

Étude

L'avortement au Québec :
état des lieux
au printemps 2008

Septembre 2008

Cette étude a été adoptée lors de la 220^e assemblée des membres du Conseil du statut de la femme, le 13 juin 2008.

Les membres du Conseil sont Christiane Pelchat, présidente, Catherine des Rivières-Pigeon, Roxane Duhamel, Francine Ferland, Carole Gingras, Guylaine Hébert, R'kia Laroui et Charlotte Thibault.

Le Conseil du statut de la femme est un organisme de consultation et d'étude créé en 1973. Il donne son avis sur tout sujet soumis à son analyse relativement à l'égalité et au respect des droits et du statut de la femme. L'assemblée des membres du Conseil est composée de la présidente et de dix femmes provenant des associations féminines, des milieux universitaires, des groupes socio-économiques et des syndicats.

Recherche et rédaction

Mariangela Di Domenico

Soutien technique

Francine Bérubé

Révision linguistique

Hélène Dumais

Éditeur

Conseil du statut de la femme
Direction des communications
800, place D'Youville, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 6E2
Téléphone : 418 643-4326 ou 1 800 463-2851
Télécopieur : 418 643-8926
Internet : www.csf.gouv.qc.ca
Courrier électronique : publication@csf.gouv.qc.ca

Toute demande de reproduction totale ou partielle doit être faite au Service de la gestion des droits d'auteur du gouvernement du Québec à l'adresse suivante : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
ISBN : 978-2-550-54062-5 (Version imprimée)
ISBN : 978-2-550-54063-2 (Version électronique)
© Gouvernement du Québec

Ce document est imprimé sur du papier recyclé contenant 30 % de fibres postconsommation.

SOMMAIRE

Depuis sa création en 1973, le Conseil du statut de la femme situe la question de l'avortement dans une perspective d'égalité entre les femmes et les hommes. Il est d'avis que, en vertu des droits fondamentaux de liberté, de sécurité et d'intégrité conférés par la Charte canadienne des droits et libertés et la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, l'État a le devoir d'éliminer tout obstacle ou toute contrainte qui nuirait à cette offre de services. Compte tenu des enjeux importants liés à cette question, le Conseil a maintenu au fil des années une veille sérieuse sur l'accessibilité aux services d'avortement, sur leur financement et sur la prestation régionale de services. En ce sens, il dresse ici un état des lieux sur la question de l'avortement au Québec au printemps 2008 et fait ressortir d'importants constats.

En 2006, chaque région administrative du Québec, à l'exception des Terres-Cries-de-la-Baie-James, met à la disposition des femmes au moins une ressource qui offre les services d'avortement. Dans la région de Montréal, on effectue près de 40 % de l'ensemble des avortements; elle est suivie de la région de la Montérégie, avec 15 %. La part de chacune des autres régions dépasse rarement 5 %. Qui plus est, l'examen de tous les codes d'acte confondus laisse voir que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a payé, la même année, 28 198 avortements; 92 % de ceux-ci sont de premier trimestre. La presque totalité des grossesses de premier ou de deuxième trimestre ont été interrompues par des méthodes chirurgicales reconnues pour être légères. Toutefois, l'examen de certaines données régionales soulève l'inquiétude du Conseil. C'est le cas, notamment, dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Chaudière-Appalaches, où il y a davantage d'avortements de 14 semaines et plus pratiqués par induction (méthode non légère) plutôt que par voie chirurgicale.

Si, de manière générale, la fréquence des avortements a connu peu de variation à travers les années, il en va autrement du côté des fournisseurs de ce service. À cet égard, pendant la période 2002-2006, le nombre d'avortements pratiqués en centre local de services communautaires (CLSC) a augmenté de 83 %, tandis qu'il a connu une hausse de 5,5 % en centre de santé des femmes. Par contre, il a diminué de 26 % en clinique médicale. C'est aussi le cas des centres hospitaliers, où l'on observe une baisse de 9 %, mais ceux-ci demeurent néanmoins les principaux fournisseurs de services en cette matière.

Outre le fait que ces statistiques permettent d'estimer les besoins des femmes, d'autres points restent à explorer. En ce sens, le Conseil a notamment observé qu'à ce jour les avortements itératifs ont rarement fait l'objet d'études et de recherches. Pourtant, certains articles scientifiques établissent des liens troublants entre le recours répété à l'avortement et la violence, tant psychologique que sexuelle ou physique, que subissent les femmes. De la même façon, les avortements par médication demeurent difficiles à chiffrer et à caractériser.

Le Conseil dresse également un portrait des événements qui ont mené à la gratuité des services d'avortement dans les cliniques médicales. Il s'est aussi intéressé à la manière

dont les fournisseurs des réseaux public, communautaire et privé redéployent leurs services sous l'effet d'un nouveau cadre législatif et administratif conséquent à l'adoption du projet de loi n° 33, modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, en décembre 2006, et depuis la prépublication du projet de règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé (CMS) en novembre 2007.

Si le Conseil se réjouit de la gratuité des avortements, qu'il réclame expressément depuis 1992, il appréhende cependant les effets, plus préoccupants encore, que pourrait avoir la nouvelle législation. En effet, le Conseil constate qu'il n'y a aucune garantie de pérennité des ententes administratives qui lient présentement les centres de santé communautaire et les cliniques médicales avec leur agence respective. Si les parties n'arrivent pas à se mettre d'accord au moment du renouvellement des ententes, les femmes devront peut-être payer de nouveau le coût de l'avortement en centre de santé ou en clinique médicale, alors que le réseau public ne sera pas davantage en mesure d'offrir les services attendus. Cette situation se manifeste dans le cas des ententes administratives qui ont cours actuellement, et elle se posera également dans le cas de celles qui seront conclues avec les CMS. Ainsi, le Conseil juge pour le moment que, en l'absence de meilleures garanties, l'offre de services d'avortement dans ce nouveau type d'installation met en danger la prestation des services.

Par conséquent, le Conseil estime qu'il est important de mettre en évidence l'obligation qu'a le réseau public de continuer à se doter des ressources humaines, matérielles et financières suffisantes en matière de planification des naissances. Les Québécoises pourraient ainsi continuer à bénéficier d'une gamme complète et diversifiée de fournisseurs de services de première ligne permettant une liberté de choix.

Enfin, le Conseil souhaite fortement faire valoir que les femmes qui ont payé le coût de leur avortement depuis le début des années 1970, en raison de l'incapacité du réseau public de le leur offrir gratuitement, ont subi une injustice profonde. Elles ont dû affronter un système à deux vitesses, et ce, bien avant l'ensemble de la population. Selon le Conseil, il importe désormais que l'accessibilité aux services d'avortement soit réalisée selon des modalités uniformes.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER – LES AVORTEMENTS AU QUÉBEC : FRÉQUENCE SELON DIVERS PARAMÈTRES	13
1.1 La fréquence des avortements en 2006 : quelques données générales	13
1.2 La fréquence des avortements selon la méthode utilisée	15
1.3 La fréquence des avortements selon la classe d'âge.....	17
1.4 L'incidence de la violence sur les avortements itératifs	18
1.5 Les avortements par médication.....	19
1.6 En résumé.....	21
CHAPITRE II – L'ORGANISATION DES SERVICES D'AVORTEMENT	23
2.1 L'organisation des services d'avortement : une vue d'ensemble.....	23
2.2 La fréquence des avortements selon le type d'établissement	24
2.3 L'amélioration de l'offre de services en CLSC	25
2.3.1 Le succès mitigé des <i>Orientations ministérielles en matière de planification des naissances</i>	27
CHAPITRE III – LE NOUVEAU CONTEXTE DE LA PRESTATION DES SERVICES D'AVORTEMENT	29
3.1 La spécificité montréalaise.....	29
3.2 Le cadre législatif : les modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le projet de loi n° 33.....	30
3.2.1 L'encadrement administratif	31
3.3 Le projet de règlement sur les Traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé.....	33

3.4	Les enjeux et les perspectives	35
3.4.1	Les effets prévisibles sur les établissements publics	36
3.4.2	Les effets prévisibles sur les cliniques médicales	37
3.4.3	Les effets prévisibles sur les ressources communautaires	37
3.5	Une brèche dans le principe de l'accessibilité aux soins selon des modalités uniformes.....	38
3.6	Les conséquences prévisibles sur les femmes	39
CHAPITRE IV – LA SITUATION SUR LA SCÈNE FÉDÉRALE.....		41
4.1	Des menaces sérieuses et répétées aux droits des femmes	41
4.2	L'utilisation du cadre législatif fédéral pour contrer l'autonomie reproductive des femmes.....	42
4.3	Les positions antérieures du Conseil : toujours d'actualité.....	43
4.3.1	L'accès aux services d'avortement : une question d'égalité entre les sexes.....	44
CONCLUSION.....		47
ANNEXE –	Fréquence des avortements payés à l'acte pendant la période 2002-2006 selon le type d'établissement pour les régions de l'Outaouais et de la Mauricie-Centre-du-Québec – Québec, 2007	49
BIBLIOGRAPHIE.....		51

L I S T E D E S T A B L E A U X

TABLEAU 1 –	Fréquence des avortements payés à l’acte au Québec en 2006 selon la région – Québec, 2007	14
TABLEAU 2 –	Fréquence des avortements payés à l’acte pendant la période 2002-2006 selon le code d’acte pour l’ensemble du Québec – Québec, 2007	17
TABLEAU 3 –	Fréquence des avortements payés à l’acte, au Québec en 2006, selon la classe d’âge et selon la méthode utilisée – Québec, 2007	18
TABLEAU 4 –	Répartition des types d’établissements offrant les services d’avortement selon la région par rapport à la répartition totale des types d’établissements par région – Québec, 2007	23
TABLEAU 5 –	Fréquence des avortements payés à l’acte pendant la période 2002-2006 selon le type d’établissement pour l’ensemble des régions du Québec – Québec, 2007	25
TABLEAU 6 –	Fréquence des avortements payés à l’acte pendant la période 2002-2006 selon le type d’établissement pour la région de Montréal – Québec, 2007	29

INTRODUCTION

Vestiges d'un développement erratique, insuffisant et parfois contraint dans le réseau public de santé, les services d'avortement se sont implantés, dans une certaine illégalité au cours des années 1970, dans les réseaux communautaire et privé, mais aussi dans le réseau public des centres locaux de services communautaires un peu plus tard, au début des années 1980. Rappelons qu'en 1969, le projet de loi appelé « bill omnibus¹ » balisait la pratique de l'avortement tout en lui conférant un caractère criminel si les prescriptions prévues dans l'article 251 du Code criminel n'étaient pas respectées : celles-ci exigeaient que les avortements soient uniquement effectués, du moins jusqu'en 1988, dans les centres hospitaliers qui avaient mis sur pied un comité d'avortement thérapeutique.

Au Québec, c'est seulement en 1977, soit huit années après la légalisation de l'avortement, que le Conseil des ministres annonce l'implantation des centres de planification des naissances dans les hôpitaux. Connus sous l'appellation de « cliniques Lazure », ces centres ont la responsabilité d'effectuer des avortements pourvu que trois médecins siégeant au comité d'avortement thérapeutique de l'hôpital aient donné leur assentiment aux femmes qui en font la demande, tel que cela est prescrit par la législation canadienne. Toujours au même moment, soit en 1977, sur la scène fédérale, la commission Badgley² remet un rapport accablant sur l'accessibilité aux services d'avortement. Constatant que seulement 20 % des hôpitaux canadiens ont mis sur pied des comités d'avortement thérapeutique, que les critères d'acceptation ou de refus sont complètement aléatoires et varient d'un comité à un autre et que les délais de réponse sont trop longs, le rapport conclut à l'arbitraire du processus, à l'inégalité des ressources et à la nécessité absolue d'augmenter l'accessibilité à ces services. En 1978, le Conseil du statut de la femme³, dans son document *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, constate la rareté, voire l'inexistence, des ressources d'avortement dans la plupart des régions du Québec, à l'exception de celles qui sont présentes sur le territoire montréalais où la presque totalité des avortements (98 %) du Québec y sont pratiqués, dont 93 % dans le milieu anglophone.

¹ Le 14 mai 1969, le bill omnibus du gouvernement fédéral modifie les articles du Code criminel qui portent sur l'avortement, l'attentat à la pudeur, les loteries, la conduite avec les facultés affaiblies, les armes à feu et la réforme pénale. Se reporter à : <http://page.infinet.net/histoire/omnibus.html>.

² Se reporter à : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/CIR/8910-f.html>.

³ Conseil du statut de la femme, *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, Québec, le Conseil, 1978, p. 92.

Ce mode d'implantation chancelant a laissé des contrecoups qui auront des répercussions sur la prestation des services d'avortement jusqu'à aujourd'hui. Dans ses différents avis⁴ portant sur la planification des naissances, y compris l'avortement, le Conseil a fait ressortir les caractéristiques suivantes :

- l'inégalité et la disparité régionale des ressources du réseau public;
- le rôle complémentaire des cliniques médicales dans la prestation des services d'avortement en général, mais surtout dans ceux de deuxième trimestre de grossesse;
- la lourdeur de la procédure médicale et administrative à laquelle les femmes doivent se soumettre;
- la lenteur des établissements publics à organiser les services de planification des naissances;
- les tentatives répétées de criminalisation de l'avortement;
- les sommes importantes que les Québécoises doivent payer pour avoir accès aux services de première ligne dans le domaine de la santé reproductive.

Reconnaissant néanmoins que le réseau public devait améliorer ses services et que l'apport des réseaux communautaire et privé en matière de prestation de services d'avortement était incontournable, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publie, en 1995, ses *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*⁵. Celles-ci font état de la complémentarité entre les fournisseurs publics, privés et communautaires de services d'avortement et fondent leur pratique à l'intérieur des principes que sont la liberté et la responsabilité des femmes et des hommes en matière de procréation, leur intégrité physique et l'accessibilité universelle et gratuite des services. Toutefois, ce dernier principe ne se matérialisera pas et cette situation conduira l'Association pour l'accès à l'avortement à entamer des poursuites en recours collectif afin que les montants payés par les femmes qui recourent à un avortement en clinique médicale ou au Centre de santé des femmes de Montréal leur soient remboursés.

Par la suite, le 17 août 2006, le jugement de la Cour supérieure du Québec statue sur le bien-fondé de la gratuité des services d'avortement lorsqu'ils sont offerts dans les cliniques médicales et au Centre de santé des femmes de Montréal. Finalement, depuis

⁴ Conseil du statut de la femme, *La question de l'avortement au Québec*, [recherche et rédaction : Suzanne Fontaine, Éric Laplante et Marie Rinfret], Québec, le Conseil, 1988, 48 p.; Conseil du statut de la femme, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, le Conseil, 1992, 51 p.; Conseil du statut de la femme, *Commentaires du Conseil du statut de la femme sur les Orientations ministérielles en planification des naissances*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, le Conseil, 1996, 27 p.

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, [l'élaboration du contenu de ce document a été coordonnée jusqu'en juin 1995 par la Direction générale des programmes en collaboration avec le Service à la condition féminine; la mise à jour et la révision finale ont été effectuées par la Direction générale de la planification et de l'évaluation], Québec, le Ministère, 1995, 32 p.

le 14 janvier 2008, les femmes n'ont plus à payer des montants allant de 40 \$ à 375 \$ lorsqu'elles recourent aux services d'avortement de premier trimestre dans ces installations.

Compte tenu des enjeux qui touchent directement le droit à l'égalité entre les femmes et les hommes, l'accès aux services de première ligne d'avortement, leur financement gratuit et leur prestation régionale ont préoccupé le Conseil depuis sa création et continuent d'y soulever des inquiétudes au printemps 2008. Dans le présent document, le Conseil veut examiner les derniers changements et les modifications législatives qui balisent la pratique de l'avortement dans le réseau public de santé, mais aussi dans les réseaux des centres de santé des femmes et des cliniques médicales. Ainsi, il veut mettre en relief la manière dont ces fournisseurs de services sont en train de se restructurer et de se redéployer depuis l'adoption du projet de loi n° 33, en décembre 2006, et depuis la prépublication du projet de règlement Traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, en novembre 2007. D'ailleurs, ce règlement, même à l'état de projet, a des effets bien réels sur les orientations et l'évolution de la pratique des avortements. En fait, il influe déjà sur l'accessibilité à ces services.

Tout en se réjouissant de la gratuité des services d'avortement qu'il réclame expressément depuis 1992, le Conseil observe que les récentes réformes du système de santé soulèvent des débats qui touchent des enjeux propres à l'avortement, mais qui le dépassent aussi. Or, le projet de règlement voulant que la prestation des services d'avortement se fasse dorénavant en CMS, n'offre pas, de l'avis du Conseil, toutes les garanties d'une accessibilité gratuite et universelle pas plus qu'il n'assure à la population féminine un accès égal aux mêmes services, dans les mêmes installations et aux mêmes conditions. Aussi, les dangers de désengagement de l'État dans la prestation des services d'avortement sont réels. Rappelons que ce projet de règlement mentionne nommément l'avortement et l'encadre dans une nouvelle catégorie d'installation sociosanitaire, soit les CMS. Ceux-ci sont des lieux privés de pratique différents des établissements publics, des cliniques médicales et des centres de santé communautaire.

Dans le premier chapitre, le Conseil examinera les réalités chiffrées de l'avortement. Les tableaux statistiques donnent, en quelque sorte, la mesure des besoins des femmes en matière d'avortement et sont surtout révélateurs de la stabilité de l'occurrence de cet acte médical au cours des cinq dernières années.

Le deuxième chapitre portera sur l'organisation des services d'avortement. Le Conseil exposera diverses données statistiques, entre autres, sur la fréquence des avortements selon le type d'installation afin de dégager les fluctuations qui se sont produites chez les fournisseurs de ces services pendant la période 2002-2006.

Le troisième chapitre, quant à lui, traitera des plus récents développements en matière d'encadrement législatif et administratif de l'avortement. Il propose de se pencher, notamment, sur le type d'entente susceptible de lier les cliniques médicales et les ressources communautaires et le MSSS pour que l'accessibilité aux soins d'avortement soit assurée selon des modalités uniformes et gratuites pour toutes les femmes.

Enfin, le quatrième et dernier chapitre fournira au Conseil l'occasion de rappeler ses positions sur les tentatives de criminalisation de l'avortement qui ont présentement lieu sur la scène fédérale.

CHAPITRE PREMIER

LES AVORTEMENTS AU QUÉBEC : FRÉQUENCE SELON DIVERS PARAMÈTRES

Quand il est question de chiffrer les avortements effectués au Québec, le Conseil fait montre d'une grande prudence. Cette attitude tient à la difficulté, voire l'impossibilité, d'obtenir le décompte exact de cet acte médical, puisque les statistiques sur lesquelles se bâtissent les tableaux du Conseil proviennent des fichiers des codes d'acte médical de la RAMQ. Rappelons que cet organisme est avant tout un agent payeur et non un agent statisticien; de ce fait, un certain nombre d'avortements pratiqués en CLSC par des médecins payés sur une base hebdomadaire ou à vacation sont exclus de ses fichiers. En plus de cette sous-évaluation, il y a celle qui est consécutive aux avortements interrompus par médication et aussi celle qui est imputable à la transcription faite par le médecin lui-même : une erreur quelconque dans son formulaire de facturation entraînera nécessairement des inexactitudes dans les compilations statistiques de la RAMQ. Aux prises avec les mêmes difficultés, l'Institut de la statistique du Québec estime, dans une de ses études⁶, que l'écart entre le nombre réel d'avortements pratiqués et celui qui est comptabilisé s'établit à 6 %.

Bien qu'il l'ait recommandé antérieurement⁷, le Conseil constate aujourd'hui encore qu'aucun organisme ne se consacre expressément à la recherche et à la collecte scientifique de données sur la santé reproductive de la population québécoise; à défaut d'une telle instance, selon lui, ces imprécisions perdureront et obligeront à s'en tenir à une approximation. En conséquence, la plus grande prudence est de mise dans l'interprétation des données puisque le portrait obtenu ne peut être que partiel. De plus, cette inadéquation relative biaisera à son tour les principaux indicateurs⁸ de l'avortement, les évaluations portant sur la conformité des services avec les besoins des femmes et les politiques en matière de santé publique.

1.1 LA FRÉQUENCE DES AVORTEMENTS EN 2006 : QUELQUES DONNÉES GÉNÉRALES

Tous codes d'acte confondus, les avortements payés par la RAMQ au Québec en 2006 se chiffrent à 28 198 (tableau 1). À noter que 92 % de ceux-ci (25 935) sont survenus avant la 14^e semaine de gestation. Quant aux 2 263 avortements de 14 semaines et plus⁹, ils représentent 8 % de l'ensemble des avortements.

⁶ Institut de la statistique du Québec, *Données sociales du Québec : édition 2005*, Québec, l'Institut, 2005, p. 5.

⁷ Conseil du statut de la femme, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, op. cit.

⁸ Les deux principaux indicateurs généralement utilisés sont les suivants : le premier est établi d'après le nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans et le second, d'après le nombre d'avortements pour 100 naissances.

⁹ Les avortements de deuxième trimestre sont comptabilisés par les codes 6941 et 6948.

TABLEAU 1 – Fréquence des avortements payés à l'acte au Québec en 2006 selon la région – Québec, 2007*

Région	Méthode utilisée (code d'acte)**										Total	
	6451		6908		6909		6941		6948			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bas-Saint-Laurent		---	2	3,03	296	1,15	11	0,65	6	1,01	315	1,11
Saguenay-Lac-St-Jean	44	25,14	8	12,12	524	2,03	33	1,97	16	2,71	625	2,21
Québec	4	2,28	22	33,33	1 746	6,79	122	7,29	53	8,98	1 947	6,90
Mauricie-Centre-du-Québec	15	8,57	5	7,57	977	3,80	86	5,14	32	5,42	1 115	3,95
Estrie	2	1,14	---	---	823	3,20	80	4,78	8	1,35	913	3,23
Montréal-Centre	23	13,14	4	6,06	9 898	38,52	577	34,48	175	29,66	10 677	37,86
Outaouais	5	2,85	---	---	1 290	5,02	57	3,40	9	1,52	1 361	4,82
Abitibi-Témiscamingue	5	2,85	---	---	197	0,76	5	0,29	20	3,38	227	0,80
Côte-Nord	1	0,57	5	1,12	288	1,12	23	1,37	8	1,35	325	1,15
Nord-du-Québec, Nunavik et Terres- Cries-de-la-Baie-James	---	---	3	4,54	62	0,24	33	1,97	6	1,01	104	0,36
Gaspésie-Îles-de-la- Madeleine	1	0,57	2	3,03	82	0,31	8	0,47	8	1,35	101	0,35
Chaudière-Appalaches	4	2,28	12	18,18	706	2,74	34	2,03	38	6,44	794	2,81
Laval	6	3,42	---	---	1 532	5,96	75	4,48	31	5,25	1 644	5,83
Lanaudière	9	5,14	---	---	1 442	5,61	122	7,29	21	3,55	1 594	5,65
Laurentides	51	29,14	2	3,03	1 613	6,27	98	5,85	16	2,71	1 780	6,31
Montérégie	5	2,85	1	1,51	4 218	16,41	309	18,46	143	24,23	4 676	16,58
Ensemble du Québec Total N	175		66		25 694		1 673		590		28 198	
Total %	0,62		0,23		91,1		5,93		2,09		100,00	

* Compilation du Conseil du statut de la femme à partir des fichiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Régie de l'assurance maladie du Québec, Direction adjointe des services à la clientèle, *Nomenclature sur le nombre et coût de certains actes (avortements) par région et groupe d'âge, pratiqués par l'ensemble des médecins, rémunération à l'acte, Québec, 2002-2006.*

** Codes d'acte :

- 6451 Stérilisation toutes méthodes avec avortement.
- 6908 Avortement par extraction menstruelle.
- 6909 Avortement par dilatation - aspiration - curetage.
- 6941 Avortement thérapeutique à partir de la 14^e semaine par aspiration - curetage - évacuation (date d'entrée en vigueur, le 1^{er} août 1996).
- 6948 Avortement thérapeutique à partir de la 14^e semaine - induction toutes méthodes.

À elle seule, la région de Montréal totalise presque 40 % de l'ensemble des grossesses interrompues en 2006 et la Montérégie en compte un peu plus de 15 %; toutes proportions gardées, à l'autre extrême de ce spectre, les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (0,35 %) et de l'Abitibi-Témiscamingue (0,80 %) se démarquent en laissant voir un très faible volume d'avortement. Ailleurs, la part de chacune des régions représente rarement plus de 5 % de l'ensemble des avortements effectués au Québec en 2006.

Le tableau 1 démontre aussi que toutes les régions qui disposent de ressources en matière d'avortement sont en mesure d'intervenir à des stades de gestation de 14 semaines et plus. Les codes d'acte de la RAMQ ne permettent pas de situer avec précision les interventions faites à toutes les semaines du deuxième trimestre, mais en dehors des régions de Montréal, de l'Estrie et de Québec, les ressources des autres régions interviennent rarement à des stades de gestation de 16 semaines et plus, sauf dans les cas d'urgence.

Cette situation permet de comprendre que des corridors¹⁰ de services aient été établis dans ces trois régions afin d'assurer l'accessibilité aux avortements de deuxième trimestre. Un centre de coordination posté au Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance à Montréal est responsable, depuis le début des années 2000, de la coordination intrarégionale et suprarégionale de ces services. À noter le rôle déterminant tenu par les cliniques médicales, et ce, depuis les années 1970, dans la prestation des services de deuxième trimestre. D'ailleurs, advenant l'incapacité temporaire du réseau public d'offrir ces services, l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal dirige vers elles des usagères. Le coût inhérent aux interruptions de grossesse de deuxième trimestre est entièrement pris en charge par le réseau public.

Pour les grossesses de 25 semaines et plus, les services ne sont disponibles qu'à l'extérieur du Québec, dans certaines cliniques de New York et d'Orlando, aux États-Unis; c'est alors l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal qui agit comme intermédiaire auprès des femmes qui nécessitent ces soins qui sont aussi pris en charge par le réseau public.

1.2 LA FRÉQUENCE DES AVORTEMENTS SELON LA MÉTHODE UTILISÉE

La presque totalité (98 %)¹¹ des 28 198 grossesses de premier et de deuxième trimestre ont été interrompues par des méthodes chirurgicales reconnues pour être légères comme

¹⁰ Les corridors de services s'inscrivent à l'intérieur du principe de la hiérarchisation des soins qui a pour objet, entre autres, de faciliter le cheminement d'une usagère ou d'un usager entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne. Si la taille ou la mission d'un centre de santé et de services sociaux l'empêchent d'offrir la gamme complète de services spécialisés, il doit conclure de façon officielle des ententes de services avec d'autres établissements de son territoire ou hors de celui-ci afin qu'un accès à ces services soit assuré dans les délais requis. Pour ce faire, il doit aussi y avoir mise en place d'un mécanisme officiel de référence capable d'assurer l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à sa population.

¹¹ Ce pourcentage a été établi par l'addition des codes 6451, 6908, 6909 et 6941.

la dilatation-aspiration, la dilation-extraction et l'extraction menstruelle. Cette dernière reste une méthode peu utilisée, bien que, pendant la période 2002-2006, elle ait décuplé.

En 2006, on a utilisé la méthode d'induction par voie veineuse ou intra-utérine dans à peine un peu plus de 2 % des avortements de 14 semaines et plus; toutes proportions gardées, en 1992, l'étude menée par le Conseil établit que 58 % des avortements de deuxième trimestre étaient induits¹². Tout en se réjouissant des progrès faits, le Conseil rappelle que l'induction reste une solution de rechange à l'approche chirurgicale, généralement pour les grossesses de plus de 20 semaines. Cette méthode nécessite une hospitalisation de quelques jours et est associée à un risque accru de complications, comme en font état les lignes directrices publiées par le Collège des médecins du Québec en 2004¹³. Aussi, l'examen de certaines données régionales inquiète le Conseil lorsqu'il constate que dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Chaudière-Appalaches, il y a plus d'avortements de 14 semaines et plus pratiqués par induction que par chirurgie alors que dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, il y en a autant qui sont pratiqués par l'une ou l'autre de ces méthodes.

Enfin, le Conseil a des raisons de croire que la pratique de la stérilisation tubaire après un avortement est de plus en plus délaissée par les femmes : en effet, de 2002 à 2006, cette intervention a connu une décroissance constante et régulière et en 2006, c'est presque 50 % de moins de femmes qui ont eu recours à la stérilisation après un avortement (tableaux 1 et 2). Plusieurs des intervenantes et des intervenants du Comité de vigilance¹⁴ sont d'avis que ce phénomène est apparu au fur et à mesure que les femmes privilégiaient le dispositif intra-utérin Mirena posé juste après l'avortement. Ce stérilet est en train de devenir une solution de rechange non chirurgicale à une procédure comme la stérilisation tubaire.

C'est ainsi que, en 2006, 175 femmes ont opté pour une stérilisation tubaire en même temps qu'un avortement. Cette intervention est un choix retenu principalement par les femmes de 30 ans et plus; le tableau 1 montre d'ailleurs que l'occurrence de cette intervention est significativement élevée dans les régions des Laurentides et du Saguenay-Lac-Saint-Jean, où plus de 54 % de ces actes ont lieu dans ces deux seules régions.

¹² Ce calcul est fait à partir du tableau 1 présenté dans : Conseil du statut de la femme, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, op. cit., p. 10.

¹³ Collège des médecins du Québec, *L'interruption volontaire de grossesse : lignes directrices du Collège des médecins du Québec*, Montréal, le Collège, 2004, p. 11.

¹⁴ Le Comité de vigilance a été formé au cours des années 1980 à des fins de formation et de perfectionnement professionnels. Il s'agit d'un regroupement officieux d'intervenantes et d'intervenants en planification des naissances venant des réseaux tant public que communautaire ou privé. Aux États-Unis, la National Abortion Federation (NAF) est une référence incontournable en matière de formation pour les intervenantes et les intervenants en avortement. Plusieurs intervenantes et intervenants québécois sont membres de la NAF et suivent les formations ainsi que les protocoles d'intervention de cette institution américaine.

TABLEAU 2 – Fréquence des avortements payés à l’acte pendant la période 2002-2006 selon le code d’acte pour l’ensemble du Québec - Québec, 2007*

Année	Méthode utilisée (code d’acte)											
	6451		6908		6909		6941		6948		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2006	175	0,62	66	0,23	25 694	91,1	1 673	5,9	590	2,1	28 198	100
2005	237	0,84	25	0,09	25 617	91,2	1 627	5,8	574	2,0	28 080	100
2004	283	0,96	9	0,03	26 996	91,6	1 615	5,5	557	1,9	29 460	100
2003	264	0,89	9	0,03	26 920	91,5	1 651	5,6	585	2,0	29 429	100
2002	344	1,18	6	0,02	26 451	90,8	1 614	5,5	725	2,5	29 140	100

* Compilation du Conseil du statut de la femme à partir des fichiers de la Régie de l’assurance maladie du Québec. Régie de l’assurance maladie du Québec, Direction adjointe des services à la clientèle, *Nomenclature sur le nombre et coût de certains actes (avortements) par région et groupe d’âge, pratiqués par l’ensemble des médecins, rémunération à l’acte, Québec, 2002-2006.*

1.3 LA FRÉQUENCE DES AVORTEMENTS SELON LA CLASSE D’ÂGE

En 2006, un peu plus de la moitié (52 %) des avortements payés à l’acte sont concentrés dans deux classes d’âge quinquennales : celle des 20 à 24 ans, dans une proportion de presque 30 %, et celle des 25 à 29 ans, dans une proportion de près de 23 %. Les avortements pratiqués dans les classes d’âge de 19 ans et moins représentent 18 % de l’ensemble des avortements (tableau 3).

Parmi les classes d’âge plus âgées, le quart (26 %) des avortements est le fait des femmes dont l’âge varie de 30 à 39 ans alors que le taux est de 4 % pour celles de 40 ans et plus.

TABLEAU 3 – Fréquence des avortements payés à l’acte, au Québec en 2006, selon la classe d’âge et selon la méthode utilisée – Québec, 2007*

Classe d’âge	Méthode utilisée (code d’acte)										T O T A L	
	6451		6908		6909		6941		6948			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Moins de 15 ans	---	---	---	---	90	0,35	12	0,7	2	0,3	104	0,36
15 - 19	---	---	11	16,7	4 423	17,2	388	23,2	87	14,7	4 909	17,4
20 - 24	4	2,3	25	37,9	7 641	29,7	544	32,5	100	16,9	8 314	29,5
25 - 29	30	17,1	17	25,8	5 941	23,1	351	21,0	129	21,9	6 468	22,9
30 - 34	54	30,8	4	6,1	3 908	15,2	195	11,7	147	24,9	4 308	15,3
35 - 39	60	34,3	3	4,5	2 647	10,3	129	7,7	93	15,9	2 932	10,4
40 - 44	22	12,7	3	4,5	949	3,7	49	2,9	29	4,9	1 052	3,7
45 et plus	5	2,8	3	4,5	95	0,4	5	0,3	3	0,5	111	0,4
Total N	175		66		25 694		1 673		590		28 198	
Total %	0,66		0,24		91,1		5,9		2,1		100,0	

* Compilation du Conseil du statut de la femme à partir des fichiers de la Régie de l’assurance maladie du Québec. Régie de l’assurance maladie du Québec, Direction adjointe des services à la clientèle, *Nomenclature sur le nombre et coût de certains actes (avortements) par région et groupe d’âge, pratiqués par l’ensemble des médecins, rémunération à l’acte, Québec, 2002-2006.*

1.4 L’INCIDENCE DE LA VIOLENCE SUR LES AVORTEMENTS ITÉRATIFS¹⁵

Le Conseil constate qu’à ce jour, les avortements itératifs font rarement l’objet d’études et de recherches scientifiques; les rares documents qui se penchent sur ce phénomène mettent en lumière des faits préoccupants qui, de son avis, doivent être rapportés. On y relève¹⁶ que, sur l’ensemble des avortements au Canada¹⁷, 35 % sont pratiqués sur des femmes qui ont déjà interrompu une grossesse; aux États-Unis, ces interventions sont plus courantes puisqu’on compte presque la moitié (48 %) des avortements qui sont itératifs. En 1988, le Conseil¹⁸ les évaluait respectivement à 20 % pour les Canadiennes et

¹⁵ Tout un débat pourrait avoir lieu en vue de déterminer si le deuxième avortement qui survient 15 ans après le premier peut être qualifié d’avortement itératif; il est généralement admis qu’un avortement est dit « itératif ou répétitif » lorsque plusieurs ont lieu à l’intérieur d’une période de 5 ans.

¹⁶ Pour la démarche méthodologique et les périodes de référence retenues, voir : William A. FISHER et autres, « Characteristics of Women Undergoing Repeat Induced Abortion », *Canadian Medical Association Journal*, Toronto, CMAJ, vol. 172, n° 5, 1^{er} mars 2005, p. 637-641; se reporter également à Rachel K. JONES et autres, *Repeat Abortion in the United States*, [s.l.], Guttmacher Institute, Occasional Report, n° 29, novembre 2006, 65 p.

¹⁷ Une des premières études sur la situation au Canada a analysé le phénomène sur un échantillon de 1,2 million d’avortements survenus de 1975 à 1993 : le résultat faisait valoir que 20 % de ces avortements étaient itératifs. Se référer à Wayne J. MILLAR et autres, « Repeat Abortions in Canada, 1975-1993 », *Family Planning Perspectives*, vol. 29, n° 1, 1997, p. 20-24.

¹⁸ Conseil du statut de la femme, *La question de l’avortement au Québec, op. cit.*, p. 8.

à 30 % pour les Américaines; manifestement, au cours des années, ce phénomène a subi une forte hausse.

Au-delà de ces taux et de plusieurs autres résultats que ces recherches dévoilent, le Conseil est particulièrement préoccupé par le lien qu'elles établissent entre le recours répété à l'avortement et la violence tant psychologique que sexuelle ou physique subie par les femmes. Ce phénomène n'est pas non plus uniquement canadien ou américain puisqu'une étude de 2005, menée auprès d'une population française¹⁹, établit également l'existence de ce lien, tout comme une récente enquête britannique qui signalait que 35 % des femmes qui voulaient interrompre une grossesse étaient victimes de violence²⁰.

Dans ces différentes recherches, l'avortement à répétition est interprété comme un marqueur de la présence de violence et d'abus sexuels, présents ou passés. Selon l'étude parue dans la revue *Canadian Medical Association Journal*²¹, la corrélation serait telle que les femmes qui se présentent pour leur troisième ou leur quatrième avortement sont deux fois et demi plus nombreuses à rapporter des épisodes de violence et d'abus que celles qui se présentent à leur premier avortement.

Pour le Conseil, ces données confirment les effets à long terme de la violence sur la santé des femmes en général et sur leur santé reproductive en particulier. De plus, il comprend aussi que la prévention de la violence pourrait influencer sur le recours répété à l'avortement. En ce sens, il lui importe que les médecins et l'ensemble des membres des équipes de planification des naissances aient les meilleures conditions possible pour intervenir sur les aspects médicaux de l'avortement, mais aussi sur les aspects psychosociaux. Pour cela, il faut du temps pour repérer l'existence de la violence et pour proposer des actions de suivi et de soutien aux femmes, le tout dans le contexte bien particulier de l'avortement.

Quoi qu'il en soit, devant ces constats accablants et devant l'état lacunaire de la recherche en ce domaine, le Conseil trouve important d'acquérir une meilleure connaissance des conditions de vie des Québécoises qui les conduisent à recourir aux avortements répétés.

1.5 LES AVORTEMENTS PAR MÉDICATION

Au printemps 2008, au Québec, deux centres hospitaliers et un cabinet médical pratiquent des avortements médicaux à l'aide de méthotrexate et de misoprostol²², seule combinaison permise au Canada, alors que celle du mifépristone, (mieux connu par la

¹⁹ Cynthia MORGNY et Christine FIET, *Interruptions volontaires de grossesse : tenter de comprendre la répétition*, Bourgogne, République française, ORS Bourgogne et Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne, 2005, 47 p.

²⁰ Ce fait est rapporté dans Susan P. PHILLIPS, « Violence and abortions : What's a Doctor to Do? », *Canadian Medical Association Journal*, Toronto, CMAJ, vol. 172, n° 5, 1^{er} mars 2005, p. 653.

²¹ *Ibid*, p. 653-655.

²² Le misoprostol est une prostaglandine.

désignation RU 486), et du misoprostol²³ est interdite. Ces avortements se chiffrent approximativement à 250²⁴ et correspondent plus ou moins à 1 % de l'ensemble des avortements pratiqués dans chacun de ces trois établissements.

L'efficacité du traitement à base de la combinaison méthotrexate-misoprostol ou de celle constituée du RU 486-misoprostol est relativement semblable; les deux sont reconnues pour être des médicaments abortifs utilisés en vue d'interrompre des grossesses précoces de 49 jours; à ce stade de gestation, le taux de réussite des deux combinaisons est de 95 % alors qu'il chute à 82 % si elles sont prises entre le 50^e et le 56^e jour de grossesse.

La différence entre ces combinaisons réside dans l'étalement du temps de l'avortement. L'information donnée par une représentante de la clinique médicale montréalaise où se pratique la procédure permise (méthotrexate-misoprostol) faisait valoir, à l'instar de la documentation consultée²⁵, qu'entre 20 % et 35 % des cas d'avortement peuvent survenir jusqu'à quatre semaines après la prise de la combinaison médicamenteuse. Elle ajoute que, généralement, s'il n'y a pas eu expulsion après deux semaines, les femmes recourent de toute façon à l'avortement chirurgical, ce qui évite ainsi de prolonger l'incertitude liée à l'issue de l'intervention.

Le traitement à base du RU 486 est en usage aux États-Unis depuis 1994, en Europe depuis 1988 et dans plusieurs pays de l'Asie depuis les années 1990. Cette méthode d'interruption de grossesse connaît une augmentation importante d'utilisatrices. En France, les avortements médicaux représentaient 38 %²⁶ de l'ensemble des avortements en 2003 et 42 % l'année suivante. En Angleterre, ils augmentent de façon continue : ils représentaient 5 % de l'ensemble des avortements en 1995 et dix ans après, en 2005, 24 %. En Écosse, 59 % de tous les avortements de 2005 étaient médicaux, alors que c'était le cas de 16 % en 1992.

Dans ses avis de 1988 et de 1992, le Conseil voyait déjà dans le RU 486 un choix supplémentaire qui s'offrait aux femmes dès le début de leur grossesse. À ses yeux, l'absence de recours à la chirurgie, l'intimité de cette méthode et l'aspect pratique contrecarrent pour certaines femmes les effets plus désagréables que sont la durée et le degré de saignement, le nombre de consultations et l'incertitude sur le succès de

²³ À noter que la combinaison mifépristone-misoprostol est permise par la Federal Food and Drug Administration des États-Unis, alors que cette instance de régulation n'autorise l'emploi du misoprostol seul que pour la prévention des ulcères.

²⁴ Cette approximation est conséquente au fait que certains avortements médicaux donnent lieu à des avortements chirurgicaux.

²⁵ Se rapporter aux divers documents produits par le Guttmacher Institute sur le sujet, notamment celui de : Rachel K. JONES et Stanley K. HENSHAW, « Mifepristone for Early Medical Abortion : Experiences in France, Great Britain and Sweden », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, n° 3, mai-juin 2002, disponible à l'adresse <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3415402.html>.

²⁶ Les taux mentionnés dans ce paragraphe sont extraits des documents consultés sur les sites : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er522/er522.pdf>; <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/68/59/04136859.pdf>; <http://www.isdscotland.org/isd/info3.jsp?pContentI=1>.

l'avortement. Conséquemment, il recommandait d'entreprendre des recherches et des expérimentations cliniques conformément à un protocole éprouvé pour permettre une prise de décision quant à l'autorisation du RU 486 sur le marché québécois et canadien.

Des protocoles de recherche sur le RU 486 ont été effectivement suivis au Canada et ici même au Québec. Toutefois, après un décès survenu en cours d'expérimentation, l'arrêt des essais cliniques a été exigé par les autorités canadiennes en 2001. Rappelons que, depuis 2000, douze décès ont été constatés aux États-Unis à la suite de la prise du RU 486-misoprostol. La Food and Drug Administration (FDA) a expliqué que ces décès seraient conséquents à une administration intravaginale de misoprostol, alors que ce médicament n'est approuvé que pour un usage oral. L'utilisation intravaginale du médicament, de l'avis de certains spécialistes de la microbiologie, élèverait le risque d'infection²⁷ par le *Clostridium sordelli*, cause de grave septicité. Devant la controverse, la FDA a fait paraître, en 2005, des avertissements de possible septicité lorsqu'il y a utilisation intravaginale du misoprostol.

1.6 EN RÉSUMÉ

Ce passage par les statistiques donne, en quelque sorte, la mesure des besoins des femmes en matière d'avortement. En fin de compte, les différentes données sur la fréquence des interruptions de grossesse révèlent que le recours à l'avortement est relativement stable. Pendant la période 2002-2006, les fluctuations dans la prestation des services d'avortement sont, dans leur ensemble, faibles. C'est la raison pour laquelle le Conseil croit que les établissements fournisseurs de services se dirigent vers leur capacité maximale de réponse aux besoins des femmes. L'adéquation entre l'offre et la demande de services au cours des années semble atteinte.

En ce qui concerne l'année 2006, le Conseil constate certaines améliorations dans la prestation des services d'avortement :

- 98 % des avortements ont fait appel à des méthodes considérées comme moins invasives; ce pourcentage inclut les avortements de 14 semaines et plus puisque les trois quarts d'entre eux (74 %) ont été pratiqués par la méthode de dilatation-aspiration;
- 92 % des avortements sont de premier trimestre, soit de moins de 12 semaines de gestation, et ce, en l'absence de toutes limites sur les stades de gestation.

Sur une période plus longue, soit de 2002 à 2006, le Conseil note certaines variations qui, bien qu'elles soient modestes, sont néanmoins intéressantes à souligner :

- une diminution de 3 % des avortements durant cette période;
- une diminution importante du recours à la stérilisation tubaire après un avortement;

²⁷ Certains spécialistes font le parallèle avec le syndrome du choc toxique.

- une stabilisation relative de la fréquence des avortements de 14 semaines et plus puisque leur moyenne annuelle, pour cette période, se situe autour de 8 %.

Malgré ces avancées, d'autres phénomènes sont persistants :

- certaines données régionales laissent penser que les établissements publics semblent moins enclins à recourir à des méthodes chirurgicales réputées plus légères : ainsi, dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Chaudière-Appalaches, il y a plus d'avortements de 14 semaines et plus pratiqués par induction que par chirurgie alors que, dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, il y en a autant qui sont pratiqués par l'une ou l'autre de ces méthodes;
- il demeure toujours difficile d'obtenir un décompte exact de la fréquence des avortements au Québec;
- en l'absence d'un organisme de recherche en santé reproductive, il est périlleux de circonscrire les caractéristiques des avortements à des stades de gestation de 14 semaines et plus et, conséquemment, cela entraîne des estimations approximatives susceptibles de se répercuter au moment de l'évaluation des besoins des femmes;
- le Conseil note l'état stationnaire de la recherche sur le traitement médical de l'avortement qui oblige à recourir à la combinaison médicamenteuse méthotrexate-misoprostol reconnue pour étaler l'avortement sur une plus longue période que la combinaison RU 486-misoprostol et qui, de ce fait, oblige certaines femmes à interrompre un avortement médical par voie chirurgicale;
- l'absence de recherches québécoises sur les avortements itératifs empêche de proposer des actions de suivi et de soutien aux femmes.

CHAPITRE II

L'ORGANISATION DES SERVICES D'AVORTEMENT

Si, au chapitre précédent, les fluctuations dans la fréquence des avortements apparaissent relativement minimes, en est-il de même chez les fournisseurs de ces services? Dans le deuxième chapitre, le Conseil examine diverses données sur la fréquence des avortements selon le type d'installation afin de mieux saisir l'organisation des services d'avortement.

2.1 L'ORGANISATION DES SERVICES D'AVORTEMENT : UNE VUE D'ENSEMBLE

Lorsqu'il compare la situation actuelle à la situation constatée dans son avis de 1992, le Conseil remarque, avec une certaine satisfaction, que chaque région administrative du Québec, à l'exception de celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James, a en place au moins une ressource qui offre les services d'avortement.

TABLEAU 4 – Répartition des types d'établissements offrant les services d'avortement selon la région par rapport à la répartition totale des types d'établissements par région – Québec, 2007*

Région	CH**	CLSC	Centre de santé des femmes	Clinique médicale
01 - Bas-Saint-Laurent	1/6	0/8	---	---
02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	2/6	2/6	---	---
03 - Québec	2/10	0/4	---	---
04 - Mauricie-Centre-du-Québec	3/8	2/8	1	---
05 - Estrie	1/5	0/7	---	---
06 - Montréal-Centre	6/31	3/13	1	4
07 - Outaouais	0/6	0/5	1	---
08 - Abitibi-Témiscamingue	1/6	1/6	---	---
09 - Côte-Nord	1/6	0/8	---	---
10 - Nord-du-Québec	1/1	0/1	---	---
11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	2/5	0/5	---	---
12 - Chaudière-Appalaches	1/5	0/5	---	---
13 - Laval	1/2	1/1	---	---
14 - Launaudière	1/2	2/2	---	---
15 - Laurentides	2/5	0/7	---	---
16 - Montérégie	3/11	3/11	---	---
17 - Nuvavik	1/2	0/2	---	---
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	0/1	0/1	---	---
Total N	29/118	14/100	3	4
%	24,6 %	14 %		

* Se rapporter à : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=133. Le total pour une région ou pour le Québec ne correspond pas à la somme des missions, car beaucoup d'établissements assument plusieurs missions.

** CH : centre hospitalier.

C'est le cas, notamment, des régions de la Chaudière-Appalaches et du Nord-du-Québec qui ne disposaient d'aucune ressource en 1992; quant à la région de Lanaudière, aux prises elle aussi à l'époque avec la même réalité, on y a développé depuis les services dans un centre hospitalier et aussi dans les deux CLSC de son territoire.

À ce moment-ci, le réseau public de santé offre les services d'avortement dans 29 de ses 118 centres hospitaliers généraux et dans 14 de ses 100 CLSC; ce sont donc 25 % des centres hospitaliers et 14 % des ressources de CLSC qui fournissent ces services sur demande²⁸. En plus de ces établissements, le milieu communautaire, par l'entremise de trois centres de santé des femmes, tient un rôle important en matière de contraception et d'avortement dans les régions de l'Outaouais, de la Mauricie-Centre-du-Québec et de Montréal. Enfin, les quatre cliniques médicales du réseau privé complètent le tableau. Comme cela a été le cas dans les constats de 1988 et de 1992 du Conseil, Montréal est encore en 2008 l'unique région qui offre les services d'avortement dans ces quatre types d'installations.

Sept régions du Québec disposent d'une seule ressource en matière d'avortement : six d'entre elles le font en centre hospitalier alors que dans la région de l'Outaouais, malgré la présence de 11 établissements du réseau public sur ce territoire, seule la ressource communautaire a historiquement rendu accessible cet acte médical. Dans ces régions où la pratique médicale est restreinte à un seul lieu de desserte, les risques pour les services d'avortement d'être fragilisés advenant une quelconque mobilité ou pénurie de personnel ou advenant des bris techniques qui rendent les équipements inopérants sont plus élevés. De ce fait, le Conseil réaffirme l'importance d'assurer la continuité et la pérennité des services par des ententes administratives entre agences régionales ou par toute autre structure administrative et médicale.

2.2 LA FRÉQUENCE DES AVORTEMENTS SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT

En se référant au tableau 5²⁹, sur le nombre total des 28 667 avortements payés à l'acte en 2006 au Québec, on observe que presque 75 % de l'ensemble des avortements ont été effectués dans les installations du réseau public, soit 55 % en centre hospitalier et près de 18 % en CLSC. La part des quatre cliniques médicales de Montréal équivaut à celle des 14 CLSC de la province qui offrent les services d'avortement alors que celle des trois centres de santé des femmes est de 10 %. En 2006, 28 % des avortements ont lieu dans les réseaux communautaire et privé; dans son avis de 1992, le Conseil les estimait à 34,2 %³⁰.

Plusieurs changements sont survenus durant la période s'échelonnant de 2002 à 2006 :

- la fréquence des avortements en CLSC est passée de 2 769 à 5 069, soit une très spectaculaire hausse de 83 %;

²⁸ À titre de précision, mentionnons que la majorité des centres hospitaliers généraux sont en mesure d'interrompre des grossesses pour des raisons jugées urgentes ou lors de malformations fœtales, mais cela ne présume pas que des services d'avortement sont accessibles sur demande.

²⁹ Selon la représentante de la Régie de l'assurance maladie du Québec, les écarts entre les différents tableaux s'expliquent principalement par la façon de regrouper et de trier les variables.

³⁰ Conseil du statut de la femme, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, op. cit., p. 35.

- les avortements effectués en centre hospitalier ont diminué de 9 %, où ils sont passés de 17 236 à 15 643; ces établissements restent néanmoins les principaux fournisseurs de services tout au long de la période à l'étude, comme l'indique le tableau 3;
- au total, les trois centres de santé des femmes ont connu une légère hausse de 5 % de leur pratique; rappelons que la Clinique des femmes de l'Outaouais pallie complètement les carences du réseau public, ce dernier ayant pris en charge, en 2006, moins de 2 % des avortements de cette région;
- les avortements faits en clinique médicale ont connu une diminution de 26 %.

TABLEAU 5 – Fréquence des avortements payés à l'acte pendant la période 2002-2006 selon le type d'établissement pour l'ensemble des régions du Québec - Québec, 2007*

Année	CH		CLSC		Centre de santé des femmes		Clinique médicale		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2006	15 642	54,6	5 069	17,7	2 889	10,1	5 067	17,6	28 667
2005	15 962	55,9	4 654	16,3	2 837	10,0	5 075	17,8	28 528
2004	16 847	56,6	4 435	14,9	2 914	9,8	5 556	18,7	29 752
2003	17 276	57,8	3 525	11,8	2 898	9,8	6 213	20,6	29 912
2002	17 236	58,3	2 769	9,3	2 738	9,2	6 844	23,2	29 587

* Compilation du Conseil du statut de la femme à partir des fichiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Régie de l'assurance maladie du Québec, Direction adjointe des services à la clientèle, *Nomenclature sur l'interruption volontaire de grossesse selon la région et le lieu de dispensation pour les années 2002-2006.*

2.3 L'AMÉLIORATION DE L'OFFRE DE SERVICES EN CLSC

L'importante hausse des avortements dans les CLSC, de même que leur tout aussi notable diminution dans les cliniques médicales, est loin d'être le fruit du hasard. La redistribution des avortements dans les différents types d'installations qui survient depuis le début des années 2000 trouve son origine dans les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* publiées en 1995. Rappelons que l'objectif premier de ce document du MSSS était de permettre aux administrateurs régionaux des anciennes régions régionales de prévoir et d'organiser les différents volets de la planification des naissances sur leur territoire.

À l'époque de la publication de ce document, le Conseil lui a réservé un accueil plutôt favorable puisqu'il trouvait que ces orientations s'inscrivaient dans la continuité des droits fondamentaux que sont la liberté des femmes, leur autonomie et leur intégrité physique. En outre, les orientations en question reconnaissent les principes de

l'accessibilité universelle et de la gratuité³¹ des services comme assises sur lesquelles se bâtiraient les planifications régionales des services. Selon le Conseil, un autre point fort des orientations ministérielles concernait le partenariat et la complémentarité entre les différents fournisseurs de services de première ligne liés à la planification des naissances. Aussi, les administrateurs régionaux étaient conviés à soumettre une offre de services régionale dans laquelle les ressources publiques, communautaires et privées seraient mises à contribution³² afin de rendre accessible, notamment, l'avortement selon des modalités uniformes.

Prévus pour le 31 juillet 1996, les plans d'organisation des services ont été soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux en décembre 1999, soit presque quatre ans après la diffusion des orientations ministérielles. Un tel délai s'est produit alors que, de l'avis du ministre de l'époque et de ceux qui lui ont succédé, la santé reproductive des femmes était retenue comme prioritaire.

Or, c'est seulement une fois la totalité des plans d'action déposés que la ministre déléguée à la Santé de l'époque a débloqué une somme de presque 3,8 millions de dollars pour consolider les services. En plus de l'implantation des services dans les régions qui n'en disposaient d'aucun, comme dans la région de la Chaudière-Appalaches ou dans la région de Lanaudière, d'autres sommes ont été allouées à la région de Montréal puisqu'elle assumait de nouvelles responsabilités, notamment celle de la coordination des services d'avortement de deuxième trimestre. C'est aussi à la faveur du dépôt du plan régional de la Régie régionale de Montréal que le Centre de santé des femmes de Montréal voit le montant de ses subventions se stabiliser et peut ainsi augmenter son offre de services en matière d'avortement.

Outre ces développements, d'autres tout aussi structurants ont touché les CLSC qui disposaient d'un plateau technique afin de maximiser leur utilisation : ainsi, la grille horaire hebdomadaire d'une demi-journée assignée aux avortements a été étendue à une journée ou plus dans certains CLSC; de plus, les examens préavortement peuvent avoir lieu la même journée que l'interruption de grossesse au lieu de s'échelonner sur une ou deux semaines et, enfin, la pénurie de médecins généralistes en CLSC a été contrée par le dé plafonnement des honoraires de quelques-uns, par l'engagement de médecins à la retraite et par la formation donnée par préceptorat à certains médecins généralistes qui souhaitaient intervenir dans le domaine de l'avortement.

Une fois ces nouvelles mesures en place vers 2000-2001, l'offre de services dans les CLSC, surtout dans ceux des régions de Montréal et de la Montérégie, a doublé dans plusieurs établissements, et même triplé dans certains autres : le nombre d'interruptions de grossesse est ainsi passé de 4 à 6 par semaine jusqu'à 8 à 12.

Comme le choix premier pour bon nombre de femmes reste les soins prodigués par le réseau public, la hausse de l'accessibilité des services d'avortement en CLSC se traduit

³¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, op. cit., principe 3, p. 18 et objectif général sur les avortements, p. 23-25.

³² *Ibid*, p. 29 et annexe I.

par une plus forte utilisation de ces services. Cela donne un certain poids à l'argument voulant que les femmes aient recours aux services tarifés des cliniques médicales faute d'obtenir les services voulus et dans les délais requis dans le réseau public, car lorsque celui-ci bonifie et enrichit sa capacité et sa qualité d'offre de services, la clientèle féminine s'adresse à lui.

2.3.1 LE SUCCÈS MITIGÉ DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DES NAISSANCES

Si le long et ardu périple des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* a conduit, au début des années 2000, à l'amélioration de l'accessibilité des services en CLSC, il n'a pas entraîné, par ailleurs, leur gratuité dans les réseaux communautaire et privé, pas plus qu'il n'a mené à leur complémentarité avec le réseau public.

Pour les cliniques médicales, la question de leur reconnaissance et celle de la gratuité de leurs services d'avortement ne sont pas nouvelles. Déjà en mai 1995³³, un de ses représentants faisait état auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux qu'au moins un tiers des femmes ont recours au réseau privé principalement parce que le réseau public n'a pas les ressources pour répondre à leurs besoins. Il est important de préciser que ces représentations des cliniques privées ont lieu après que la *Politique fédérale sur les cliniques privées* ait statué, en janvier 1995, que « l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la Loi canadienne sur la santé³⁴ ».

En 1995, le MSSS répond indirectement aux préoccupations des cliniques privées en annonçant, dans son document sur les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, que le développement des services d'avortement se fera en complémentarité avec l'ensemble des fournisseurs de services d'avortement.

Cependant, la situation de la non-gratuité de l'avortement reste inchangée dans les cliniques médicales. C'est ce qui explique d'ailleurs que les représentations de ces dernières ont continué et ont eu des échos au palier fédéral. Toujours en 1995, la sous-ministre de Santé Canada fait état de son inquiétude à son homologue québécois quant aux suppléments monétaires exigés par les cliniques médicales en lui précisant ceci : « Si les services pour lesquels des frais sont exigés sont médicalement nécessaires et offerts sans frais dans un établissement hospitalier, ils sont assujettis à la politique sur les cliniques privées, qui exige que ces frais directs imputés aux patients soient

³³ *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (procureur général)*, [2004], requête introductive d'instance précisée.

³⁴ Lettre de la ministre de Santé Canada, l'Honorable Diane Marleau, datée du 6 janvier 1995 et adressée aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ayant pour objectif de présenter l'interprétation fédérale de la Loi canadienne sur la santé; la lettre précise que, lorsqu'un régime provincial d'assurance santé paie les honoraires d'un médecin qui offre un service médicalement requis en clinique privée, il doit également payer les services connexes associés à la prestation de ces services ou s'attendre qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

supprimés³⁵. » Malgré les échanges de correspondance entre les paliers fédéral et provincial, la situation reste inchangée.

Par la suite, soit en 1999, la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque exprime sa volonté de négocier une entente avec les partenaires privés sur les coûts afférents; elle précise qu'un partenariat avec les cliniques médicales est recherché et qu'il y a déjà une personne mandatée pour « négocier la transformation des cliniques privées en organismes sans but lucratif [*sic*], car toutes les régies régionales éprouvent des difficultés pour assurer l'accessibilité gratuite aux femmes³⁶ ». Or, même avec cette initiative, les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* ont raté l'occasion de faire des cliniques médicales et du Centre de santé des femmes de Montréal des partenaires et d'assurer ainsi la pleine accessibilité et gratuité des avortements comme elles le proposaient dans leurs principes et dans leurs orientations. Et cela a perduré jusqu'au 14 janvier 2008.

³⁵ Échange de correspondance entre le sous-ministre au ministère de la Santé et des Services sociaux, Luc M. Malo, et la sous-ministre de Santé Canada, Michèle S. Jean, rapporté dans : *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (procureur général)*, [2006], QCCS 4694.

³⁶ Ce fait est rapporté dans : *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (procureur général)*, [2006], QCCS 4694.

CHAPITRE III

LE NOUVEAU CONTEXTE DE LA PRESTATION DES SERVICES D'AVORTEMENT

Dans ce chapitre, le Conseil relate la série d'événements qui a eu pour conséquence d'altérer la pratique des avortements et la manière dont les fournisseurs de services publics, communautaires et privés montréalais sont en train de se redéployer sous l'effet d'un nouveau contexte législatif et administratif.

D'entrée de jeu, la présence des quatre types d'installations (centre hospitalier, CLSC, clinique médicale et centre de santé des femmes) sur le territoire de Montréal fait en sorte que c'est uniquement dans la métropole, du moins pour le moment, que la prestation des services d'avortement est en train de se restructurer. Cela pose toute la question de l'équité interrégionale dans l'accessibilité aux services de santé selon des modalités uniformes.

3.1 LA SPÉCIFICITÉ MONTRÉLAISE

À Montréal, en 2006, les réseaux communautaire et privé ont assumé 44 % des besoins des femmes en matière d'avortement. Cette situation est préoccupante en ce sens que cela représente 6 038 avortements qui ont exigé d'importants déboursés d'argent allant de 40 \$ à 350 \$, pour un avortement de premier trimestre. Lorsqu'elles sont reportées à l'échelle nationale, ces données indiquent que sur l'ensemble des avortements payés à l'acte par la RAMQ, une femme sur cinq a dû payer pour recevoir le service qu'elle était en droit d'avoir gratuitement en 2006 au Québec (tableau 6).

TABLEAU 6 – Fréquence des avortements payés à l'acte pendant la période 2002-2006 selon le type d'établissement pour la région de Montréal - Québec, 2007*

Année	CH		CLSC		Centre de santé des femmes de Montréal		Clinique médicale		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2006	5 151	37,1	2 686	19,3	1 057	7,6	4 981	35,9	13 875
2005	5 564	39,0	2 634	18,5	1 057	7,4	5 010	35,1	14 265
2004	5 912	39,8	2 485	16,7	1 085	7,3	5 379	36,2	14 861
2003	6 621	43,1	1 623	10,6	1 005	6,5	6 101	39,7	15 350
2002	6 782	43,2	1 271	8,1	954	6,1	6 680	42,6	15 687

* Compilation du Conseil du statut de la femme à partir des fichiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Régie de l'assurance maladie du Québec, Direction adjointe des services à la clientèle, *Nomenclature sur l'interruption volontaire de grossesse selon la région et le lieu de dispensation pour les années 2002-2006, région de Montréal.*

Toutefois, lorsqu'elles sont ramenées à l'échelle de la seule région de Montréal, ces données deviennent carrément dramatiques, car alors c'est presque la moitié des femmes (1/2,3) qui ont payé ces montants pour recevoir des soins de santé de base; comme le taux de rétention³⁷ dans cette région s'est maintenu autour de 95 %³⁸ de 1997 à 2005, il y a de fortes chances que ce soient les Montréalaises qui n'ont pas eu accès, la plupart du temps, aux services pourtant gratuits ailleurs et qu'elles paient d'une certaine façon deux fois.

Le nouveau contexte législatif résultant du projet de loi n° 33 et du projet de règlement sur les Traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé fera-t-il en sorte que ce seront encore uniquement les femmes de la région de Montréal qui connaîtront des modalités disparates dans l'accessibilité aux services de première ligne en matière d'avortement? Jusqu'à présent, les nouvelles installations que seront les CMS semblent s'implanter plus fréquemment dans les grands centres urbains.

3.2 LE CADRE LÉGISLATIF : LES MODIFICATIONS À LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX PAR LE PROJET DE LOI N° 33

Le 17 août 2006, un jugement de la Cour supérieure a attiré l'attention sur les frais afférents liés aux avortements lorsqu'ils sont effectués par les cliniques médicales et au Centre de santé des femmes de Montréal. À la question : « Les femmes qui, depuis 1999, doivent déboursier des sommes pour avoir accès à un avortement au Québec ont-elles droit à un remboursement? », le tribunal condamne le gouvernement du Québec à payer la somme de 10,8 millions de dollars plus les intérêts accumulés depuis la date³⁹ de la signification de la requête autorisant l'Association pour l'accès à l'avortement à exercer un recours collectif.

Parmi les motifs de ce jugement, un en particulier établissait qu'un acte médical, même non assuré comme l'ultrasonographie (échographie) parce qu'il est consubstantiel à l'avortement qui, lui, est assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie, devient assuré. De plus, un autre motif faisait valoir que les services d'anesthésie en vertu de l'alinéa s) de l'article 22 du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie sont exclus de la couverture s'ils sont offerts sur un acte non assuré; or, l'avortement étant assuré, l'anesthésie est donc couverte.

Bref, pour le tribunal, tout acte consubstantiel de l'avortement devient couvert lorsqu'il est requis pour pratiquer un acte assuré comme l'avortement. Par conséquent, le coût supplémentaire réclamé aux femmes englobe, dans les faits, le service médical qu'est l'avortement qui, lui, est un service assuré. Le jugement fait aussi valoir que ce n'est pas la Loi sur l'assurance maladie qui cause problème, mais plutôt son non-respect, qui est

³⁷ Le taux de rétention se calcule d'après le nombre de personnes qui reçoivent un service de santé à l'intérieur de leur territoire de résidence.

³⁸ Source : Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec et établissements où des avortements ne sont pas rémunérés à l'acte (quelques CLSC et centres hospitaliers). Les calculs pour la période de 1997 à 2005 ont été faits par Madeleine Rochon, de la Direction des études et analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

³⁹ La date de référence est le 1^{er} mai 2002.

non seulement toléré mais encouragé par le gouvernement, et ce, pour des raisons économiques.

Alors que la décision gouvernementale de ne pas interjeter appel de ce jugement, en septembre 2006, laissait présumer l'avènement de la gratuité des services d'avortement en clinique médicale et au Centre de santé des femmes de Montréal, tel n'a pas été pourtant le cas. D'ailleurs, une période de confusion s'est installée entre ce moment et celui de l'adoption de la version définitive du projet de loi n° 33, le 13 décembre 2006; en effet, pendant ces quelques mois, les intentions du gouvernement entourant l'issue de la gratuité des services d'avortement en clinique médicale ne sont pas claires jusqu'au moment où, *in extremis*, il rompt son silence lors des derniers échanges⁴⁰ intervenus à l'Assemblée nationale sur l'adoption du projet de loi n° 33.

Ainsi, pendant ces débats, le ministre de la Santé et des Services sociaux précise que certaines modifications apportées à la version définitive du projet de loi n° 33 comblent le vide juridique laissé par le récent jugement de la Cour supérieure sur l'interruption de grossesse et sur la relation entre les actes assurés et non assurés lorsqu'ils sont pratiqués dans un contexte extérieur au centre hospitalier. Une de ces modifications au projet de loi n° 33 que le ministre met en avant est celle qui est contenue dans l'article 44, lequel établit ceci : « Un service non assuré ou un service non considéré comme assuré est réputé demeurer un service non assuré ou un service non considéré comme assuré même s'il est requis avant la dispensation d'un service assuré, lors de sa dispensation ou à la suite de celle-ci. » Il y affirme également que l'accès à l'avortement sera libre et gratuit en clinique privée pourvu que les femmes y soient dirigées par le réseau public. D'autres articles statuent sur la nécessité d'afficher les frais accessoires demandés ainsi que de fournir une facture détaillée.

En fait, la réponse du gouvernement au jugement de la Cour supérieure a restreint l'interprétation avancée par le tribunal.

3.2.1 L'ENCADREMENT ADMINISTRATIF

Dans le domaine administratif, cette situation s'est traduite par l'implantation d'un système de référence sur l'île de Montréal qui serait en mesure, premièrement, de diriger efficacement les femmes vers les établissements du réseau public et, deuxièmement, d'assurer la gratuité des services d'avortement si les femmes étaient dirigées vers une clinique médicale ou vers le Centre de santé des femmes de Montréal advenant l'incapacité du réseau public de santé de leur offrir le service requis dans les délais voulus. C'est ainsi qu'à partir d'avril 2007, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a mené diverses actions afin d'implanter un centre de coordination des avortements de premier trimestre calqué sur celui qui existe pour les avortements de deuxième trimestre. Ce centre devait établir un corridor de services d'avortement qui

⁴⁰ Extraits des débats de l'Assemblée nationale du 12 décembre 2006 à 0 h 30 sur le projet de loi n° 33 : prise en considération du rapport de la Commission des affaires sociales qui en a fait l'étude détaillée et qui a transmis les amendements.

orienterait les femmes vers les cliniques médicales privées et communautaire si le réseau public ne pouvait suffire à la demande.

Problématique pour diverses raisons, mais principalement à cause du haut volume d'avortement de premier trimestre⁴¹, et faute d'avoir un mécanisme centralisé de gestion des places disponibles⁴², ce centre, de l'avis de certaines intervenantes et de certains intervenants, se compare plutôt à un bureau d'information qui donnerait la liste des établissements publics, privés et communautaires où les services d'avortement sont offerts; pour certaines d'entre eux, ce travail de référence dédouble celui fait dans les CLSC qui sont la principale porte d'entrée pour les femmes à la recherche de ce type d'information.

De l'avis du Conseil, toutes ces tractations ont eu lieu sans que le caractère urgent de l'avortement ait été au centre des préoccupations des gestionnaires. En effet, sur le plan strictement physiologique et médical, les décisions concernant la suite de la grossesse doivent se prendre rapidement. Placées devant les aboutissements inévitables de leur grossesse, les femmes ne peuvent y échapper : ou elles la poursuivent ou elles l'interrompent. L'avortement est un acte médical entièrement soumis au stade de gestation de la grossesse. Un des trois facteurs de morbidité liés à l'avortement est précisément le stade de gestation, les deux autres étant l'âge des femmes et la technique utilisée. D'ailleurs, tout délai a des conséquences sur le choix de la méthode, qu'elle soit chirurgicale ou médicale, qui sera employée et, bien entendu, sur le bien-être des femmes. En ce sens, l'avortement, sans être urgent, n'en est pas moins un acte médical prioritaire. Il ne peut en aucun cas se confondre avec une procédure « élective ».

Pour les femmes qui choisissent l'avortement mais qui habitent dans une région où la seule ressource hospitalière de l'endroit l'offre jusqu'à la fin du premier trimestre, cela peut vouloir dire qu'elles ne disposent pas de temps supplémentaire, à moins de considérer la possibilité d'aller dans un établissement d'une autre région où le service est disponible à des stades de grossesse plus avancés.

De toute façon, les femmes tolèrent mal les délais, quels qu'ils soient, entre le moment où la décision est prise d'interrompre une grossesse et le moment où l'intervention a effectivement lieu. Aussitôt que la décision de l'interrompre est retenue, elle devient en quelque sorte exécutoire. C'est d'ailleurs un des constats fréquemment faits par les intervenantes et les intervenants du Comité de vigilance. Ces personnes rapportaient que c'est une pratique répandue que de choisir un établissement sur la base des délais d'attente qu'il offre. Même lorsque les femmes ont un rendez-vous confirmé dans un établissement, elles « magasinent » ailleurs afin d'en trouver un autre qui offrira le

⁴¹ Rappelons qu'en 2006, il y a eu, pour la seule région de Montréal, presque 10 000 avortements de premier trimestre et 752 de deuxième trimestre : s'il est relativement facile de gérer à peu près deux avortements de deuxième trimestre par jour, le volume des avortements de premier trimestre rend la chose carrément plus difficile.

⁴² Contrairement à la procédure prévue pour les avortements de deuxième trimestre, les femmes gardent l'initiative de prendre elles-mêmes leur rendez-vous, de l'annuler ou d'y apporter tout autre changement, et ce, sans devoir passer par le centre de coordination pour le mettre au courant des changements apportés.

service dans de meilleurs délais. Compte tenu des places réservées tant pour les rencontres médicales préavortement que pour les interventions chirurgicales, les annulations de dernière minute ont des conséquences importantes sur l'organisation des services, principalement parce que l'avortement n'est pas une intervention soumise à un quelconque mécanisme de régulation qui permettrait de remplacer une place restée inoccupée. Cela veut dire que, si un établissement dispose de 15 places et si 5 d'entre elles se libèrent pour une raison ou une autre, il n'y a pas un bassin de femmes enceintes disponibles sur-le-champ pour les combler et, conséquemment, les places restent inoccupées.

De plus, en matière d'avortement, les délais sont extrêmement volatiles; ils fluctuent en fonction de la disponibilité des ressources humaines ou matérielles. Qu'un bris d'équipement survienne ou encore qu'un ou une médecin prenne ses vacances, les répercussions sur les délais et, de ce fait, sur l'accessibilité aux services seront immédiates, d'autant plus que le nombre de médecins qui font des avortements se limite, depuis 1992, à une cinquantaine.

Quoi qu'il en soit, les femmes ont payé des montants allant de 40 \$ à 350 \$ pour des avortements de premier trimestre, et ce, jusqu'au 14 janvier 2008, date à laquelle entraient en vigueur les ententes sur la gratuité des services d'avortement conclues entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les cliniques médicales et le Centre de santé des femmes de Montréal, comme il est possible de le faire en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

3.3 LE PROJET DE RÈGLEMENT SUR LES TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS DANS UN CENTRE MÉDICAL SPÉCIALISÉ

Le projet de règlement publié dans la *Gazette officielle du Québec* du 14 novembre 2007 intitulé Traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé désigne l'avortement comme un des 50 traitements médicaux spécialisés à devoir être effectué dorénavant dans un CMS. Alors que le projet de loi n° 33 restreignait le CMS nommément à trois actes médicaux (arthroplastie de la hanche et du genou et remplacement de la cataracte), le projet de règlement en élargit et en transforme le cadre légal de pratique.

Ce faisant, le gouvernement crée une nouvelle catégorie d'installation sociosanitaire pour les avortements, distincte d'un établissement public, d'une clinique médicale et d'un centre de santé communautaire. Les avortements, à moins d'être pratiqués dans un centre hospitalier, devront obligatoirement l'être dans un centre médical spécialisé; ils ne pourront donc plus être exécutés dans une clinique médicale ou dans un centre de santé communautaire. Ainsi, le projet de règlement prévoit que toute société ou toute personne qui, au 1^{er} janvier 2008, exploitait une clinique médicale dans laquelle sont effectués, entre autres, des avortements doit obtenir, avant le 30 juin 2008, un permis l'autorisant à exploiter un CMS afin de continuer les mêmes chirurgies.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal se prépare déjà à une telle conversion des cliniques médicales et du Centre de santé des femmes de Montréal en CMS. Elle pourra ainsi procéder à la conclusion des ententes de services en vertu de l'article 349.5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Dès lors, si l'interruption de grossesse est réalisée dans un centre médical spécialisé conformément à une entente de clinique médicale associée, les femmes ne devraient se voir imposer que les montants qui leur seraient normalement exigés dans un centre hospitalier.

Au printemps 2008, en attendant d'obtenir ce nouveau statut juridique, les quatre cliniques médicales montréalaises et le Centre de santé des femmes de Montréal n'exigent plus de frais grâce à l'entente conclue avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, comme le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁴³.

Une parenthèse pour rappeler la situation financière qui prévaut dans les deux autres centres de santé des femmes. La Clinique des femmes de l'Outaouais et le Centre de santé des femmes de Trois-Rivières offrent, depuis une dizaine d'années, des services d'avortement gratuits. Or, les ententes concluent avec leur agence respective ne s'inscrivent pas à l'intérieur d'un mécanisme officiel mais sont le résultat d'ententes faites de gré à gré. En ce sens, ces ressources communautaires, même si leur financement a été récurrent, ne bénéficient pas, pour autant, d'un financement protégé, même que l'enveloppe du programme de soutien aux organismes communautaires est mise à contribution pour leur assurer un financement. À ce sujet, le Conseil trouve cette façon de faire inquiétante et considère que des questions aussi vitales que les soins en matière de santé reproductive doivent se conclure à l'intérieur d'un mécanisme officiel. À défaut, on maintient la fragilisation de la pratique des avortements en n'assurant pas leur pérennité.

De façon générale, le Conseil reste perplexe devant la décision de faire de l'avortement un acte médical spécialisé. L'avortement est un acte pratiqué dans une clinique médicale, dans un centre de santé des femmes ou dans un CLSC par des médecins généralistes et, à moins de changements, les conventions qui interviennent entre les obstétriciens-gynécologues et leur corporation interdisent que ces spécialistes interrompent des grossesses ailleurs que dans les hôpitaux. De plus, l'avortement requiert un plateau technique des plus légers; ensuite, contrairement aux chirurgies mentionnées dans le projet de règlement, l'avortement n'est pas un acte « électif » au même titre que les chirurgies mammaires, esthétiques ou cutanées.

⁴³ Les ententes conclues entre un établissement et un organisme communautaire le sont en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui se lit comme suit : « Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes : 1- la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement; 2- la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux. »

Aussi, bien que le Conseil reconnaisse le bien-fondé de l'encadrement de la pratique des avortements hors des établissements du réseau public, il se demande si les ententes conclues en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ne correspondent pas mieux à la nature spécifique de l'avortement. Pourquoi la gratuité de cet acte médical de première ligne ne peut-elle être assurée que dans un CMS qui aura conclu une entente en vertu de l'article 349.5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux?

3.4 LES ENJEUX ET LES PERSPECTIVES

Si le Conseil a des raisons de se réjouir de la gratuité des services d'avortement qu'il réclame expressément depuis 1992, les constats faits récemment sur le terrain n'ont pas pour autant atténué certaines de ses appréhensions. Le Conseil a eu l'occasion de faire valoir que les Québécoises sont attachées à leur système de santé et de services sociaux où le besoin, et non la capacité de payer ou le statut, détermine l'accès aux services. Ayant examiné de plus près encore l'organisation des services d'avortement et leur prestation, le Conseil souhaite reformuler cette affirmation en y ajoutant « qu'elles y sont attachées envers et contre tout », car il doit se rendre à l'évidence que le réseau public les a mal servies et leur a été même préjudiciable.

Cette affirmation sévère repose sur le fait que les décisions prises au Québec sur le financement public des dépenses en matière de santé reflètent un certain contrat social qui, de l'avis du Conseil, ne tient plus quand il est question des services d'avortement. C'est ainsi qu'un nombre important de femmes qui contribuent elles aussi au financement du système public par leurs impôts se voient contraintes de payer des services d'avortement de première ligne auxquels elles ont déjà contribué. Si le décompte devait se faire depuis les années 1970, alors que les avortements étaient onéreux, et dans les cliniques privées et dans tous les centres de santé des femmes, les sommes qu'elles ont fournies seraient carrément faramineuses. À simple titre indicatif, le coût des avortements pratiqués pendant la seule période 1999-2005 a été chiffré à 10 860 556 \$ par la Cour supérieure dans le cadre du recours collectif. Il y a là une injustice historique que même le remboursement des frais conformément à ce recours collectif ne réussira pas à aplanir. Le Conseil trouve important de souligner que les femmes, en payant les coûts de leur avortement depuis le début des années 1970, en raison de l'incapacité du réseau public à le leur offrir (comme le montre, entre autres, le jugement de la Cour supérieure), ont subi une injustice profonde et ont dû affronter un système à deux vitesses bien avant tout le monde au Québec, et ce, sans soulever la protestation des plus fervents défenseurs et défenseuses du réseau public. Pour le Conseil, cette situation est le reflet de la discrimination systémique subie par les femmes.

Par ailleurs, l'avortement a souvent été emblématique des anomalies historiques du système de santé. À bien des égards, la situation que les Québécoises ont connue et connaissent en matière d'avortement illustre, bien avant le fait, certaines dérives d'un système de santé ne répondant pas aux besoins spécifiques de sa population. Rappelons qu'en matière de services d'avortement, les Québécoises ont été forcées de recourir à des agences de courtage, grassement payées, afin d'obtenir un rendez-vous en clinique

médicale, et ce, dès les années 1970; à la faveur de la confusion qui a souvent régné dans ce dossier, certains de ces intermédiaires ont été actifs jusqu'au début des années 1990. Aussi, pour bon nombre de Québécoises, les agences de courtage en santé ne sont pas un phénomène méconnu, encore moins nouveau⁴⁴.

3.4.1 LES EFFETS PRÉVISIBLES SUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Le Conseil est bien au fait que, actuellement, l'entente intervenue entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et les cliniques médicales montréalaises et le Centre de santé des femmes de Montréal ne satisfait pas aux conditions applicables aux CMS, ceux-ci n'étant pas encore constitués. Cependant, même dans cette phase transitoire, certains centres hospitaliers montréalais, connus pour leur réserve à offrir des services d'avortement sur demande, se disent prêts à remettre éventuellement toute leur clientèle aux CMS.

Déjà que la pratique des avortements en centre hospitalier a chuté progressivement au cours des dernières années (tableau 5), le Conseil craint qu'elle ne continue de décroître si, comme le prévoit le projet de règlement sur les traitements spécialisés en CMS, outre sa clientèle, ce type d'installation peut aussi traiter les usagères d'un établissement public.

Or, comme la prestation des services en matière d'avortement en centre hospitalier est nettement plus onéreuse⁴⁵ que lorsqu'elle fait appel aux plateaux techniques des cliniques médicales, des CLSC ou des centres de santé, quelle logique fera en sorte de maintenir ou de développer la capacité de production de ces services en centre hospitalier, surtout en cette période où leur financement est problématique et où leur main-d'œuvre est en décroissance.

D'ailleurs, ces deux facteurs concernent également les CLSC et font dire au Conseil que, en l'absence d'investissement financier et humain, la pratique des avortements en CLSC

⁴⁴ Rappelons que la Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit rapporte que, durant les années 1970, il y avait prolifération d'agences privées de référence pour obtenir un avortement. Faute de ressources en matière d'avortement dans le réseau public, les femmes s'adressaient à ces agences avant tout pour obtenir le nom d'un médecin ou d'une clinique où il leur serait possible d'interrompre une grossesse. En fait, ces agences servaient d'intermédiaires entre les femmes désirant un avortement et les médecins qui offraient les services. Se reporter à : Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit, *L'avortement : la résistance tranquille du pouvoir hospitalier*, Ottawa, Les Éditions du remue-ménage, 1980, p. 25-28.

⁴⁵ Si l'on exclut les coûts fixes (+ ou - 15 %) et si l'on prend en considération que les avortements en centre hospitalier sont effectués par des médecins spécialistes : en 1996, à l'Hôpital Sainte-Justine, le coût moyen d'un avortement de premier trimestre avec hospitalisation était de 302 \$ et, en externe, il se situait à 229 \$; le coût moyen d'un avortement de deuxième trimestre avec hospitalisation atteignait 679 \$ et, en externe, il était de 270 \$. Par ailleurs, en CLSC, le coût moyen d'un avortement de 12 semaines et moins s'établissait à 219 \$. En clinique médicale, le coût moyen d'un avortement de premier trimestre était comparable à celui des CLSC. Rappelons qu'une des spécificités des cliniques médicales est leur expertise en matière d'avortement de deuxième trimestre en externe. Ces coûts sont établis dans : Régie régionale de la santé et des services sociaux, *Organisation des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en coordination et concertation avec les partenaires concernés : document de travail*, Montréal, la Régie, 1997, p. 3-4.

a atteint sa pleine capacité de développement et risque de ne pas absorber la clientèle des centres hospitaliers, s'ils s'en déchargent.

De l'avis du Conseil, tout ce contexte prédispose à une modification profonde de la nature et de la vocation même des établissements tant publics que privés puisqu'il génère leur forte spécialisation et leur assigne par le fait même une clientèle particulière : par exemple, les futurs CMS hériteraient d'une grande part des avortements et risqueraient ainsi de se cantonner dans cette seule offre de services alors que les centres hospitaliers se délesteraient de cette pratique pour n'être qu'une ressource en matière d'avortement que dans les situations d'urgence.

3.4.2 LES EFFETS PRÉVISIBLES SUR LES CLINIQUES MÉDICALES

La diminution déjà en cours de la pratique des avortements dans les centres hospitaliers ainsi que la difficulté, voire l'incapacité, des CLSC d'accroître davantage l'offre de ces services conduisent inévitablement à une recomposition de la pratique dans les cliniques médicales. Cela se manifeste présentement par l'augmentation des délais d'attente en clinique médicale et par voie de conséquence, la diminution de l'accessibilité aux services.

Réputées et reconnues pour leur capacité à répondre rapidement à la demande d'avortement, les cliniques médicales connaissent présentement des délais de deux semaines et plus entre le moment où le rendez-vous est pris et où l'interruption a effectivement lieu, alors qu'avant l'entente du 14 janvier 2008, leur temps d'attente était pratiquement inexistant.

Cette situation s'explique, entre autres, par le fait que la pratique de l'avortement a souvent été dans un équilibre précaire où la participation de tous les fournisseurs (réseaux public, privé et communautaire) était nécessaire pour maintenir l'adéquation entre l'offre et la demande de services. Or, si l'offre diminue dans certains établissements publics ou si les femmes sont dirigées massivement vers les cliniques médicales, il est entendu que ces dernières ne pourront suffire à la demande, à moins que n'arrive ce que craint par-dessus tout le Conseil : la croissance potentielle des installations privées à but lucratif sous forme de CMS puisque, en rendant moins accessibles les services d'avortement dans le réseau public, celui-ci leur aménage par le fait même un très vaste champ de pratique. Cependant, comme tout CMS peut ne pas être régi par entente en vertu de l'article 349.5 de la Loi sur la santé et les services sociaux, cette éventualité ramènerait les femmes à devoir de nouveau payer le coût de leur avortement dans une installation privée avec des médecins non participants.

3.4.3 LES EFFETS PRÉVISIBLES SUR LES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES

Si, pour le moment, la prestation des services d'interruption de grossesse au Centre de santé des femmes de Montréal a atteint sa vitesse de croisière, le Conseil entrevoit, par ailleurs, que son éventuelle conversion d'organisme communautaire à but non lucratif en CMS posera problème.

D'abord, la Loi sur la santé et sur les services sociaux amendée à la suite de l'adoption du projet de loi n° 33 donne à ces nouvelles installations un statut privé à but lucratif, ce qui est un changement majeur; ensuite, elle les définit comme des lieux qui doivent être détenus et exploités majoritairement par des médecins investisseurs. Or, les médecins travaillant au centre de santé utilisent les installations de l'organisme communautaire sans en être ni les actionnaires ni les propriétaires. Selon quelles modalités un médecin non investisseur pourra-t-il emprunter les installations et travailler dans un CMS?

Au-delà de cet imbroglio juridique à devoir démêler, qu'advient-il de la gestion participative et collective du centre? Cette question a tout son sens, car les règles applicables aux CMS prévoient que, si un tel centre est exploité par une personne morale ou par une société, les affaires de ce centre doivent être administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne, selon le cas, formé majoritairement de médecins membres du Collège des médecins du Québec qui doivent en tout temps constituer la majorité du quorum d'un tel conseil. Y aura-t-il une place pour la participation collective des membres du Centre de santé des femmes de Montréal et de ses travailleuses? Ou leur participation sera-t-elle confinée dans les activités autres que celles qui sont liées à l'avortement? Quel sort sera réservé à l'approche globale en matière de santé des femmes, si la pratique de l'avortement devient le fait du seul CMS?

De plus, comme tout CMS doit aussi nommer un médecin comme directeur général, la rentabilisation de l'investissement privé en avortement peut devenir une priorité au lieu que ce soit le développement d'approches nouvelles en matière de contraception, d'éducation ou de prévention auprès de groupes particuliers. Si seule la prestation des services d'avortement était régie par entente, les autres activités du centre de santé continueraient-elles d'être subventionnées?

À l'heure actuelle, au printemps 2008, les deux autres centres de santé des femmes n'ont pas encore été sollicités par leur agence respective à se convertir en CMS. Le Conseil se refuse, pour le moment, d'y voir la possibilité d'un traitement différencié en fonction des régions sociosanitaires à forte densité de population de celles qui ne le sont pas.

3.5 *UNE BRÈCHE DANS LE PRINCIPE DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS SELON DES MODALITÉS UNIFORMES*

Ce nouveau cadre de prestation des services d'interruption de grossesse offre-t-il toutes les garanties que le principe de l'accessibilité aux soins est respecté?

Le principe de l'accessibilité aux soins prescrit dans la Loi canadienne sur la santé suppose que les résidents d'une province doivent avoir un accès raisonnable aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie buccale assurés selon des modalités uniformes, sans que cet accès soit restreint, directement ou indirectement, par des frais modérateurs, une surfacturation ou d'autres moyens comme la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière.

Or, le Conseil n'a aucune garantie quant à la pérennité des ententes administratives qui lient présentement le Centre de santé des femmes de Montréal et les quatre cliniques médicales avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, pas plus qu'il en a lorsqu'il examine ce qui se passe à la Clinique des femmes de l'Outaouais ou au Centre des femmes de Trois-Rivières. Autrement dit, lorsque viendra le temps de les renouveler, si pour une raison quelconque les parties ne s'entendent pas sur les quotas à remplir, cela veut-il dire que les femmes reviendront à la case de départ et ainsi devront de nouveau payer pour leur avortement? Si à cette situation s'ajoute celle où il y a fragilisation ou carrément diminution de la prestation des services d'avortement en centre hospitalier, le principe d'accessibilité n'aura plus d'assise.

Cette préoccupation du Conseil est présente dans le cas des ententes administratives qui ont cours actuellement, mais elle se manifesterait également dans le cas des ententes avec les CMS. Pour le Conseil, cette organisation comporte de nouveau, du moins pour le moment et en l'absence de meilleures garanties, un haut potentiel de fragilisation de la prestation des services d'avortement.

Comme il le faisait valoir récemment⁴⁶, le Conseil n'a pas l'assurance que toutes les interventions effectuées par un médecin participant au régime public dans un CMS seront couvertes par une entente; aussi, il y a un risque que les femmes traitées hors entente ne se voient imposer des frais additionnels. Peut-on penser que les trois situations suivantes se présenteront :

- ou les avortements seront entièrement payés par le régime public lorsqu'ils sont donnés dans un établissement public ou dans un CMS conformément à une entente;
- ou les avortements seront partiellement payés par le régime public lorsqu'ils sont donnés dans un CMS hors entente par des médecins participant au régime public et rétribués par la Régie de l'assurance maladie du Québec, les frais accessoires importants devront être acquittés, comme cela a toujours été le cas dans les cliniques médicales jusqu'à très récemment;
- ou encore les avortements seront entièrement payés par les femmes lorsqu'ils seront offerts dans un CMS où pratiquent des médecins qui ne participent pas au régime public.

3.6 LES CONSÉQUENCES PRÉVISIBLES SUR LES FEMMES

Les effets sur les femmes de cette entorse aux principes qui sous-tendent les lois actuellement en vigueur au Québec en matière de santé ont été mis récemment en lumière par le Conseil dans ses réactions au rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, rapport intitulé *En avoir pour notre argent*⁴⁷.

⁴⁶ Lettre du Conseil du statut de la femme adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux, le 15 janvier 2008.

⁴⁷ Conseil du statut de la femme, *Pour en avoir « vraiment » pour notre argent : un système public de santé – Réflexion sur le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé* En avoir pour notre argent, [recherche et rédaction : Francine Lepage], Québec, le Conseil, 2008, 27 p.

Dans son document, le Conseil rappelle que la population féminine a, dans l'ensemble, une capacité de payer nettement inférieure à celle de la population masculine. Les statistiques fiscales indiquent, en effet, que le revenu moyen de toute provenance des Québécoises de 20 ans et plus s'élevait à 24 581 \$ en 2004, alors que celui des Québécois atteignait 36 633 \$, soit un écart de 12 052 \$⁴⁸. De plus, cette infériorité relative du revenu des femmes se vérifiait dans toutes les tranches d'âge à partir de 20 ans. Enfin, certaines catégories de femmes, notamment celles qui sont responsables d'une famille monoparentale, les immigrantes et les femmes âgées seules, ont, dans l'absolu, des faibles revenus.

⁴⁸ Ces calculs sont basés sur les données provenant du document suivant : ministère des Finances et ministère du Revenu, *Statistiques fiscales des particuliers : année d'imposition 2004*, Québec, gouvernement du Québec, 2007, p. 55-90, tableau 3.

CHAPITRE IV

LA SITUATION SUR LA SCÈNE FÉDÉRALE

Malheureusement, dans les faits, l'avortement n'est ni un droit ni un acquis. En effet, à n'importe quel moment, le gouvernement fédéral peut le criminaliser et le rendre illégal comme il a d'ailleurs tenté de le faire aussitôt après que la Cour suprême du Canada statuait, en 1988, dans l'arrêt Morgentaler⁴⁹, que l'article 251 du Code criminel, parce qu'il restreint les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité des femmes⁵⁰, est inconstitutionnel. Sans perdre de temps, en novembre 1989, le gouvernement fédéral dépose le projet de loi n° C-43 par lequel il modifie le Code criminel afin d'interdire de nouveau l'avortement, sauf si un médecin juge que l'état physique, mental ou psychologique de la femme le requiert. Adopté par un vote serré de 140 voix contre 131 à la Chambre des communes, c'est finalement en 1991, grâce au vote égal⁵¹ du Sénat canadien, que ce projet de loi est battu.

Depuis, le Canada est l'un des rares pays du monde qui n'impose aucune restriction quant à l'autonomie reproductive des femmes en matière de poursuite ou d'interruption de grossesse⁵². Toutes les luttes féministes et toutes les batailles juridiques menées pour légaliser et décriminaliser cet acte auront abouti à le situer à l'intérieur de la sphère sociosanitaire. L'avortement est désormais un service médicalement requis.

4.1 DES MENACES SÉRIEUSES ET RÉPÉTÉES AUX DROITS DES FEMMES

À l'époque, devant ces tractations et le climat d'incertitude qui s'ensuivait, le Conseil choisi d'intervenir une autre fois sur la question de l'avortement⁵³. Il trouvait important de connaître la manière dont l'accessibilité à cet acte était assurée. Seize ans après la diffusion de son deuxième avis, le Conseil constate avec déception qu'il ne s'est pas passé une année sans que, d'une façon ou d'une autre, l'exercice de l'autonomie et du libre arbitre des femmes en matière de reproduction ait été remis en question, fragilisé, limité, voire menacé. Cela se traduisait même parfois, que ce soit au Québec ou ailleurs au Canada, sous des formes criminelles.

Mentionnons à cet égard, l'attentat à la bombe qui a détruit la clinique Morgentaler de Toronto en 1992, les attaques armées perpétrées contre des médecins prochoix d'Ancaster en 1995, de Winnipeg en 1997 et sur le même médecin de Vancouver à deux reprises en 1994 et en 2000. N'oublions pas non plus le harcèlement et l'intimidation

⁴⁹ R. c. *Morgentaler* [1988] 1 R.C.S. 30. Se référer à : <http://csc.lexum.unmontreal.ca/fr/1988>.

⁵⁰ En vertu de l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »

⁵¹ Au Sénat, un résultat égal entre les pour et les contre se solde par le rejet de la proposition.

⁵² Selon le Center for Reproductive Rights, des 49 pays qui permettent l'avortement sur demande, seulement 4, soit le Canada, la Chine, la Corée du Nord et le Vietnam, n'imposent aucune restriction. Se référer à : http://www.reproductiverights.org/fr_pub_fac_avort1.html.

⁵³ Conseil du statut de la femme, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, op. cit., document qui a paru après *La question de l'avortement au Québec*, op. cit.

proférés par les représentants des lobbys antichoix à l'endroit des clientes des cliniques de planification des naissances. Sur ce dernier point, les agressions à l'endroit des femmes et du corps médical qui fréquentaient les cliniques de la Colombie-Britannique ont été telles que le gouvernement provincial a adopté, en septembre 1996, la loi intitulée « Access to Abortion Services Act », par laquelle un périmètre de sécurité est érigé autour de ces établissements.

Ailleurs, au Québec, en Ontario et en Alberta, ce sont les injonctions temporaires ou permanentes qui permettent aux cliniques de créer des zones tampons, sinon pour empêcher, du moins pour maintenir à distance aujourd'hui encore les protestataires des lobbys antichoix et éviter ainsi une forme quelconque d'intimidation à leur clientèle déjà en proie à l'accablement lié à une interruption de grossesse.

4.2 L'UTILISATION DU CADRE LÉGISLATIF FÉDÉRAL POUR CONTRER L'AUTONOMIE REPRODUCTIVE DES FEMMES

Dans un autre ordre d'idées, sur le front législatif, des stratégies articulées ont été mises en avant au fil du temps en vue de circonscrire, de baliser et de limiter l'autonomie reproductive des femmes. Depuis 2003 seulement, neuf projets de loi privés avec cette intention avouée ont été déposés à la Chambre des communes.

La plupart de ces projets de loi privés (soit sept) ont été déposés par le même député⁵⁴. À titre d'exemple, le projet de loi n° M-83 qu'il a présenté demande au Comité permanent de la santé, premièrement, d'analyser la nécessité médicale de l'avortement et, deuxièmement, de comparer les risques auxquels s'exposent les femmes qui recourent à l'avortement contre ceux que subissent les femmes qui mènent à terme leur grossesse. C'est à 139 voix contre 66 que le 1^{er} octobre 2003 ce projet de loi a été rejeté.

En plus du fait de remettre carrément en question la nécessité médicale de l'avortement pour que, éventuellement, cet acte médical ne fasse plus partie du panier de services assurables, comme le propose le projet de loi d'intérêt privé n° M-83, l'autonomie et le libre arbitre des femmes sont de nouveau défiés à travers les supposés droits du fœtus⁵⁵.

D'ailleurs, cette tactique est apparue à diverses reprises tout au long des années : signalons l'affaire Borowski, en 1987, les injonctions accordées par le Québec et l'Ontario pour défendre respectivement à Chantal Daigle et à Barbara Dodd d'interrompre leur grossesse, en 1989, et le recours à la même procédure par un homme du Nouveau-Brunswick, en août 1996, pour empêcher son épouse de se faire avorter au Québec. Or, en mai 2006, voilà que le projet de loi d'intérêt privé n° C-291 porte lui aussi sur les

⁵⁴ Il s'agit du député conservateur de la Saskatchewan, Garry Breitkreuz.

⁵⁵ Selon l'article 223.1 du Code criminel du Canada, « un enfant devient un être humain lorsqu'il est complètement sorti, vivant, du sein de sa mère : a) qu'il ait respiré ou non; b) qu'il ait ou non une circulation indépendante; c) que le cordon ombilical soit coupé ou non ». L'article interprétatif du Code criminel affirme que le fœtus n'est pas un « être humain » au sens de la Charte canadienne des droits et libertés. Autrement dit, tant qu'il n'est pas né, l'enfant n'a aucun droit à la vie et à la sécurité, qui est reconnu aux personnes par la Charte.

supposés droits du fœtus puisqu'il propose qu'une personne soit inculpée de deux meurtres si elle tue une femme enceinte. Prétextant que l'intention coupable pouvait être inexistante si le meurtrier ignorait que la femme était enceinte, le Comité parlementaire canadien sur la procédure a retiré ce projet de loi en août de la même année.

Une version à peine retouchée de ce projet de loi est revenue récemment à la Chambre des communes. Connu sous l'appellation de « projet de loi C-484 », il a été adopté en deuxième lecture. Depuis ce vote qui s'est tenu le 5 mars 2008, il est à l'étude devant le Comité permanent de la justice et des droits de la personne, qui a la responsabilité de statuer sur sa recevabilité et, conséquemment, de décider s'il sera soumis ou non à un troisième vote en Chambre. Pour le moment, aucune indication n'a été donnée quant à la date de reprise des audiences.

Enfin, un autre projet législatif en lice tendant à réduire l'exercice du libre arbitre et l'autonomie reproductive des femmes combine à la fois la « recriminalisation » de l'avortement, la restriction médicale et les supposés droits du fœtus. En effet, c'est un amalgame de toutes ces manœuvres qui définit le mieux le projet de loi privé n° C-338 dont le dépôt et la première lecture se sont déroulés le 21 juin 2006. Ce projet a pour objet avant tout de modifier le Code criminel. Serait ainsi coupable d'une infraction criminelle et passible d'un emprisonnement maximal de cinq ans « quiconque, avec l'intention de procurer l'avortement d'une personne du sexe féminin [sic] dont il sait ou devrait savoir qu'elle a dépassé sa vingtième semaine de gestation, emploie, ou permet que soit employé, quelque moyen pour réaliser son intention [...] », à moins que la vie ou la santé de la femme enceinte ne soit en cause.

4.3 LES POSITIONS ANTÉRIEURES DU CONSEIL : TOUJOURS D'ACTUALITÉ

Le Conseil suit, non sans inquiétude, les travaux parlementaires qui pourraient de nouveau faire de l'avortement un crime. Rappelons qu'en 1988, dans son premier avis sur l'avortement⁵⁶, à la suite du jugement de la Cour suprême dans l'arrêt Morgentaler, il soutenait que ce jugement n'avait pas entraîné de vide juridique. Il y faisait également la preuve de l'impact négatif que toute mesure répressive criminelle aurait en matière de santé reproductive.

Le Conseil continue d'affirmer haut et fort que forcer la poursuite d'une grossesse sans que ce soit l'authentique aspiration et la véritable volonté des femmes, mais bien parce qu'il y a la menace d'une sanction criminelle contre elles ou contre un tiers qui leur fournirait les services d'avortement, est une violation de leur intégrité physique, une violation de leur personne. Bref, une telle procédure en ferait des otages.

Pour le Conseil, croire le contraire, c'est admettre que quelqu'un d'autre décide et contrôle le corps des femmes. D'ailleurs, les argumentaires des juges majoritaires Dickson, Beetz et Wilson dans l'arrêt Morgentaler sont sans équivoque là-dessus. Donc, tout aussi clairement qu'il l'affirmait en 1988, aujourd'hui encore le Conseil énonce avec

⁵⁶ Conseil du statut de la femme, *La question de l'avortement au Québec*, op. cit.

une conviction renouvelée que le Parlement fédéral ne devrait pas intervenir dans ce domaine en criminalisant l'avortement.

Par la suite, en 1992, le Conseil⁵⁷ réitérait qu'aucune loi pénale ne doit se superposer aux lois qui régissent la santé et la profession médicale au Canada. Depuis, il privilégie la démarche qui le conduit à faire en sorte que l'accessibilité à la gamme complète de services de planification des naissances, y compris les services d'avortement, soit assurée par un réseau d'établissements stables. À défaut de cette condition, comment les principes de la liberté, de l'égalité, de l'autodétermination, de l'autonomie reproductive et de l'intégrité physique en matière de poursuite ou d'interruption de grossesse pourraient-ils s'exercer ou avoir un sens autre que théorique?

4.3.1 L'ACCÈS AUX SERVICES D'AVORTEMENT : UNE QUESTION D'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES

Pour le Conseil, l'accès aux services d'avortement est une question d'égalité entre les sexes. En ce sens, le régime de santé québécois ne concerne pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Il veut aussi « diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes [et] atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions⁵⁸ ». Cet article donne la garantie aux Québécoises qu'elles retireront des bénéfices égaux de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. C'est la raison pour laquelle l'accès aux soins et aux services en matière de santé reproductive, y compris ceux qui sont liés à l'avortement, est considéré comme un moyen nécessaire pour permettre aux femmes de surpasser, voire de contrer, dans les faits leurs conditions de vie inégales.

La récente politique du gouvernement québécois sur l'égalité entre les femmes et les hommes, intitulée *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, adopte aussi cette perspective sur les questions liées à la santé reproductive. En reprenant à son compte la définition de la santé de l'Institut national de santé publique du Québec, dans laquelle elle est décrite comme « un état de bien-être, présupposant une capacité physique, psychologique et sociale qui permet à une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie [...]»⁵⁹, cette politique gouvernementale se donne comme objectif de contrecarrer les risques associés aux conditions de vie inégales des femmes. En matière de relations amoureuses et de couple, on y précise que cela se traduit en corrigeant le déséquilibre qui fait en sorte que les femmes sont principalement les responsables de la planification des naissances, alors qu'elles sont celles qui éprouvent de la difficulté à négocier des rapports sexuels protégés.

⁵⁷ Conseil du statut de la femme, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, op. cit.

⁵⁸ Article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

⁵⁹ Gouvernement du Québec, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait : politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, Québec, gouvernement du Québec, 2006, p. 63-67.

Retenons que, déjà au cours des années 1980, Catharine MacKinnon⁶⁰ et les représentantes du Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes ont avancé des arguments en ce sens devant les tribunaux dans certaines causes types. À leur avis, l'accessibilité aux services de planification des naissances est la condition qui fera que les femmes auront un contrôle plus égal sur leurs capacités reproductives, des chances plus égales de planifier leur vie et de participer ainsi plus pleinement à la société que si ces services n'étaient pas offerts.

En 2006, d'autres chercheuses⁶¹ empruntent cette voie et font de l'accessibilité à l'avortement une question d'égalité de droit et de fait en vertu des sections 15 et 28⁶² de la Charte canadienne des droits et libertés. Pour elles aussi, dans l'état actuel des relations entre les sexes, bon nombre des désavantages et des déséquilibres qui affligent les femmes sont associés à leur capacité de mettre des enfants au monde, aux rôles sociaux qui en découlent et aux restrictions qui leur sont imposées en raison aujourd'hui encore de leur prétendue destinée biologique.

Ces chercheuses déplorent également que les politiques de planification des naissances aient peu, sinon jamais, considéré l'avortement dans le contexte d'inégalité de fait dans lequel les femmes se retrouvent enceintes. L'avortement y baigne dans un contexte de neutralité de genre qui présume que les femmes aussi bien que les hommes ont le même contrôle sur leur fécondité et sur leur reproduction. Cette façon de faire a pour conséquence que l'avortement devient une question mécanique de l'offre et de la demande de services et, en conséquence, ignore l'inégalité de fait, voire l'oppression bien ancrée qui conduit aux grossesses non voulues. Pour ces chercheuses, ignorer le contexte d'inégalité de fait de la planification des naissances rend invisibles les réalités et les conditions de vie dans lesquelles les femmes choisissent d'interrompre leur grossesse et, par le fait même, cela rend tout aussi invisible la portée véritable de cet acte.

D'ailleurs, ces discriminations avaient été prises en considération par les juges majoritaires dans l'arrêt Morgentaler. Les constats faits par la juge Wilson sur l'inégalité profonde et inhérente au cœur même de l'avortement sont particulièrement éclairants quand elle affirme ceci :

[Le] droit à la liberté énoncé à l'article 7 garantit à chaque individu une marge d'autonomie personnelle sur ses décisions importantes touchant intimement à sa vie privée. La question devient alors de savoir si la

⁶⁰ Catharine MACKINNON, « Privacy v. Equality : Beyond Roe v. Wade », dans Catharine MacKinnon, *Feminism Unmodified : Discourses on Life and Law*, Cambridge, Harvard University Press, 1987, p. 93.

⁶¹ Sandra RODGERS, « Misconceived : Equality and Reproductive Autonomy in the Supreme Court of Canada », dans Sheila McIntyre et Sandra Rodgers (dir.), *Diminishing Returns : Inequality and the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, Toronto, Lexis Nexus, 2006, 271 p.

⁶² Les articles 15 (1) et 28 de la Charte canadienne des droits et libertés se lisent comme suit : « 15 (1) La loi ne fait exception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques. » et « 28. Indépendamment des autres dispositions de la présente charte, les droits et libertés qui y sont mentionnés sont garantis également aux personnes des deux sexes. »

décision que prend une femme d'interrompre sa grossesse relève de cette catégorie de décisions protégées. Je n'ai pas de doute que ce soit le cas [...] C'est une décision qui reflète profondément l'opinion qu'une femme a d'elle-même, ses rapports avec les autres et avec la société en général. Ce n'est pas seulement une décision d'ordre médical; elle est aussi profondément d'ordre social et éthique⁶³.

Pour le Conseil, l'État a l'obligation d'enlever tous les obstacles et toutes les contraintes qui nuiraient à l'accessibilité à l'avortement⁶⁴ en vertu des droits fondamentaux de liberté, d'égalité, de sécurité et d'intégrité, conférés par les chartes canadienne et québécoise.

⁶³ Se référer aux paragraphes 239 et suivants de l'arrêt *Morgentaler* (1988).

⁶⁴ Ces questions sont abordées par Claire FARID, « Access to Abortion in Ontario : From Morgentaler 1988 to the Savings and Restructuring Act », *Health Law Journal*, vol. 5, 1997, p. 119-145.

CONCLUSION

Dans cet état des lieux sur la question de l'avortement fait au moment où le Québec met en place un nouveau type d'installation pour la prestation des services d'avortement, soit les CMS, le Conseil examine certaines caractéristiques de la dispensation des services d'avortement liées à leur organisation et à leur fréquence. Il se montre particulièrement critique à l'endroit de l'état lacunaire de la recherche en matière de santé reproductive des femmes en général et en matière d'avortement en particulier. À ses yeux, cela se traduit par des portraits partiels sur l'avortement, alors que c'est un des actes médicaux effectués, en moyenne au cours des dernières années, plus de 28 000 fois et que c'est un acte urgent et non « électif » : voilà un pan important des conditions de vie des femmes qui est ignoré. De plus, en l'absence de recherches, certains phénomènes importants et troublants restent incompris et empêchent toute intervention qu'il s'agisse des liens à faire entre la violence et les avortements répétés dans le contexte québécois ou encore qu'il s'agisse des caractéristiques à établir sur les grossesses interrompues par médication.

D'autres constats du Conseil montrent que lorsque le financement des services d'avortement est approprié dans le réseau public, cela se traduit par une utilisation accrue des installations publiques : les régions qui ne disposaient d'aucune ressource en matière d'avortement ont ainsi pu en mettre sur pied en centre hospitalier et les CLSC ont pu accroître leur offre de services et leur accessibilité. Aussi, le recours à des services d'avortement hors du réseau public ne s'explique pas par la capacité de payer des femmes, mais bien parce que ce réseau n'a pas la capacité structurelle voulue pour leur répondre.

Après avoir pris note des ententes intervenues pour assurer la gratuité des services d'avortements dans les centres de santé et dans les cliniques médicales, le Conseil arrive à la conclusion qu'elles sont loin d'assurer la pérennité de ces services. De plus, il constate avec une certaine appréhension que la prestation des services d'avortement se trouve déjà fragilisée; en ce moment, pour la première fois de leur histoire, les cliniques médicales éprouvent des délais d'attente nettement supérieurs à ceux qu'elles avaient l'habitude d'avoir. Cette situation est conséquente au « délestage » que certains établissements publics exercent au profit des cliniques médicales. En fait, cela suggère au Conseil que le champ de la pratique est prêt à être remis au réseau privé, sans aucune garantie d'entente pour la gratuité à long terme des services. C'est une brèche importante dans l'accessibilité des soins.

Pour le Conseil, le principe de l'accessibilité aux soins selon les besoins, sans égard au revenu, au statut social ou au caractère assurable de la personne doit continuer de primer. Il lui importe de conserver les principes et les valeurs qui inspirent actuellement le système public de santé canadien et québécois. Pour le Conseil, c'est le meilleur garant des droits collectifs.

En terminant, le Conseil aurait souhaité ne pas avoir à intervenir une autre fois sur la question de l'avortement, étant convaincu que les femmes qui se battent depuis plus de 35 années ont finalement à leur disposition les services appropriés. Or, des faits nouveaux d'un déjà-vu troublant risquent encore une fois de fragiliser les conditions de vie des femmes du Québec. Ici, le Conseil pense notamment aux tentatives répétées de criminalisation de l'avortement; le rapide historique qu'il fait de ces velléités montre par ailleurs que cela crée un climat d'incertitude et d'insécurité qui marginalise encore l'avortement et qui le ceint de désapprobation sociale. Le Conseil a donc tenu à dégager dans le présent document les enjeux et à les évaluer à la lumière des principes qu'il défend depuis sa création, soit l'égalité des femmes, leur autonomie reproductive, leur liberté et leur sécurité.

**ANNEXE 1 – FRÉQUENCE DES AVORTEMENTS PAYÉS À L'ACTE PENDANT
LA PÉRIODE 2002-2006 SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT
POUR LES RÉGIONS DE L'OUTAOUAIS ET DE LA MAURICIE-
CENTRE-DU-QUÉBEC – QUÉBEC, 2007***

ANNÉE	OUTAOUAIS					MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC								
	CH		Clinique des femmes de l'Outaouais		Total	CH		Centre de santé des femmes		CLSC		Clinique médicale		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	N	%	
2006	27	2	1 349	98	1 376	266	28,5	482	51,7	175	18,7	10	1,1	933
2005	23	1,8	1 276	98,2	1 299	262	27,9	504	53,8	167	17,8	4	0,4	937
2004	26	1,9	1 363	98,1	1 389	315	32,8	466	48,5	156	16,2	25	2,6	962
2003	22	1,5	1 415	98,5	1 437	347	34,4	478	47,4	168	16,6	16	1,6	1 009
2002	24	1,8	1 315	98,2	1 339	360	33,9	469	44,2	165	15,5	47	4,4	1 041

* Compilation du Conseil du statut de la femme à partir des fichiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Régie de l'assurance maladie du Québec, Direction adjointe des services à la clientèle, *Nomenclature sur l'interruption volontaire de grossesse selon la région et le lieu de dispensation pour les années 2002-2006, régions de l'Outaouais et Mauricie-Centre-du-Québec.*

BIBLIOGRAPHIE

Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (procureur général), [2004], requête introductive d'instance précisée.

Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (procureur général), [2006], QCCS 4694.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *L'interruption volontaire de grossesse : lignes directrices du Collège des médecins du Québec*, Montréal, le Collège, 2004, 16 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Commentaires du Conseil du statut de la femme sur les Orientations ministérielles en planification des naissances*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, le Conseil, 1996, 27 p.

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

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *La question de l'avortement au Québec*, [recherche et rédaction : Suzanne Fontaine, Éric Laplante et Marie Rinfret], Québec, le Conseil, 1988, 48 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Pour en avoir « vraiment » pour notre argent : un système public de santé – Réflexion sur le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé En avoir pour notre argent*, [recherche et rédaction : Francine Lepage], Québec, le Conseil, 2008, 27 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, Québec, le Conseil, 1978, 335 p.

COORDINATION NATIONALE POUR L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT. *L'avortement : la résistance tranquille du pouvoir hospitalier*, Ottawa, Les Éditions du remue-ménage, 1980, 94 p.

FARID, Claire. « Access to Abortion in Ontario : From Morgentaler 1988 to the Savings and Restructuring Act », *Health Law Journal*, vol. 5, 1997, p. 119-145.

FISHER, William A. et autres. « Characteristics of Women Undergoing Repeat Induced Abortion », *Canadian Medical Association Journal*, Toronto, CMAJ, vol. 172, n° 5, 1^{er} mars 2005, p. 637-641.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait : politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, Québec, gouvernement du Québec, 2006.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Données sociales du Québec : édition 2005*, Québec, l'Institut, 2005, 227 p.

JONES, Rachel K. et autres. *Repeat Abortion in the United States*, [s.l.], Guttmacher Institute, Occasional Report, n° 29, novembre 2006, 65 p.

JONES, Rachel et Stanley K. HENSHAW. « Mifepristone for Early Medical Abortion : Experiences in France, Great Britain and Sweden », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, n° 3, mai-juin 2002, disponible à l'adresse <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3415402.html>.

MACKINNON, Catharine. *Feminism Unmodified : Discourses on Life and Law*, Cambridge, Harvard University Press, 1987, 332 p.

MACKINNON, Catharine. « Privacy v. Equality : Beyond Roe v. Wade », dans Catharine MacKinnon, *Feminism Unmodified : Discourses on Life and Law*, Cambridge, Harvard University Press, 1987, 332 p.

MCINTYRE, Sheila et Sandré RODGERS (dir.). *Diminishing Returns : Inequality and the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, Toronto, Lexis Nexus, 2006, 271 p.

MILLAR, Wayne J. et autres. « Repeat Abortions in Canada, 1975-1993 », *Family Planning Perspectives*, vol. 29, n° 1, 1997, p. 20-24.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, [l'élaboration du contenu de ce document a été coordonnée jusqu'en juin 1995 par la Direction générale des programmes en collaboration avec le Service à la condition féminine; la mise à jour et la révision finale ont été effectuées par la Direction générale de la planification et de l'évaluation], Québec, le Ministère, 1995, 32 p.

MINISTÈRE DES FINANCES ET MINISTÈRE DU REVENU. *Statistiques fiscales des particuliers : année d'imposition 2004*, Québec, gouvernement du Québec, 2007, 237 p.

MORGNY, Cynthia et Christine FIET. *Interruptions volontaires de grossesse : tenter de comprendre la répétition*, Bourgogne, République française, ORS Bourgogne et Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne, 2005, 47 p.

PHILLIPS, Susan P. « Violence and abortions : What's a Doctor to Do? », *Canadian Medical Association Journal*, Toronto, CMAJ, vol. 172, n° 5, 1^{er} mars 2005, p. 653-655.

R. c. *Morgentaler* [1988] 1 R.C.S. 30.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Organisation des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en coordination et concertation avec les partenaires concernés : document de travail*, Montréal, la Régie, 1997.

RODGERS, Sandra. « Misconceived : Equality and Reproductive Autonomy in the Supreme Court of Canada », dans Sheila McIntyre et Sandra Rodgers (dir), *Diminishing Returns : Inequality and the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, Toronto, Lexis Nexus, 2006, 271 p.