en planning des naissances dans les organismes ou les établissements et prêtes à participer à la formation afin de présenter leurs approches d'intervention.

moyens possibles : lettre d'appel aux personnes intéressées, promotion de cette possibilité auprès des formateurs et des professionnels de la santé.

Que les directions de santé publique des régies régionales organisent ou soutiennent financièrement au moins une journée annuelle de formation sur le planning des naissances offerte gratuitement aux établissements, groupes de femmes et organismes communautaires intéressés.

Rencontrer les responsables régionaux en matière de planning des naissances afin de faire le point sur la formation continue et demander une journée annuelle.

moyens possibles : lettre à la direction de santé publique, portrait de la formation offerte au personnel durant les dernières années.

Mettre sur pied une équipe de femmes multidisciplinaire (médecin, infirmière, travailleuse de groupe de femmes, etc.) qui préparera la journée de formation et pourra offrir des ateliers itinérants.

moyens possibles : contact avec les personnes intéressées, demande de soutien financier, offre de formation.

Revendications

Actions possibles

Que le MSSS encourage et soutienne la recherche en matière de santé reproductive afin que des données permettant de dresser un portrait de la réalité des femmes face aux planning soient disponibles.

Que le MSSS et l'Institut de statistiques du Québec développent et mettent en place des outils de cueillette de données :

- ***pour savoir quelles sont les méthodes contraceptives utilisées par les Québécoises;***
- ***dresser des bilans périodiques et complets des avortements pratiqués dans les divers établissements, tout en respectant l'anonymat des personnes qui y ont recours.***

Demander au MSSS qu'il réserve des budgets de recherche pour ce faire. Ces budgets doivent être accessibles aux groupes communautaires.

moyens possibles : lettre, demande de financement.

Faire pression sur ces deux organismes pour avoir les données qui nous manquent et pour mettre en place des moyens pour combler les lacunes.

moyens possibles : correspondance, rencontres.

6.2.3 *L'éducation sexuelle*

L'éducation sexuelle est un instrument fondamental pour acquérir une vision positive de la sexualité, intégrer le planning des naissances dans sa vie et développer sa santé sexuelle et reproductive. Malheureusement, plusieurs répondantes des CLSC et des CH déplorent le peu de temps disponible pour les activités éducatives auprès des adultes. De plus, les jeunes et les femmes ont témoigné des difficultés d'accès à l'information et à l'éducation sexuelle. L'éducation sexuelle est pourtant un outil essentiel pour combattre les préjugés et pour développer des valeurs d'ouverture et de respect face au libre choix des individus.

Revendications

Actions possibles

Que des activités d'éducation sexuelle qui favorisent une vision positive de la sexualité, l'épanouissement personnel dans des rapports égalitaires, l'élimination des tabous et la capacité de faire un choix éclairé dans le domaine du planning des naissances soient offertes à la population grâce au soutien financier des régies régionales ou à la collaboration des CLSC et des CH.

Que le MSSS et les régies régionales planifient et soutiennent des campagnes d'éducation sexuelle et d'information sur le planning des naissances en collaboration avec les ressources du milieu.

Planifier des ateliers ou des cafés-rencontres sur la sexualité et le planning des naissances dans le programme d'activités de son organisme.

moyens possibles : liste des personnes-ressources de groupes communautaires ou d'établissements, liste des outils pédagogiques existants.

Réunir un groupe de femmes intéressées et inviter une personne-ressource à venir échanger sur des thèmes particuliers.

moyens possibles : liste des personnes-ressources de groupes communautaires ou d'établissements, liste des outils pédagogiques existants.

Organiser des débats avec les femmes sur différents sujets, par exemple : le désir d'enfant, la médicalisation du cycle menstruel des femmes, la sexualité de nos enfants, la relation sexuelle, les hormones, etc.

moyens possibles : liste des outils pédagogiques existants, liste des ressources communautaires.

Organiser des *focus groups* avec des femmes sur les questions touchant le planning des naissances (utiles pour mieux connaître la réalité des femmes et les problèmes qu'elles rencontrent en la matière, mais aussi pour diffuser l'information et répondre aux questions).

moyens possibles : canevas des *focus groups* de la FQPN.

Créer un site interactif sur Internet (avec la possibilité pour les internautes de poser des questions) géré par les groupes de femmes sur l'éducation sexuelle et les différents volets du planning des naissances.

moyens possibles : site Web, demande de soutien financier.

Réaliser une série de capsules radio et vidéo sur la sexualité et le planning des naissances et les diffuser.

moyens possibles : scénario des capsules, matériel technique pour enregistrement, demande de soutien financier.

6.2.4 *La contraception*

Les femmes qui ont participé à notre recherche ont eu des difficultés d'accès aux méthodes de contraception de barrière, à la stérilisation et à de l'information sur les méthodes non hormonales. Les femmes témoignent aussi que l'information reçue sur l'une ou l'autre des méthodes ou sur la stérilisation était souvent accompagnée de jugement ou était insuffisante quant aux impacts possibles sur la santé et la sexualité. Le besoin des femmes d'avoir accès à des informations complètes sur toutes les méthodes afin de faire un choix éclairé n'est toujours pas satisfait.

Revendications

Actions possibles

Que les femmes aient accès à une information complète et critique sur l'ensemble des méthodes de contraception, y compris la stérilisation. Ces informations doivent aborder à la fois les aspects médicaux, psychosociaux et sexuels des méthodes.

Répertorier les différents outils d'information et éducatifs offerts aux femmes et aux adolescentes et faire connaître leur existence.

moyens possibles : compilation des outils existants, promotion des outils pertinents.

Créer une patrouille itinérante d'information sur la contraception qui voyagerait partout à travers le Québec.

moyens possibles : réseau de personnes-ressources intéressées, canevas d'animation, recherche de financement.

Organiser des démonstrations de méthodes contraceptives du type « démonstration Tupperware ».

moyens possibles : canevas d'animation.

Recueillir les témoignages des femmes sur l'accessibilité à la stérilisation.

moyens possibles : canevas *focus group,* cahier compilant les témoignages.

Recueillir les témoignages des femmes sur les conséquences sur leur santé de la prise d'un moyen contraceptif.

moyens possibles : cahier compilant les témoignages.

6.2.5 *La contraception d'urgence*

Malgré que les trois quart des CLSC et des CH donnent accès à la contraception orale d'urgence, les adolescentes et les femmes rencontrent divers obstacles pour l'obtenir. Les heures d'ouverture des établissements sont le principal obstacle identifié. Cependant, des insatisfactions sont aussi exprimées sur l'attitude du personnel et sur l'insuffisance des informations reçues. De plus, aucune des femmes qui ont participé à notre recherche n'avait entendu parler du stérilet postcoïtal. Du travail reste à faire pour faire connaître les contraceptifs d'urgence et les rendre accessibles.

Revendications

Actions possibles

Que l'accès aux contraceptifs d'urgence, particulièrement à la pilule du lendemain, soit amélioré et que sa gratuité soit assurée.

Produire et diffuser un dépliant sur les contraceptifs d'urgence.

moyens possibles : collecte d'informations sur la pilule du lendemain et le stérilet postcoïtal, réalisation du dépliant.

Réaliser et diffuser un répertoire des établissements qui offrent la pilule du lendemain et des pharmaciens et des pharmaciennes qui ont accepté d'offrir la pilule du lendemain sans prescription.

moyens possibles : contact avec la responsable du planning des naissances de sa régie régionale pour identifier les établissements et les pharmacies, réalisation du répertoire.

Requérir du MSSS qu'il mette en place ou soutienne financièrement une ligne téléphonique gratuite (1 800) pour informer et référer les femmes aux endroits où les contraceptifs d'urgence sont disponibles.

moyens possibles: correspondance, demande de soutien financier.

Recueillir les témoignages des femmes face à l'accessibilité de la pilule du lendemain, la qualité de l'accueil et des services reçus.

moyens possibles : canevas *focus group,* cahier de témoignages.

6.2.6 *L'avortement*

Les résultats de notre recherche démontrent que les femmes vivent des difficultés d'accès et subissent quelquefois des commentaires moralisateurs du personnel. Le mouvement anti-choix est toujours actif et fait pression pour que les services disparaissent. Les restrictions budgétaires ont amené les CLSC et les CH à diminuer, démanteler ou cesser le service d'avortement. Pendant ce temps, les délais d'attente augmentent et les femmes se tournent vers les services des cliniques privées. L'engagement du MSSS d'investir 3,2 millions $ en 2001 dans la consolidation des services d'avortement du réseau public est encourageant. Cependant, les femmes doivent demeurer vigilantes et continuer à agir pour que des services d'avortement de qualité et respectueux du choix soient accessibles dans toutes les régions du Québec.

Revendications

Actions possibles

Que des services d'avortement de qualité soient consolidés et développés dans toutes les régions de façon à répondre à la demande et à réduire les délais d'attente.

Que les femmes qui doivent se déplacer pour avoir accès à l'intervention soient remboursées des frais encourus.

Sensibiliser la population à l'importance des services d'avortement en organisant :

- une soirée de sensibilisation sur l'avortement;
- une présentation vidéo suivie d'une discussion;
- des ateliers de réflexion.

moyens possibles : intervention théâtrale *L'histoire de la lutte des femmes pour l'avortement* réalisée par la FQPN, canevas d'animation, liste de vidéos sur l'avortement.

S'assurer que l'argent promis en 2001 pour consolider les services améliore l'accès et la qualité des services d'avortement.

moyens possibles : échange avec la responsable du planning des naissances de sa régie régionale, mise à jour du portrait des ressources en avortement et, si nécessaire, actions de pression.

Revendications

Actions possibles

(SUITE)

Recueillir les témoignages des femmes face aux services d'avortement : la qualité de l'accueil et des services reçus.

moyens possibles : canevas *focus group,* cahier de témoignages.

Réclamer que le MSSS mette en place ou soutienne financièrement une ligne téléphonique gratuite (1 800) pour informer et référer les femmes aux endroits qui offrent les services.

moyens possibles : correspondance.

Rester vigilante sur les activités du mouvement anti-choix et, lorsque nécessaire, agir pour contrer leurs actions.

moyens possibles : liste des organismes anti-choix, information sur leurs activités.

Diffuser une lettre type de réclamation des frais de déplacement et de séjour pour avoir l'intervention. Cette lettre est adressée à sa régie avec copie conforme au MSSS.

moyens possibles : lettre type.

6.3 Conclusion

Ces pistes d'action sont quelques exemples de ce qu'il est possible de faire pour améliorer les services de planning des naissances offerts par le réseau public de la santé. Ainsi, dès l'hiver 2000, les résultats sommaires de nos enquêtes auprès des CLSC, des CH et des femmes amenaient la FQPN à organiser l'événement *L'avortement : une réalité incontournable, un service essentiel* lors de la Journée internationale d'action pour la santé des femmes du 28 mai 2000. Cet événement de sensibilisation a servi de lancement à la campagne de cartes postales adressées à la ministre de la Santé et des Services sociaux afin que son gouvernement investisse dans la consolidation et le développement des services d'avortement. Un an et demi plus tard, le gouvernement a enfin décidé d'ajouter de l'argent pour atteindre cet objectif.

Nous espérons que ces suggestions sauront susciter l'intérêt afin d'accroître les actions collectives en faveur de services de planning des naissances du réseau public de la santé et des services sociaux qui répondent aux besoins des femmes.

CONCLUSION

CETTE RECHERCHE-ACTION A PERMIS À LA FQPN DE FAIRE LE POINT SUR LA réalité actuelle des services de planning des naissances, sur la satisfaction des femmes et sur les obstacles actuels au libre choix en matière de reproduction et à l'accès aux services.

L'actualisation des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* n'est toujours pas complétée. Le portrait des services en CLSC et en centres hospitaliers fait ressortir le manque d'accès et d'intégration des services ainsi que l'absence d'approches multidisciplinaires et adaptées aux femmes. La satisfaction des femmes face aux services de planning des naissances qu'elles ont reçus est partagée. Leurs témoignages démontrent comment encore aujourd'hui les femmes font face à des préjugés et des interventions moralisatrices qui les dévalorisent et restreignent leur capacité de faire des choix éclairés. Pourtant, les besoins des femmes face aux services demeurent les mêmes : l'ouverture, le soutien, le respect, des informations complètes, des approches qui tiennent compte de tous les aspects de leur vie et qui cherchent à protéger leur santé et leur fertilité. L'identification des obstacles face au libre choix révèle que divers intérêts extérieurs et que plusieurs acteurs interviennent dans la vie reproductive des femmes. Ces obstacles, qui peuvent être d'ordre économique, politique, social, culturel ou encore démographique, sont nombreux et démontrent que les femmes ne sont pas les seules à vouloir contrôler leur reproduction.

À partir des résultats de cette recherche-action, force nous est de constater que l'action collective est toujours nécessaire pour que les services de planning des naissances soient réellement accessibles, gratuits, de qualité, respectueux du libre choix et offerts à toutes les femmes, sans discrimination. C'est pourquoi la FQPN continuera à mettre en place différentes stratégies d'action pour améliorer les services de planning des naissances offerts aux femmes et espère que ce document saura susciter l'action collective en ce sens.

BIBLIOGRAPHIE

ALLARD, MARIE et FRANCE TARDIF. 1991. *À notre santé! Bilan et perspectives du mouvement de santé des femmes au Québec.* Montréal : Fédération du Québec pour le planning des naissances. 109 pages.

BAEZ, CLARA (propos recueillis par JAWAD SQALLI). 1993. « Trois femmes du Sud racontent... République dominicaine » dans *Le défi démographique : Accueillir les populations à venir comme une force au cœur du développement.* Montréal : revue Inter-Mondes, volume 8, numéro 4, page 21.

CAPEN, KAREN. 1996. « A Review of Women's Health Issues as Outlined in the Report of the Fourth World Conference on Women » dans *Le Forum du Canada et des États-Unis sur la santé des femmes : Trousse de l'atelier.* Ottawa : Santé Canada. 24 pages.

COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1999. *Attention! Virage dangereux pour la santé des femmes. Rapport des forums interrégionaux sur le virage ambulatoire et la transformation du réseau.* Montréal : L'R des centres de femmes du Québec. 34 pages.

DE KONINCK, MARIA, FRANCINE SAILLANT et LISE DUNNIGAN. 1983. *Essai sur la santé des femmes.* Québec : Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec. 342 pages.

DESMARAIS, LOUISE. 1999. *Mémoire d'une bataille inachevée : La lutte pour l'avortement au Québec 1970-1992.* Montréal : Éditions trait d'union. 441 pages.

DI DOMENICO, MARIANGELA. 1996. *Commentaires du Conseil du statut de la femmes sur les Orientations ministérielles en matière de planification des naissances.* Québec : Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec. 27 pages.

DI DOMENICO, MARIANGELA. 1998. *Fréquences des interruptions volontaires de grossesse au Québec en 1997 : mise à jour et données comparatives.* Montréal : Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec. 19 pages.

DIRECTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE et DIRECTION GÉNÉRALE DU RECOUVREMENT DE LA SANTÉ. 1992. *Éléments d'orientation en planification des naissances : priorités d'action et organisation des services.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. 23 pages.

DIRECTION GÉNÉRALE DES PROGRAMMES, SERVICE À LA CONDITION FÉMININE et DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION. 1995. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. 32 pages.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION. 1995. *Priorités d'action en planification des naissances.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. 3 pages.

DRUELLE, ANICK. 2000. *La présence des groupes de droite anti-féministes aux Nations Unies.* Montréal : Institut de recherches et d'études féministes de l'Université du Québec à Montréal. 40 pages.

ENJEUX. Émission du 13 février 2001. *L'avortement.* Société Radio-Canada.

GARCIA, CLAUDE. 1977. « Planification des naissances au Québec, des progrès de taille, des défis d'envergure » dans *Congrès d'orientation de la Fédération du Québec pour le planning des naissances.* Montréal : FQPN.

FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. 1994. *Quatre femmes, quatre cultures. Le planning des naissances au Québec : bilan pour l'action!* Montréal : FQPN. 35 pages.

FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES. 1996. *Sexe, hormones et rock'n roll.* Montréal : FQPN. 41 pages.

GUYON, LOUISE, CLAIRE ROBITAILLE, MAY CLARKSON et CLAUDETTE LAVALLÉE. 1996. *Derrière les apparences : Santé et conditions de vie des femmes.* Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 384 pages.

HARNOIS, LUCE. 1989. *L'accessibilité et la qualité des services d'avortement au Québec. Rapport de recherche.* Montréal : Regroupement des centres de santé des femmes du Québec. 137 pages.

HATCHER, ROBERT A., JAMES TRUSSEL, FELICIA STEWART, WILLIAM CATES JR, GARY K. STEWART, FELICIA GUEST et DEBORAH KOWAL. 1998. *Contraceptive Technology, Seventh Revised Edition.* New York : Ardent Media Inc. 851 pages.

JACOT, FRANCIS R. M. « L'avortement : un domaine laissé à l'abandon ». *La Presse,* 4 mai 2000.

LAMONTAGNE, LISE et MERCÉDEZ ROBERGE. 1998. *Actions gouvernementales en matière de santé des femmes : document-synthèse des politiques gouvernementales.* Montréal : Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. 45 pages.

LAPIERRE, ANDRÉE. 1998. *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes : Cahier de revendication.* Montréal : Coalition féministe pour une transformation du système de la santé et des services sociaux. 78 pages.

LAVOIE, YOLANDE. 1990. « Le discours démographique : perspectives et enjeux actuels pour les femmes » dans *Femmes et questions démographiques : un nouveau regard.* Québec : Publications du Québec, pages 177-191.

MATTE, DIANE, JOSÉE GAUTHIER, MICHÈLE ASSELIN et LISE LAMONTAGNE. 1997. *Femmes, santé et régionalisation : visionnaires et partenaires.* Montréal : L'R des centres de femmes du Québec. 64 pages.

MCDONALD, KATHERINE. 1996. « Sexual and Reproductive Health and Rights in Canada » dans *Le Forum du Canada et des États-Unis sur la santé des femmes : Trousse de l'atelier.* Ottawa : Santé Canada. 35 pages.

MINGUY, CLAIRE. 1994. *Fiche d'information : La conciliation travail-famille.* Québec : Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec. 8 pages.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. 1999. *La politique familiale : un pas de plus vers l'épanouissement des familles et des enfants.* Québec : Gouvernement du Québec. 38 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1992. *La politique de la santé et du bien-être.* Québec : Gouvernement du Québec. 192 pages.

MOISAN, MARIE. 1999. *Le virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes.* Québec : Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec. 121 pages.

MOTARD, LOUISE et CAMILLE TARDIEU. 1990. *Les femmes ça compte.* Québec : Publications du Québec. 263 pages.

PERREAULT, MATHIEU. « La pilule à menstruations réduites sera sur le marché dans trois ans ». *La Presse,* 29 août 2000.

QUÉNIART, ANNE. 1990. « Maternité et prise en charge médicale : l'expérience de la solitude » dans *De l'expérience de la maternité à l'enceinte des technologies de procréation. Actes de la section d'études féministes du congrès de l'ACFAS.* Montréal : Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, p. 263-273.

RAMOISY, JACQUELINE. 1994. *Dossier-synthèse : Femmes, féminisme et famille.* Québec : Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec. 26 pages.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. 1998. *Actes du Forum pour la santé des femmes.* Montréal : RQASF. 48 pages.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. 1999. *Cadre de référence : La santé des femmes au Québec.* Montréal : RQASF. 31 pages.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES. 2000. *Grille thématique : Les menstruations,* Montréal : RQASF. 4 pages.

ROCHON, MADELEINE. 1997. *Taux de grossesse à l'adolescence, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge.* Québec : Service de la recherche, direction de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux. 38 pages.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. 1993. *Un avenir à partager... la politique en matière de condition féminine.* Québec : Gouvernement du Québec. 173 pages.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. 1997. *Un avenir à partager... Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises.* Québec : Gouvernement du Québec. 138 pages.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. 2000. *Un avenir à partager... Programme d'action 2000-2003, L'égalité pour toutes les Québécoises.* Québec : Gouvernement du Québec. 162 pages.

SERVICE À LA CONDITION FÉMININE. 1998. *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. 117 pages.

SIROIS, ALEXANDRE. « Québécois et Albertains : du pareil au même... ou presque! », *La Presse,* 9 septembre 2000.

TARDIF, FRANCE et CLAIRE THIBOUTOT. 1997. « La santé reproductive » dans *Qu'est-ce que le féminisme?* Montréal : Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine et Relais-femmes, p. 95-105.

TARDIF, FRANCE. 1993. « L'industrie pharmaceutique : grande "bénéficiaire" du contrôle de la population » dans *Le défi démographique : Accueillir les populations à venir comme une force au cœur du développement.* Montréal : revue Inter-Mondes, volume 8, numéro 4, p. 25-28.

ANNEXE

Petite histoire *des lois et des politiques concernant le planning des naissances au Québec*

1803 – Pour la première fois, on trouve une loi canadienne contre l'avortement : celui-ci constitue une offense mineure avant le cinquième mois de la grossesse; après ce délai, la peine capitale s'applique pour la femme et pour l'avorteuse.

1869 – La sanction contre l'avortement est rendue plus sévère : pour un avortement avant le cinquième mois, c'est l'emprisonnement à perpétuité pour la femme et pour l'avorteuse; si la femme a tenté de s'avorter seule, c'est sept ans de prison.

1892 – Le gouvernement canadien adopte une loi interdisant la distribution et la vente d'information et de matériel contraceptif ou abortif.

1936 – Un des procès les plus controversés au Canada : Dorothea Palmer, infirmière de 28 ans, est accusée d'avoir diffusé des renseignements sur la contraception dans des rencontres de cuisine à Eastview en Ontario. Elle est acquittée.

1955 – G.G. Pincus, un chercheur, découvre les premières hormones synthétiques qui vont permettre la fabrication de la pilule anticonceptionnelle qui inhibe l'ovulation. Cette découverte va changer profondément les comportements et attitudes envers la fertilité des femmes. Rapidement, le Québec sera atteint par cette révolution.

1967 – Il y a deux points de services francophones en planning à Montréal : la Clinique de planning familial de l'hôpital Notre-Dame, qui s'adresse à toute la population, et le Centre de planning familial du Québec. Le Centre constitue la première clinique de consultation psychosociale et médicale hors de l'hôpital subventionnée par le gouvernement du Québec. Le Centre assure aussi la formation des travailleuses et travailleurs de la santé. De 1967 à 1972, année de sa fermeture, il formera 2 000 personnes.

1968 – Publication de l'encyclique *Humanae Vitae* qui déclare que l'objectif du mariage est la reproduction, qu'on ne doit pas « empêcher la famille », mais la méthode Ogino (calendrier) est permise par l'Église.

Cependant, le mouvement de libération des femmes est bien amorcé; le Montreal Women's Liberation Mouvement publie le *Birth Control Handbook,* qui sera traduit en français en 1970 par le Front de libération des femmes du Québec sous le titre : *Pour un contrôle des naissances.*

1969 – Le gouvernement canadien adopte le *Bill Omnibus,* qui, en plus de permettre, entre adultes consentants, les rapports sexuels hétérosexuels à partir de 16 ans et homosexuels à partir de 18 ans, retire du *Code criminel* la loi interdisant la diffusion et la vente de contraceptifs et modifie les articles sur l'avortement. Les nouveaux articles 251 et 252 stipulent que l'avortement est un acte criminel sauf s'il est pratiqué dans un hôpital accrédité sous l'autorité d'un comité d'avortement thérapeutique composé de trois médecins. Pour accorder l'avortement, le comité doit pouvoir démontrer que la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la mère.

Au Canada, le gouvernement du Québec a été le premier à financer et encourager les organismes en planning familial. Dès 1967, le ministère de la Famille et du Bien-être du Québec finançait le Centre de planning familial du Québec, l'Association pour le planning des naissances de Montréal et la clinique de planification familial de l'hôpital Notre-Dame.

1970 – Le docteur Morgentaler est accusé, en vertu des articles 251 et 252 du *Code criminel,* d'avoir procuré un avortement illégal. Son premier procès aura lieu en 1973.

De la *Politique en planification familiale* (1972) aux *Orientations ministérielles en planification des naissances* (1996)

1972 – Suite à des pressions de divers organismes et à une opinion publique largement favorable, le gouvernement du Québec adopte une *Politique en planification familiale.* Cette politique est accompagnée d'un financement permettant d'engager des personnes-ressources pour s'occuper du Programme d'information préventive en milieu scolaire (PIPMS), pro-

gramme d'éducation sexuelle pour les niveaux secondaire, collégial et universitaire, dans les différentes régions du Québec.

De plus, « l'implantation de services d'information et de consultation au sein des CLSC permettra de rendre accessible à tous l'information nécessaire à l'exercice d'une paternité responsable. (...) l'implantation de services spécialisés de consultation médicale et psychosociale au sein des centres hospitaliers ou des Centres de services sociaux permettra par ailleurs de répondre aux besoins des personnes qui font face à des difficultés plus sérieuses » (Garcia, 1977).

Plusieurs points dans la mise en œuvre de la *Politique en planning familial* sont éclaircis entre 1972 et 1976 : les services de planning sont déclarés essentiels et prioritaires (mais ce n'est pas la seule priorité, précise-t-on en mars 1974); les Centres régionaux de la santé et des services sociaux ont à définir la problématique au niveau régional et faire des recommandations au ministère des Affaires sociales (anciennement ministère de la Famille et du Bien-être). Les établissements doivent donner des services directs.

1976 – En juillet 1976, le ministère des Affaires sociales (MAS) du Québec décide que pour les services de planning des naissances : « Le CLSC est l'établissement responsable de la distribution des services dans ce domaine à la population de son district, et, en conséquence, les sommes disponibles pour le développement des services seront octroyées aux CLSC. Pour les besoins qui ne peuvent obtenir une réponse sur une base externe ou pour tout autre besoin particulier, le CLSC pourra compter sur les services des ressources humaines compétentes qui œuvrent à l'intérieur des cliniques spécialisées de certains centres hospitaliers (CH). Les centres de services sociaux et les départements de santé communautaire continueront leur rôle au niveau de la population en milieu scolaire par l'intermédiaire des services sociaux et de santé en milieu scolaire » (Garcia, 1977).

La même année, le gouvernement québécois décide de cesser toute poursuite contre les médecins pratiquant des avortements en dehors des centres hospitaliers accrédités et libère le docteur Morgentaler des charges retenues contre lui.

DE 1972 À 1977 | LE QUÉBEC INVESTIT PRÈS DE DEUX MILLIONS $...

... dans le domaine du planning des naissances; le Canada produit et distribue massivement de la documentation; plusieurs fonds sont attribués, aux deux paliers de gouvernement, pour subventionner les services, la formation, les projets pilotes et la recherche.

QUELQUES STATISTIQUES :

- de **1967** à **1974**, le volume des ventes de pilule anticonceptionnelle augmente régulièrement, la vente de condoms et de spermicides a doublé et la vente de diaphragmes, qui est au sommet de sa popularité en **1969**, diminue énormément.
- En **1972**, on a vendu 7 266 stérilets, alors qu'en **1976**, on en a vendu 41 422.
- En **1972**, on a fait 15 329 vasectomies et 12 233 ligatures, alors qu'en **1976**, il y a eu 7 771 vasectomies et 24 237 ligatures.

1977 – Le ministère des Affaires sociales annonce la mise sur pied des cliniques spécialisées (clinique Lazure) dans les centres hospitaliers pour l'infertilité, l'avortement, les consultations en sexualité. Il prévoit 21 cliniques spécialisées réparties dans toutes les régions.

Claude Garcia, sous-ministre à la Direction générale de la planification au ministère des Affaires sociales, déclare : « La possibilité pour le couple ou l'individu de fixer et de réaliser en toute autonomie l'usage qu'il décide de faire de ses capacités de reproduction compte parmi les conditions de vie et les droits élémentaires dont doit bénéficier tout citoyen du Québec. Une telle vision de la planification des naissances en fait donc d'abord une question de libre choix personnel à favoriser pour tous.

« Ainsi à l'égard de la période qui précède la décision du couple ou de l'individu, les pouvoirs publics ont la responsabilité de créer des conditions telles que ce choix puisse être fait avec un maximum de liberté, de lucidité et d'épanouissement » (Garcia, 1977).

De 1976 à 1978 | Petit bilan des services

- En **1976,** 27 CH sur 95 ont un Comité d'avortement thérapeutique (CAT); 14 de ces CAT sont fonctionnels : six francophones et huit anglophones.
- En **1976,** 97,6 % des avortements se font à Montréal et 93 % de ceux-ci en milieu anglophone.
- En **1978,** 11 CLSC sur 74 ont des cliniques de planning des naissances, répartis dans quatre régions : Outaouais, Montréal, Québec, Saguenay—Lac-Saint-Jean.

1980 – Malgré ces percées et ces investissements, une recherche réalisée par la Coalition nationale pour l'avortement libre et gratuit, *L'avortement : résistance tranquille des pouvoirs hospitaliers,* fait ressortir les constats suivants sur les services de planning offerts dans le réseau public : la médicalisation de la contraception; le contrôle de l'information par les médecins et les spécialistes selon leur morale; la difficulté d'avoir accès aux services; le coût élevé des méthodes de contraception (l'exemple du stérilet est notoire); les disparités régionales dans la disponibilité des services; etc. Cette recherche révèle aussi que le financement donné aux centres hospitaliers pour l'avortement et les comités d'avortement thérapeutique n'est pas utilisé à ces fins.

1985 – Début de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux au Québec, la Commission Rochon (présidée par Jean Rochon). Cette commission présente plusieurs recommandations au gouvernement du Québec pour améliorer les services de santé et les services sociaux.

1987 – Le gouvernement du Québec décide de revoir l'organisation des services en planification des naissances et d'identifier des priorités à la lumière des besoins de la population.

1988 – La Cour suprême du Canada déclare que les articles 251 et 252 du *Code criminel* vont à l'encontre des droits et libertés garantis à la femme par la Charte constitutionnelle. L'avortement n'est plus un acte criminel au Canada.

Suite à ce jugement, la ministre de la Santé du Canada, Diane Marlow, interroge les provinces sur les services d'avortement offerts. Selon elle, depuis le jugement de la Cour suprême du Canada, l'avortement est un service médicalement requis.

1989 – Le gouvernement du Québec met de côté la révision de l'organisation des services de planning pour entreprendre sa vaste réforme des services de santé et des services sociaux.

1990 – Le Chambre des communes adopte le projet de loi C-43 qui vise à recriminaliser l'avortement. En janvier 1991, le Sénat canadien rejette ce projet avec un vote de 43 pour et 43 contre. L'avortement n'est toujours pas un acte criminel au Canada.

1992 – La Loi 120, qui transforme les structures de gestion du réseau de la santé et des services sociaux, est adoptée par l'Assemblée nationale. Le processus de régionalisation est mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, anciennement ministère des Affaires sociales). Il se traduit par la transformation de la mission de la structure régionale. Les 16 régies régionales de la santé et des services sociaux ont pour mandat de planifier, organiser, mettre en œuvre et évaluer les programmes de santé et des services sociaux élaborés par le ministère. Les régies voient à fixer les priorités en fonction des particularités de leur région, elles élaborent les plans d'organisation des services, y allouent les budgets nécessaires et assurent la coordination des activités entre les établissements et les organismes du milieu.

Parmi les concepts-clés du nouveau modèle de gestion du réseau se trouvent la gestion par résultats, l'approche populationnelle ou épidémiologique, les programmes-clientèles, la réduction des coûts et la lutte au déficit. Cette transformation du ministère orientera les politiques et actions gouvernementales en santé qui seront adoptées à partir de 1992.

1992 – Première consultation sur les orientations en planification des naissances, à partir du document *Éléments d'orientation en planification des naissances : priorités d'action et organisation des services.* Les principaux constats que révèle ce document sont : le gouvernement québécois a investi 17,5 millions de dollars pour les services en planning en 1988-1989;

en 1980, le taux de grossesse à l'adolescence était de 12,5/1 000 et en 1990 il est passé à 19,1/1 000, ce taux est plus élevé en milieu défavorisé; le taux élevé de stérilisation est considéré inquiétant, 52 % des hommes et des femmes qui ont plus de trente ans sont stérilisés; on note une augmentation des maladies transmises sexuellement; depuis 1980 les ressources affectées au planning des naissances stagnent ou régressent; il y a plusieurs difficultés liées à la concertation régionale et à l'absence de lignes directrices concernant la répartition des rôles entre les établissements; il y a inégalité des services offerts entre les régions.

1995 – Le gouvernement adopte des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances,* avec trois priorités d'action : réduire le taux de grossesses à l'adolescence dans les milieux défavorisés, particulièrement dans les régions Montréal-Centre et Montérégie; améliorer l'accessibilité des services d'avortement pour les grossesses tardives (on prévoit un point de services suprarégional dans la région de Québec pour les avortements de deuxième trimestre); rendre accessibles des services d'avortement dans la région Chaudière-Appalaches. Aucun budget additionnel n'accompagnait la sortie des *Orientations,* sauf pour la réalisation des trois priorités d'action. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, donne une année aux régies régionales pour déposer au MSSS leur plan d'action en matière de planification des naissances.

1999 – Seulement sept régies régionales sur seize ont fait parvenir leur plan d'action au MSSS. La régie régionale de Chaudière-Appalaches n'a toujours pas formé le comité prévu pour la mise sur pied de services d'avortement dans sa région.