



Gouvernement du Québec  
Conseil du statut  
de la femme

**L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE  
CONTRACEPTION ET D'AVORTEMENT**

**Mai 1992**

Québec:  
8, rue Cook  
3ième étage, bureau 300  
Québec G1R 5J7

Cet avis a été adopté par les membres du Conseil du statut de la femme le 13 mars 1992.

Les membres du Conseil du statut de la femme sont Marie Lavigne, présidente, Lucie Dagenais, Pierrette Dupont, José Gauvreau, Tassia Helen Giannakis, Andrée Noël, Christine Marchildon, Anne Saint-Onge, Claire Sylvain, Hélène Tremblay et Claire Vaive.

Recherche et rédaction	:	Mariangela Di Domenico
Coordination de la recherche	:	Jacqueline Ramoisy
Révision linguistique	:	Sylvie Clavel
Secrétariat	:	Annie Savoie Sylvie Taupier
Production	:	Direction des communications

Dépôt légal - 2<sup>e</sup> trimestre 1992  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISBN : 2-550-26365-0  
Gouvernement du Québec

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.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE PREMIER - ÉLÉMENTS DE LA PLANIFICATION DES NAISSANCES DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS ADULTES .....	5
1.1 Contrôle de la fécondité .....	5
1.2 Les avortements au Québec .....	8
1.2.1 À propos de statistiques .....	8
1.2.2 Fréquence des avortements de premier trimestre .....	11
1.2.3 Fréquence des avortements de deuxième trimestre .....	11
1.3 Les méthodes chirurgicales utilisées .....	13
1.4 La méthode non chirurgicale .....	15
CHAPITRE 2 - CARACTÉRISTIQUES DE LA CONTRACEPTION ET DE L'AVORTE- MENT À L'ADOLESCENCE .....	19
2.1 Contraception à l'adolescence .....	19
2.2 Avortement à l'adolescence .....	21
2.2.1 Fréquence des avortements .....	22
2.3 Rôle de l'information .....	24
CHAPITRE 3 - DISTRIBUTION ET ACCESSIBILITÉ DES RESSOURCES EN AVORTEMENT .....	29
3.1 Analyse de la situation .....	29
3.1.1 Réseau public .....	30
3.1.2 Secteur communautaire et secteur privé .....	34

CHAPITRE 4 - ENCADREMENT DE LA PRATIQUE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG) .....	39
4.1 Encadrement légal et administratif de l'avortement .....	39
4.2 Formation des médecins .....	42
4.3 L'élaboration du contenu de la formation .....	43
CONCLUSION .....	47
ANNEXE A : Le taux de grossesse, de fécondité et d'avortement par 1 000 femmes âgées entre 15 et 19 ans, par province et territoire au Canada pour les années 1980, 1985 et 1987 .....	52

## PRÉAMBULE

En vertu de son mandat, le Conseil du statut de la femme peut entreprendre des consultations auprès d'individus ou de groupes sur toute question concernant la condition féminine.

Le texte du présent avis sur l'accessibilité aux services de contraception et d'avortement a fait l'objet d'une telle consultation auprès de groupes féministes spécialisés dans la thématique de la santé reproductive, d'associations professionnelles et d'intervenantes et intervenants directement engagés dans la prestation de ces services. Tout au long de son parcours, le Conseil a été stimulé par ces rencontres, qui ont donné lieu à des échanges fructueux permettant de valider et d'enrichir les recommandations formulées dans cet avis.

Les propositions qui suivent visent à améliorer l'accessibilité aux services de contraception et d'avortement. Conscient des enjeux que cette question représente pour la santé et le bien-être des femmes, le Conseil souhaite ainsi contribuer activement à faire connaître ces aspects de la condition de vie des femmes.



## INTRODUCTION

Au moment où le gouvernement québécois restructure le réseau des services de santé et des services sociaux et délègue plus de pouvoir aux régions, l'accessibilité pour les Québécoises et les Québécois aux services de base, tels les services de contraception et les services d'avortement, préoccupe les membres du Conseil du statut de la femme (CSF), d'autant plus que l'accessibilité à ces services n'est encore garantie par aucune orientation ou politique gouvernementale.

Dans la foulée de cette réorganisation, le moment semble donc bien choisi pour que le CSF actualise ses réflexions et réaffirme ses positions sur le contrôle de la fécondité et sur l'avortement.

Depuis la création du CSF en 1973, ses interventions en matière de santé reproductive ont été fondées sur les principes d'autonomie reproductive et d'intégrité physique de toute femme. Pour le CSF, c'est à l'intérieur de ces principes que s'inscrit l'exercice du libre choix qu'il défend en matière de contraception et de poursuite ou d'interruption de grossesse. Revendications centrales du mouvement des femmes, l'autonomie reproductive et l'intégrité physique des femmes rencontrent néanmoins des obstacles qui en limitent la réalisation. Parmi ceux-ci, il convient de mentionner les rapports de force inégalitaires entre les sexes, la dépendance économique de certaines femmes et le fait que les femmes assument encore principalement l'éducation des enfants. Les lacunes de l'information et de l'éducation sexuelle et l'état actuel des pratiques contraceptives et abortives ainsi que l'accessibilité à celles-ci sont aussi identifiées comme des facteurs inhibiteurs.

Dès ses premières réflexions sur le sujet, le Conseil a analysé la question de l'avortement en l'insérant dans la problématique plus globale de la prévention des grossesses non planifiées et non désirées. Pour le Conseil, la disponibilité de méthodes contraceptives sécuritaires et efficaces demeure une condition essentielle de la maîtrise de la fécondité.

Les positions du Conseil ont toujours été sans équivoque à cet égard tout comme celles où il établissait qu'il revenait aux seules femmes de décider de la poursuite ou de l'interruption de leur grossesse. De nombreuses interventions du CSF ont d'ailleurs porté en ce sens. Dans sa politique d'ensemble *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, de 1978, le Conseil soulignait la portée à la fois individuelle et sociale de la maternité dans la lutte que mènent les femmes et réclamait pour celles-ci le droit de choisir de vivre ou non un tel événement. Aussi, pour permettre aux femmes d'exercer un consentement libre et éclairé, le Conseil a-t-il insisté sur l'importance d'obtenir toute l'information tant sur la nature que sur les conséquences des choix retenus par les femmes.

Une fois ces options établies, le CSF devait s'assurer que les femmes qui exerceraient librement leur choix en matière de contraception, de poursuite ou d'interruption volontaire de grossesse disposeraient pour ce faire de services sanitaires et sociaux de qualité. À cet effet, le Conseil a été amené à faire valoir à plusieurs reprises, la nécessité d'implanter et de développer un réseau stable de cliniques de planification des naissances dans toutes les régions du Québec.

En juin 1986, devant la Commission sur les services de santé et les services sociaux, le Conseil du statut de la femme faisait valoir que la légalisation de l'avortement avait un impact déterminant sur la santé et la sécurité des femmes parce qu'elle garantissait un accès plus facile aux services socio-sanitaires et ce faisant, contribuait à la diminution de la mortalité et de la morbidité liées à l'avortement. À cet effet, le CSF recommandait au gouvernement la décriminalisation de cet acte.

Plus récemment, en 1988, à la suite du jugement de la Cour suprême dans l'arrêt Morgentaler, le Conseil soutenait que ce jugement n'avait pas entraîné de vide juridique sur la question de l'avortement puisque ce dernier, comme tout acte médical au Canada, est soumis aux différentes législations des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral. Le Conseil estime en effet qu'aucune loi pénale ne doit se superposer aux

lois qui régissent la santé et la profession médicale au Canada. Le CSF a défendu à nouveau cette position lors du dépôt du projet de loi C-43 visant la recriminalisation de l'avortement. Le climat d'incertitude créé par ce projet de loi a néanmoins été dissipé lors de son rejet par le Sénat canadien, qui a replacé la question de l'avortement dans le champ médical.

Ainsi, les circonstances sont favorables pour reprendre une réflexion sur les services en avortement qui, au cours des récentes années, ont connu une certaine stagnation et même un effritement. Nous faisons référence aux CLSC offrant les services d'avortement qui, non seulement n'ont pas augmenté, mais sont passés, depuis une dizaine d'années, de 14 à 12. En outre, entre les années 1989 et 1991, deux ressources hospitalières ont cessé leur pratique d'interruption volontaire de grossesse. Cet arrêt est d'autant plus problématique que ces établissements desservaient les clientèles éloignées des grands centres, soit celles de la Haute-Mauricie et de l'Abitibi.

À l'aube de l'annonce des orientations et politiques qui encadreront les services en matière de santé et de planification des naissances au Québec, le Conseil du statut de la femme soumet cet avis sur l'accessibilité aux services d'avortement. Dans les deux premiers chapitres, cet avis analysera certaines caractéristiques du contrôle de la fécondité tant dans la population adulte qu'adolescente; le troisième chapitre tentera de cerner la manière dont les ressources en avortement répondent aux besoins de la population. Le quatrième chapitre portera sur l'encadrement législatif et administratif de la pratique de l'avortement et ses conséquences sur l'accessibilité régionale aux services. Au terme de cette démarche, le Conseil du statut de la femme proposera des aménagements relatifs à l'organisation et à l'encadrement de ces services, tout en s'assurant de leur qualité et de leur accessibilité.



## CHAPITRE PREMIER - ÉLÉMENTS DE LA PLANIFICATION DES NAISSANCES DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS ADULTES

Le premier chapitre de cet avis étudiera tout d'abord la question de l'avortement en la situant dans le contexte plus large de la planification des naissances; il examinera ainsi quelques-unes des caractéristiques que la maîtrise de la fécondité a prises aux cours des dernières années. Il exposera ensuite certaines statistiques relatives à la fréquence de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) selon diverses variables (stades de gestation, méthodes abortives utilisées, etc.) en utilisant les plus récentes données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il sera également question d'une méthode d'avortement non chirurgicale, le RU 486, qui pourrait modifier les conditions d'exercice des avortements dès les premières semaines de gestation.

### 1.1 Contrôle de la fécondité

Le contrôle de la fécondité fait partie intégrante de la vie des femmes. Une majorité de femmes adultes utilisent une méthode de contraception sur une base régulière et constante. Pour celles qui ont choisi les anovulants, la contraception est un geste quotidien; pour les autres, elle s'exerce par des méthodes plus ou moins continues.

Ainsi, en 1987, 11 753 demandes ont été faites à la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour le remboursement de la pose de stérilets. Par ailleurs, selon une étude<sup>1</sup> de Madeleine Rochon, la stérilisation de l'un ou l'autre des conjoints est déjà fort répandue dans le groupe des 25 à 29 ans, où elle touche 15 % des femmes. Dans celui des 30 à 34 ans, la stérilisation est aussi fréquente que la contraception, touchant près de 40 % des femmes, et elle est deux fois plus répandue que l'utilisation de

---

<sup>1</sup> M. ROCHON, "La vie reproductive des femmes aujourd'hui. Le cas du Québec.", *Cahiers québécois de démographie*, Québec, 1989, p. 28.

la pilule contraceptive. Entre 35 et 39 ans, 46 % des femmes ont subi une ligature des trompes, 7 % une hystérectomie, et 13 % ont un conjoint vasectomisé, de sorte que les deux tiers des femmes de cette classe d'âge sont stérilisées ou ont un conjoint stérilisé.

Selon *La situation démographique au Québec*<sup>2</sup>, pour la seule année 1989, il y a eu 14 307 hystérectomies, 13 959 ligatures de trompes et 16 584 vasectomies. Il faut aussi signaler que le nombre d'opérations chirurgicales visant à redonner leur fertilité aux femmes et aux hommes stérilisés s'accroît rapidement.

Enfin, il convient de souligner qu'en matière de développement de nouveaux contraceptifs, peu de recherches ont été réalisées, et celles qui l'ont été, ont surtout privilégié les corrections hormonales de progestérone pour les femmes et les injections de testostérone pour les hommes. Compte tenu de l'impact de ces recherches sur le bien-être général, il est important d'y associer les femmes et les hommes à toutes les étapes.

La prévalence de la stérilisation chez les Québécoises et son augmentation chez les Québécois indiquent qu'il reste encore beaucoup à faire pour développer des méthodes contraceptives efficaces qui n'affecteraient pas la santé des femmes et des hommes, ainsi que des modes de stérilisation de caractère temporaire et réversible.

En conséquence, le CSF recommande :

1. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) alloue aux organismes concernés des fonds pour la recherche et le développement de méthodes contraceptives efficaces, facilement disponibles et sécuritaires pour la santé des femmes et des hommes; que le MSSS s'assure que les femmes et les hommes soient associés à tous les stades de la recherche.

---

<sup>2</sup> Bureau de la statistique du Québec, 1990.

La diffusion de l'information sur la sexualité, la contraception et l'avortement auprès du grand public apparaît également comme une condition de la prise en charge de la maîtrise de la fécondité. Le libre exercice du choix en matière de contraception, de stérilisation ou d'avortement est tributaire d'une diffusion abondante et adéquate d'information tant sur la nature des gestes posés que sur leurs conséquences. Le peu d'information sur la sexualité et la planification des naissances prépare mal les adultes à assumer leurs propres responsabilités au regard de leur sexualité et a fortiori à participer à l'éducation sexuelle des jeunes. Des campagnes de formation et d'information utilisant les médias de masse devraient être conçues dans cette perspective pour transmettre à la population les connaissances et l'information nécessaires.

Les ressources communautaires en santé des femmes ont contribué à diversifier la gamme des services d'information traditionnellement offerts en planification des naissances et en avortement. Établissant des liens entre les besoins des femmes et leurs dimensions sociales, ces ressources à but non lucratif se préoccupent également des causes sous-jacentes aux problèmes et travaillent à modifier les comportements qui les engendrent. Enfin, très souvent, elles remplissent un rôle de porte-parole et de défenseur des intérêts des femmes, qui permet l'amélioration des services. Ces activités de promotion et d'information sur les différents volets de la planification des naissances devraient être, de l'avis du Conseil, assurées par un financement stable et adéquat.

Il importe d'ailleurs de relever que le manque d'information dans une société rend vulnérables certains de ses membres. Ainsi à Montréal, un établissement à but lucratif exploite l'absence d'information sur les ressources dispensant l'avortement et sur les ambiguïtés liées à son statut légal en offrant aux femmes, moyennant paiement, des références sur les ressources en interruption volontaire de grossesse (IVG). Il est à déplorer qu'en 1992, certaines femmes soient obligées de payer une somme substantielle pour obtenir la liste des CLSC, des centres hospitaliers, des cliniques spécialisées et des centres de santé des femmes qui font des

IVG. Or, certaines instances ont déjà une infrastructure qui leur permettrait de jouer un rôle provincial de conseil et de référence auprès des femmes aux prises avec une grossesse non planifiée.

Compte tenu de l'état actuel de l'organisation de l'information sur les différents volets de la planification des naissances, le CSF recommande :

2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux stimule et soutienne la diffusion de l'information et de la publicité sur les différents volets de la planification des naissances.
3. Que pour assurer aux femmes une information à jour sur les services d'avortement, le MSSS soutienne la production annuelle d'un annuaire des ressources et qu'il veille à la mise sur pied d'un service téléphonique de référence provinciale 1-800 qui permette de conseiller les femmes et de les diriger vers les ressources appropriées.
4. Que pour assurer aux organismes communautaires oeuvrant en santé reproductive, la possibilité de remplir leur fonction d'information et de prévention et pour maintenir un incitatif au changement et à l'innovation en matière de santé reproductive, les activités d'information, de prévention, de promotion, de sensibilisation, d'éducation et de défense des droits soient directement financées par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

## 1.2 Les avortements au Québec

### 1.2.1 À propos de statistiques

Il est difficile, voire impossible, à l'heure actuelle d'obtenir une évaluation exacte de la fréquence des avortements pratiqués et de leur répartition selon les stades de gestation (premier ou deuxième trimestre).

Les documents disponibles pour l'année 1990 indiquent que 22 436 avortements thérapeutiques ont été facturés à la RAMQ (tableau 1). Il apparaît toutefois que ce nombre n'est qu'indicatif. En effet, il n'inclut

pas les avortements faits en CLSC, qui ne sont pas facturés à l'acte (certaines sources estiment que leur nombre oscillerait entre 1 200 et 1 500 annuellement), ni ceux du premier trimestre ou du second trimestre sous la responsabilité d'une clinique spécialisée ne participant pas à la RAMQ, ni ceux pratiqués dans le cadre d'autres actes médicaux (avortement spontané, retrait de stérilet, curetage). De plus, les catégories descriptives des codes d'actes utilisées par la RAMQ ne semblent pas non plus exclusives, empêchant ainsi de distinguer avec précision les avortements de premier et de deuxième trimestres.

L'imprécision des données nous oblige à nous limiter à une approximation. Malgré cela, nous tenterons d'évaluer la fréquence des avortements, qui devra néanmoins être considérée avec prudence compte tenu de la provenance des données et de leur segmentation.

Le CSF tout en souhaitant des changements dans l'enregistrement et la cueillette des données afin d'obtenir un portrait d'ensemble de la situation, insiste sur la nécessité de garantir l'anonymat des usagers.

En conséquence, le Conseil recommande :

5. **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, de concert avec la RAMQ et les intervenantes et intervenants du milieu, précise les codes d'actes exclusifs de façon à ce qu'il y ait une collecte de données qui permette de dresser des bilans périodiques complets des avortements pratiqués dans les divers établissements, tout en respectant l'anonymat des usagers.**

**Tableau 1 - Fréquence des avortements rémunérés à l'acte selon la classe d'âge et la méthode utilisée - Québec 1990.**

Groupe d'âge	Méthode utilisée				Total	
	6902	6936	6908	6909	N	%
	N	N	N	N		
Moins de 15 ans	8	5	4	128	145	0,65
15 - 19 ans	113	114	25	3 471	3 723	16,59
20 - 24 ans	144	98	44	6 261	6 547	29,18
25 - 29 ans	93	164	36	5 400	5 693	25,37
30 - 34 ans	41	112	29	3 633	3 815	17,00
35 - 39 ans	21	83	11	1 877	1 992	8,88
40 - 44 ans	3	17	3	469	492	2,19
45 - 49 ans	1	--	1	26	28	0,12
50 - 54 ans	--	--	--	1	1	--
55 ans et plus	--	--	--	--	--	--
<b>TOTAL N</b>	424	593	153	21 266	22 436	--
<b>%</b>	1,8	2,6	0,68	94,79	100,0	

Données compilées par le CSF à partir des tableaux de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

**CODE D'ACTE**

**AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE**

6902	Avortement thérapeutique tardif fait à partir de la quinzième semaine
6936	Grossesse interrompue - Induction par voie veineuse ou intra-utérine
6908	Par extraction menstruelle
6909	Par dilatation-aspiration-curetage

### 1.2.2 Fréquence des avortements de premier trimestre

D'après le tableau 1, en 1990, 72 % de toutes les IVG ont eu lieu chez les moins de 30 ans contre un peu plus de 28 % chez les classes d'âge plus élevées. Le détail par classe d'âge donne les pourcentages suivants :

- 17,3 % des avortements sont pratiqués chez les femmes âgées de moins de 20 ans;
- 29,2 % des avortements sont pratiqués chez les femmes âgées entre 20 et 24 ans;
- 25,4 % des avortements sont pratiqués chez les femmes âgées entre 25 et 29 ans;
- 17 % des avortements sont pratiqués chez les femmes âgées entre 30 et 34 ans;
- 11,2 % des avortements sont pratiqués chez les femmes âgées de plus de 35 ans.

D'après les méthodes d'avortement utilisées, plus de 95 % des interruptions de grossesse sont réputées être de premier trimestre.

### 1.2.3 Fréquence des avortements de deuxième trimestre

Selon Statistique Canada, en 1985, les avortements pratiqués au Canada entre la treizième et la vingtième semaine de gestation représentaient 10,7 % des 60 545 IVG.

Ceux pratiqués entre la treizième et la quatorzième semaine comptaient pour 5,5 %, ceux de la quinzième et de la seizième semaine, pour 2,2 %, ceux de la dix-septième semaine pour moins de 1 %, ceux de la dix-huitième, pour 1,1 % et ceux de la dix-neuvième et de la vingtième comptaient ensemble pour moins de 1 %.

Pour ce qui est de la situation au Québec, nous pouvons évaluer le nombre d'avortements de deuxième trimestre, en additionnant ceux faits par induction (code 6936) et ceux faits à partir de la quinzième semaine (code 6902). Ainsi, il y aurait eu 1 017 avortements de deuxième trimestre en 1990. Il s'agit de 4,4 % de tous les avortements payés à l'acte et facturés à la RAMQ. Les avortements par induction (code 6936) constituent 2,6 % de tous les avortements et ceux compilés sous avortement à partir de la quinzième semaine (code 6902), 1,8 %.

Si nous répartissons les avortements réputés de second trimestre au Québec en fonction des classes d'âge (tableau 2), nous constatons pour l'année 1990, que de tous les avortements réputés de second trimestre :

- 23,6 % ont été pratiqués chez des femmes âgées de moins de 20 ans;
- 49,07 % l'ont été chez des femmes âgées entre 20 et 29 ans;
- 25,27 % l'ont été chez des femmes âgées entre 30 et 39 ans.

**Tableau 2 - Fréquence des IVG réputées de second trimestre par classe d'âge et selon le nombre total d'IVG de second trimestre et selon le nombre total d'IVG, 1990**

Classe d'âge	Fréquence codes 6902 + 6936	Total/1 017 %	Total/22 436 %
Moins de 20 ans	240	23,6	1,07
20 - 29 ans	499	49,07	2,22
30 - 39 ans	257	25,27	1,15
40 - 49 ans	21	2,06	0,09
50 ans et plus	0	0	0

Données compilées par le CSF à partir des tableaux de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

### 1.3 Les méthodes chirurgicales utilisées

Les avortements pratiqués lors du premier trimestre de gestation le sont généralement par la technique médicale de dilatation-aspiration et curetage. Dans certains cas, la dilatation est provoquée la journée même de l'intervention par des tiges laminaires alors que dans d'autres cas, elle est déclenchée dès la veille de l'intervention. Cette procédure entraîne pour les femmes des déplacements et des coûts supplémentaires. La méthode de dilatation-aspiration-curetage est pratiquée sous anesthésie locale et régionale dans la majorité des établissements mais six centres hospitaliers la font sous anesthésie générale (l'un d'eux, après un stade de dix semaines de gestation). Quelques autres utilisent, pour les avortements de premier trimestre, certaines méthodes que des intervenantes et intervenants jugent moins appropriées, dont celle par dilatation et curetage sous anesthésie générale.

Les avortements pratiqués à des stades de grossesse de deuxième trimestre se font à l'aide de techniques médicales différentes. Ainsi, quelques établissements de santé privilégient, sous anesthésie locale, la méthode de dilatation-évacuation-curetage avec pose sérielle de tiges laminaires provoquant la dilatation. D'autres, dès la quatorzième semaine, induisent l'avortement à l'aide de prostaglandines ou de solution saline. De plus, certaines pratiques sous anesthésie générale ou par induction exigent une hospitalisation, tributaire des lits disponibles, ce qui risque de créer des délais accrus.

En plus de porter atteinte à l'intégrité physique des femmes, les conséquences de l'utilisation de ces méthodes plus lourdes sont l'augmentation des frais et une réduction de l'accessibilité. L'utilisation de techniques ne nécessitant pas l'hospitalisation pourrait pallier ces inconvénients.

Tout en notant que l'avortement est considéré comme une intervention chirurgicale fréquente, et parmi les plus sécuritaires aux États-Unis et dans les pays où il est légalisé, les études consultées établissent que la morbidité reliée à l'avortement est influencée par trois facteurs : le stade de gestation, l'âge de la femme et la technique utilisée. À ce propos, l'une d'elles établit que jusqu'à 16 semaines de gestation, les techniques chirurgicales (aspiration-curetage modifiée, dilatation-évacuation) les plus fréquemment utilisées, provoquent moins de complications que les techniques d'induction médicale.<sup>3</sup>

Tout en reconnaissant que c'est dans la multiplicité des modes d'intervention que s'inscrit l'exercice du libre choix pour les femmes qui désirent un avortement, il convient de s'assurer que celles-ci soient clairement informées des techniques utilisées et de leurs conséquences. De plus, il importe de favoriser l'utilisation de méthodes abortives qui soient les plus légères et les moins dommageables possible, et en même temps qui correspondent aux derniers développements des techniques médicales reconnues. En bref, les actes médicaux doivent être pratiqués dans le plus grand respect de l'intégrité physique des femmes.

Le Conseil du statut de la femme recommande :

6. **Que les professionnels de la santé engagés dans la pratique des avortements informent de façon appropriée les femmes des procédures médicales et chirurgicales utilisées pour l'interruption de grossesse et de leurs effets sur la santé.**
7. **Que pour s'assurer du plus grand respect de l'autonomie et de l'intégrité physique des femmes, les avortements soient pratiqués selon des méthodes sécuritaires qui correspondent aux plus récents développements des techniques médicales et chirurgicales éprouvées et que les techniques reconnues pour être lourdes soient autant que possible évitées.**

---

<sup>3</sup> É. GUILBERT, *Les femmes et l'avortement, revue de littérature*, Québec, Groupe de recherche multidisciplinaire féministe (GREMF), Université Laval, 1991.

#### 1.4 La méthode non chirurgicale

Lors d'un symposium de l'American Association for the Advancement of Science<sup>4</sup>, un directeur de la Fondation Rockefeller faisait état du recensement de 15 méthodes de contrôle de la fécondité disponibles pour les Européennes mais non pour les Américaines. Parmi celles-ci, il y a la pilule abortive RU 486, utilisée en France depuis 1988. La Grande-Bretagne vient de la rendre disponible et sa mise en marché dans les pays scandinaves est prévue au cours de l'année 1992.

Décrété "propriété morale des femmes" par le Ministre français de la Santé, le RU 486 a passablement modifié le contexte médical de l'avortement en France, particulièrement pour les avortements provoqués en tout début de grossesse. Accessible dans la plupart des 793 cliniques spécialisées, cette méthode abortive non chirurgicale a été choisie jusqu'à maintenant par plus de 60 000 femmes en France; désormais, 40 % des grossesses interrompues dans ce pays le sont par ce procédé<sup>5</sup>.

L'utilisation du RU 486 avant le 49<sup>e</sup> jour de retard des règles permet d'une certaine façon de pallier les difficultés techniques associées à la pratique des avortements précoces, c'est-à-dire avant la 6<sup>e</sup> semaine de gestation. Les délais auxquels les femmes font face entre le moment où elles présentent une demande d'IVG et celui où elles obtiennent le service répondent souvent à deux ordres : ou bien la demande est faite trop tôt pour les techniques en usage ou bien l'accessibilité aux services ne permet pas d'y répondre en temps voulu. L'utilisation du RU 486 permet de pallier le premier type de délai, à savoir lorsque la demande est faite trop tôt.

---

<sup>4</sup> "Abortion Pill Trial Gets Extremely Favorable Rating", *The Medical Post*, March 12, 1991, p. 4.

<sup>5</sup> D. ISRAELSON, "Abortion Pill Sparks New Debate", *The Toronto Star*, December 15, 1990, p. A2.

L'arrivée de ce produit sur le marché québécois modifierait sensiblement le contexte général de l'avortement. De l'avis du Conseil, le RU 486 fournit l'occasion d'explorer une nouvelle avenue en matière d'avortement non chirurgical. Le RU 486 offrirait un choix supplémentaire aux femmes désireuses d'interrompre un début de grossesse. Pour certaines d'entre elles, il pourrait être envisagé comme un substitut à l'avortement chirurgical. Conscient des enjeux liés au RU 486, le Conseil tient à s'assurer que l'utilisation de ce produit ne fera l'objet d'aucune banalisation. Déjà, dans son avis de 1988 sur l'avortement, le Conseil énonçait la nécessité d'imposer des conditions de contrôle médical rigoureux pour s'assurer de la disponibilité de ce médicament par prescription et de son utilisation adéquate afin d'éviter toute complication possible.

En matière de santé reproductive, les interventions du Conseil ont visé, depuis sa création en 1973, la préservation de la sécurité, de l'autonomie et de l'intégrité physique des femmes. Le recours au RU 486 par les Québécoises s'inscrirait tout à fait dans cette perspective. Alliées à l'expérience française, la recherche et l'expérimentation sur ce médicament dans le contexte québécois pourraient se révéler des éléments décisifs. Elles seraient garantes d'une information scientifique capable d'assurer ultérieurement une prise de décision responsable quant à l'autorisation du RU 486 sur le marché québécois. Comme dans toute intervention qui risque d'avoir un impact sur la santé des femmes, celle-ci implique que les femmes y seraient associées à toutes les phases de la recherche.

Il serait donc judicieux d'utiliser les protocoles de recherche sur le RU 486 déjà éprouvés, dont celui de l'Organisation mondiale de la santé. Ces cadres de référence permettraient d'inscrire les recherches cliniques sur le RU 486 à l'intérieur de paramètres confirmés et hautement sécuritaires pour les femmes.

De plus, pour permettre aux femmes d'exercer un consentement libre et éclairé, il faudrait s'assurer d'obtenir toute l'information tant sur la nature que sur les conséquences de toute intervention à être pratiquée sur leur corps. Les rares expériences cliniques canadiennes et québécoises à avoir été faites sur le RU 486 n'ont pas donné lieu jusqu'à présent à une diffusion large d'information tant au regard des modes d'utilisation que des effets secondaires possibles d'un tel médicament.

En conséquence, afin que le RU 486 fasse l'objet d'expérimentations cliniques en tant qu'abortif non chirurgical, le CSF recommande :

8. Que le gouvernement québécois invite le gouvernement fédéral à autoriser les recherches et les expérimentations cliniques qui seront entreprises au Québec dans le cadre de protocoles de recherche éprouvés, dont celui de l'Organisation mondiale de la santé, et qui permettront par la suite une prise de décision responsable quant à l'autorisation d'utiliser le RU 486 sur le marché canadien et québécois.



## CHAPITRE 2 - CARACTÉRISTIQUES DE LA CONTRACEPTION ET DE L'AVORTEMENT À L'ADOLESCENCE

Après avoir cerné dans le chapitre précédent quelques-uns des aspects qui caractérisent le contrôle de la fécondité chez la population en général, le présent chapitre en recensera certaines particularités à l'adolescence. Les observations recueillies serviront à dégager des pistes d'intervention permettant de contrer certains facteurs de risque en matière de grossesse et d'avortement chez les adolescentes. Tout au long de ce chapitre, les services d'éducation, d'information et de soutien qu'il faudrait offrir aux jeunes seront abordés. Cette clientèle semble en effet particulièrement vulnérable dans un contexte social où l'information sur la sexualité et sur la contraception est, dans les écoles et ailleurs, inadéquate ou inexistante. Les questions de contraception à l'adolescence s'inscrivent aussi dans la perspective très actuelle de la prévention des MTS, du sida et, éventuellement, de l'infertilité.

### 2.1 Contraception à l'adolescence

L'exercice de la sexualité et l'apprentissage de comportements responsables en matière de contraception au moment de l'adolescence paraissent d'autant plus difficiles que cette dernière est une période de la vie qui s'accompagne de changements majeurs tant sur les plans biologique que psychosocial. Parmi les facteurs ayant un impact sur l'intégration et l'adaptation sociales des jeunes, nous pouvons identifier les rapports parents/adolescentes/adolescents, les relations avec les pairs, la libéralisation sexuelle, le climat socio-économique et la présence presque continue des médias électroniques dans leur vie. Tous ces facteurs sont loin de véhiculer un message cohérent et univoque sur les valeurs à privilégier. En effet, d'un côté les jeunes sont sollicités à devenir très tôt des adultes autonomes et responsables et de l'autre, leur intégration au monde des adultes est retardée, notamment par l'occultation de leur sexualité.

Les relations sexuelles à l'adolescence sont un phénomène qui ne peut être ignoré. En 1984, au Québec, l'étude<sup>6</sup> d'une population étudiante fréquentant un établissement collégial indiquait que 43 % des étudiantes avaient eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 17 ans. Au moment de cette première relation sexuelle, l'âge moyen des étudiantes variait entre 14,7 ans et 16,5 ans. Cette activité sexuelle n'était cependant pas immédiatement assortie de contraception. D'autres études<sup>7</sup> révèlent que 40 % à 60 % des jeunes Québécoises risquent une grossesse lors de leur première relation sexuelle puisqu'elles n'utilisent aucune méthode contraceptive. En effet, au moment de leur première consultation pour contraception, un grand nombre d'adolescentes sont déjà sexuellement actives depuis environ un an. En général, les filles utilisent plus de moyens contraceptifs que les garçons. Près de 50 % des garçons considèrent que la contraception est une affaire de filles et la majorité des jeunes qui ne désirent pas utiliser de méthodes contraceptives sont des garçons.

Les anovulants sont une méthode contraceptive populaire. Dans l'enquête Santé Québec effectuée en 1987, 25 % des adolescentes de 15 à 17 ans ont déclaré prendre des pilules contraceptives. Chez les 18 à 19 ans, le pourcentage d'utilisatrices atteint 54 %. Ayant la faveur de celles qui sont engagées dans une liaison stable, l'utilisation des anovulants chuterait au fil des mois, au rythme de la détérioration de la relation avec le partenaire.

Le condom est un des moyens utilisés par les adolescentes et adolescents qui ont des partenaires d'occasion. Cependant, près de 50 % des jeunes affirment n'utiliser un condom que rarement ou jamais. Cette situation est alarmante étant donné l'incidence croissante des maladies transmises

---

<sup>6</sup> M.-F. DESJARDINS, S. LANGLOIS et Y. LEMOYNE, "Enquête épidémiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un cégep", *Union médicale canadienne*, n° 115, 1986, p. 668-771.

<sup>7</sup> MSSS, *Et la santé ça va?: rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les Publications du Québec, Québec, 1988.

sexuellement (MTS). En ce qui concerne les autres méthodes contraceptives, peu ont atteint la culture adolescente.

## 2.2 Avortement à l'adolescence

L'échec de la contraception est un des facteurs responsables de la grossesse d'une adolescente sur huit au Québec. Ce dernier présente un des taux les plus faibles de grossesse à l'adolescence au Canada; en 1987, il était de 25,1 par 1 000 femmes âgées entre 15 et 19 ans alors qu'il s'élevait à 38,3 en Ontario et à 56,7 au Manitoba, pour atteindre une moyenne canadienne de 38,3<sup>8</sup>.

Au Canada, entre 1980 et 1987, le taux de grossesse chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans a diminué de 45,1 à 38,3 par 1 000 femmes. Quant au taux d'avortement pour les mêmes périodes, il se situait entre 16,9 et 15,1 par 1 000.

Au Québec, entre 1980 et 1987, le taux de grossesse des adolescentes âgées de 15 à 19 ans variait entre 23,0 et 25,1 par 1 000 avec une tendance à la hausse. Le taux d'avortement oscillait entre 6,2 et 9,3 par 1 000 et était lui aussi à la hausse.

Des adolescentes qui recourent à l'IVG, 85 % le font dans les 10 premières semaines qui suivent la dernière menstruation et 15 %, entre 12 et 21 semaines. Moins de 1 % des avortements chez les adolescentes sont faits au-delà de 21 semaines de grossesse<sup>9</sup>. Toutefois, elles sont plus

---

<sup>8</sup> É. GUILBERT et G. FORGET, "Teenage Pregnancy in Canada and Québec", *Canadian Family Physician*, vol. 37, mai 1991.

<sup>9</sup> G. FORGET, L. CHARBONNEAU, J.-Y. FRAPPIER, A. GAUDREAU, É. GUILBERT et N. MARQUIS, *Adolescence et fertilité: une responsabilité personnelle et sociale - Avis sur la grossesse à l'adolescence*, ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Québec, Québec, 1989, p. 61-71.

nombreuses à consulter à des stades de grossesse plus avancés et c'est ce retard qui les rend plus sujettes aux complications.

Chez les adolescentes du Québec, le pourcentage d'avortements multiples est plus élevé qu'ailleurs. Ainsi, 8 % des adolescentes québécoises qui interrompent leur grossesse en seraient au moins à leur deuxième IVG. Par comparaison, le taux de répétition des avortements à l'adolescence est de 4,6 % en Angleterre, 3,0 % aux États-Unis et 1,5 % en Suède.

### 2.2.1 Fréquence des avortements

D'après les données de la RAMQ compilées au tableau 1, en 1990, un total de 145 avortements (0,6 %) ont eu lieu chez les filles âgées de moins de 15 ans et 3 723 (16,6 %) chez celles âgées entre 15 et 19 ans. De tous les avortements facturés à la RAMQ, 17,2 % ont donc été pratiqués sur des femmes de 19 ans et moins.

Les avortements réputés de second trimestre pratiqués sur des femmes de moins de 20 ans se chiffraient à 240 en 1990. Ce nombre représente 23,5 % du total des avortements de second trimestre. L'accès à l'information sur la sexualité et à l'ensemble des services en matière de planification des naissances est donc particulièrement important pour les jeunes.

D'après les données de la RAMQ compilées au tableau 3, parmi tous les avortements pratiqués sur les femmes de moins de vingt ans, 93,7 % étaient des avortements de premier trimestre et 6,3 % étaient réputés de second trimestre.

L'incidence des avortements réputés de second trimestre est donc plus élevée parmi les femmes de moins de 20 ans que parmi l'ensemble des femmes ayant vécu un avortement.

**Tableau 3 - Fréquence des avortements facturés à la RAMQ en 1990 auprès des adolescentes âgées de moins de 15 ans et de celles âgées entre 15 et 20 ans selon les codes de la RAMQ**

Classe d'âge	Codes de la RAMQ				Total
	6902	6908	6909	6936	N
Moins de 15 ans	8	4	128	5	145
Entre 15 et 19 ans	113	25	3 471	114	3 723
Sous-total	121	29	3 599	119	3 868
%	3,2	0,7	93,0	3,1	100,0
Toutes les classes d'âge					
<b>TOTAL</b>	<b>424</b>	<b>153</b>	<b>21 266</b>	<b>593</b>	<b>22 436</b>

Données compilées par le CSF à partir des tableaux de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1990.

Un article récent<sup>10</sup> rapporte qu'en 1985, 37,5 % des adolescentes enceintes au Canada, âgées entre 15 et 19 ans, avaient décidé d'interrompre leur grossesse contre 42 % des adolescentes québécoises du même âge; 62,5 % des jeunes Canadiennes et 58 % des jeunes Québécoises ont donc poursuivi leur grossesse. Nombre d'études<sup>11</sup> associent la poursuite de la grossesse à l'adolescence à un problème de pauvreté. En effet, les jeunes filles qui poursuivent leur grossesse proviennent fréquemment d'un milieu socio-économique défavorisé et ont peu d'attentes face à la réussite scolaire et professionnelle. De plus, ces adolescentes sont reconnues pour retarder le moment de leur première consultation médicale, ce qui diminue d'autant la possibilité d'un recours à l'avortement.

<sup>10</sup> É. GUILBERT et G. FORGET, *op. cit.* 1991, p. 1189.

<sup>11</sup> G. FORGET, L. CHARBONNEAU, J.-Y. FRAPPIER et al., *op. cit.* 1989, p. 61-71.

Les coûts sociaux associés à la poursuite de la grossesse à l'adolescence ont fait l'objet de fort peu d'études surtout en ce qui a trait aux effets économiques et psychosociaux à court, moyen et long terme sur la mère adolescente, le père adolescent et l'enfant. Certaines analyses font état qu'en 1987, 63,7 % des mères âgées de moins de 20 ans étaient prestataires de la sécurité du revenu et que plus de 80 % étaient à la tête d'une famille monoparentale<sup>12</sup>. Les mêmes sources indiquent que les adolescentes qui choisissent l'avortement sont issues de milieux socio-économiques moyens ou plus favorisés. Elles sont plus autonomes et poursuivent des buts éducatifs et professionnels précis.

### 2.3 Rôle de l'information

Devant ce constat, des questions importantes se posent quant aux services d'éducation, de soutien et de contraception qu'il faudrait offrir aux jeunes afin que les problématiques spécifiquement reliées à l'adolescence soient prises en compte. Dans une perspective globale de maîtrise de la fécondité chez les garçons et les filles et de diminution du risque de grossesse chez les jeunes femmes, l'information et le développement des services d'éducation sexuelle constituent des composantes essentielles. L'éventail de ce qui existe en ce domaine est restreint et le rôle de l'école est assez limité. Les 25 heures consacrées à cet enseignement durant les années du secondaire dans le cadre du Programme de formation personnelle et sociale ne peuvent être considérées comme suffisantes alors qu'un encadrement pluridisciplinaire et une approche globale devraient prévaloir en matière d'éducation sexuelle des jeunes.

Les intervenantes et intervenants qui constituent les équipes multidisciplinaires du Programme jeunesse des CLSC jouent un rôle important en matière d'information sur la sexualité. Cependant, les interventions

---

<sup>12</sup> É. GUILBERT et G. FORGET, "Teenage Pregnancy in Canada and Québec", *Canadian Family Physician*, vol. 37, mai 1991, p. 1189.

diffèrent d'un endroit à l'autre, selon la collaboration des directions d'écoles, de la disponibilité des outils didactiques et de l'organisation du travail. Dans les écoles, la contribution des infirmières scolaires est intéressante mais sa portée est limitée. Une grande part de leur travail représente un suivi individuel et c'est surtout à l'intérieur de ces consultations qu'elles répondent aux questions des jeunes sur la sexualité, les pratiques contraceptives ou encore leurs relations avec leurs pairs et leurs parents. Malgré ces efforts, il reste beaucoup à faire pour assister de façon appropriée les jeunes dans leur développement sexuel.

Outre le soutien aux jeunes, un soutien particulier devrait être également accordé aux parents et aux éducatrices et éducateurs afin de les assister dans leur rôle de formateurs et formatrices auprès des adolescentes et adolescents. Des campagnes de formation et d'information devraient être conçues dans cette perspective et les médias devraient être utilisés pour leur transmettre les connaissances nécessaires.

On peut attribuer l'incidence des avortements réputés de second trimestre chez les femmes âgées de moins de 20 ans à la répartition inégale des ressources en planification des naissances, à l'absence d'information, à l'ambivalence de certaines jeunes devant une éventuelle maternité ainsi qu'à des diagnostics erronés quant à la grossesse. De plus, les services de planification des naissances ayant été conçus et développés pour les besoins de la population adulte, les jeunes peuvent ne pas s'y sentir à l'aise et ne pas les utiliser en craignant, entre autres, que leur anonymat ne soit pas respecté. Un constat de rareté de ressources spécifiquement conçues pour les jeunes s'impose donc.

En effet, il n'existe que trois ressources ayant des services en avortement destinés à cette clientèle et toutes trois sont situées à Montréal. Une clinique de jeunes offre la gamme complète des services en planification des naissances, incluant l'interruption de grossesse jusqu'à 12 semaines de gestation. Dans le cas des IVG pour des périodes

de gestation pouvant aller jusqu'à 20 semaines, c'est un centre hospitalier qui est la ressource. Une troisième institution rend disponible l'IVG pour des périodes de gestation ne dépassant pas 10 semaines.

Le CSF veut reconnaître ici le travail important fait en 1989 par le Comité famille-enfance de la Division santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec<sup>13</sup>. Il désire s'associer aux recommandations du Comité, qui visent à favoriser une attitude contraceptive responsable, à prévenir les grossesses à l'adolescence et à limiter les conséquences biologiques, psychologiques et sociales de la grossesse à un très jeune âge.

S'inspirant donc des recommandations du Comité famille-enfance, le CSF recommande au gouvernement du Québec de s'assurer :

9. **Que le ministère de l'Éducation réaffirme l'importance de l'éducation sexuelle en milieu scolaire et entreprenne une évaluation de l'implantation et des effets du Programme de formation personnelle et sociale, principalement de son volet "éducation à la sexualité".**
10. **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux diffuse périodiquement de la publicité et de l'information destinée aux filles et aux garçons sur la prévention de la grossesse à l'adolescence.**
11. **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux implante la gratuité des méthodes contraceptives pour les moins de dix-huit ans.**
12. **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux veille à assurer la présence soutenue des infirmières scolaires au sein des écoles.**
13. **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les ministères concernés, entreprenne des recherches sur les risques et les coûts à long terme liés à la parentalité à l'adolescence ainsi que sur l'impact des médias sur les attitudes sexuelles des jeunes et sur leur état de santé afin de mettre sur pied des programmes d'intervention et de prévention adéquats.**

---

<sup>13</sup> G. FORGET, L. CHARBONNEAU, J.-Y. FRAPPIER, A. GAUDREULT, É. GUILBERT et N. MARQUIS, *Adolescence et fertilité: une responsabilité personnelle et sociale - Avis sur la grossesse à l'adolescence*, ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Québec, Québec, 1989.

14. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que chacune des ressources où l'interruption volontaire de grossesse est disponible comporte les services de counselling pré et post-avortement auprès des adolescentes.
15. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les organisations professionnelles médicales, s'assure qu'à l'intérieur de la formation des médecins soit incluse une section obligatoire en planification des naissances traitant, entre autres, des problèmes reliés spécifiquement à l'adolescence.
16. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mette sur pied un mécanisme permanent de concertation ayant pour but, d'une part, de favoriser et d'harmoniser l'information et l'éducation sur la sexualité et sur la planification des naissances et, d'autre part, d'informer tous les intervenants et intervenantes oeuvrant auprès des jeunes (médecins, infirmières, travailleuses sociales, professeurs, etc.) sur les services et ressources offerts aux jeunes en sexualité, contraception, poursuite ou interruption de grossesse.



## CHAPITRE 3 - DISTRIBUTION ET ACCESSIBILITÉ DES RESSOURCES EN AVORTEMENT

Le troisième chapitre tentera de cerner la manière dont la distribution régionale des ressources en avortement répond aux besoins de la population féminine. La description de l'organisation des services d'avortement tant dans les réseaux public que communautaire et privé sera exposée dans cette section afin de faire ressortir les difficultés liées à leur accessibilité. À la suite de cet examen, le Conseil fera des propositions visant à améliorer l'accès aux services d'avortement actuellement offerts au Québec.

### 3.1 Analyse de la situation

La première clinique privée à dispenser des services d'avortement date de la fin des années 1960. Installée à Montréal, elle a bientôt été suivie du premier centre communautaire de santé des femmes, qui offrait les mêmes services. Ces deux établissements ont été les pionniers de la pratique des avortements au Québec tant par leur rôle de dispensateurs de services que par celui de formateurs auprès de médecins soucieux de se familiariser avec les nouvelles techniques d'avortement.

Depuis 1972, au Québec, le domaine de la planification des naissances est assuré par le réseau public. Ainsi, dans le but de rendre disponibles les services de contraception, de stérilisation masculine et féminine, de traitement de l'infertilité, d'avortement, de dépistage et de traitement des maladies transmises sexuellement, le modèle mis de l'avant par le ministère de la Santé de l'époque comportait un programme de services de consultation de base dans les CLSC et un programme de services plus spécialisés en milieu hospitalier.

En 1978, le gouvernement québécois a favorisé l'implantation en centres hospitaliers d'un programme de services spécialisés en planification des

naissances (stérilisation, infertilité, avortement) complétant le réseau de services de consultation de base dans les CLSC.

Au printemps 1992, en plus des 39 établissements du réseau public, soit 27 centres hospitaliers et 12 CLSC, on comptait 4 cliniques spécialisées, deux centres de santé à but non lucratif et une clinique des femmes offrant les services d'interruption médicale de grossesse (tableau 4). Ces catégories d'établissements représentent respectivement 58,7 %, 26,1 %, 8,7 % et 6,5 % des ressources en avortement du Québec.

On constate une forte concentration des services d'avortement en milieu urbain. En effet, à Montréal on retrouve 40,0 % des ressources hospitalières, 50,0 % des ressources de CLSC, la totalité des cliniques spécialisées et la moitié des ressources communautaires qui offrent les services d'avortement. L'absence ou la rareté des ressources en région risquent d'être la source de retards indus et de déboursés en raison des déplacements vers Montréal qu'elles occasionnent.

### 3.1.1 Réseau public

Au Québec, sur les 27 centres hospitaliers qui offrent les services d'interruption médicale de grossesse, 22 les dispensent à l'intérieur de leur clinique de planification des naissances.

Il est à noter que 7 des 16 régions du Québec dispensent l'IVG uniquement à travers le réseau hospitalier et, dans 4 régions, l'hôpital agit à titre de ressource unique dans la prestation des services d'avortement. Cette situation rend particulièrement précaire la pratique de l'avortement lorsque l'équipe médicale ne peut répondre à la demande de la clientèle, soit pour une raison de mobilité ou de pénurie de personnel, soit pour une raison technique, par exemple un bris d'équipement. L'existence de structures administratives et médicales autonomes devient en ce sens, garante de la pérennité de la pratique.

**Tableau 4 - Nombre et catégories d'établissements dispensant le service d'avortement par région administrative du Québec - Octobre 1991**

Région	Nombre	Catégories d'établissements
01 - Bas Saint-Laurent	1	Centre hospitalier
02 - Saguenay - Lac-Saint-Jean	2 2	Centres hospitaliers CLSC
03 - Québec	2	Centres hospitaliers
04 - Mauricie - Bois-Francs	1 1 1	Centre hospitalier Centre de santé des femmes CLSC
05 - Estrie	1	Centre hospitalier
06 - Montréal métropolitain	11 6 4 1	Centres hospitaliers CLSC Cliniques privées Centre de santé des femmes
07 - Outaouais	1	Centre de santé des femmes
08 - Abitibi - Témiscamingue	1	Centre hospitalier
09 - Côte-Nord	1	Centre hospitalier
10 - Nouveau-Québec	Aucun	
11 - Gaspésie - Îles- de-la-Madeleine	2	Centres hospitaliers
12 - Chaudières - Appalaches	Aucun	
13 - Laval	1 1	Centre hospitalier CLSC
14 - Laurentides	2	Centres hospitaliers
15 - Lanaudière	Aucun	
16 - Montérégie	2 2	Centres hospitaliers CLSC

Les données de la RAMQ, en date de septembre 1990, montrent que des 21 445<sup>14</sup> avortements payés à l'acte et comptabilisés pour l'année 1990, 65,8 % avaient été faits en centres hospitaliers.

À l'heure actuelle, seuls 12 CLSC sur un total de 158 dispensent le service, soit près de 8 %. Ces établissements sont situés, pour leur très grande majorité, à Montréal et dans sa périphérie (Laval et Montérégie). En dehors de cette agglomération, seules les régions du Saguenay - Lac-Saint-Jean, et très récemment, de la Mauricie - Bois-Francs, ont instauré des services d'avortement en CLSC. Les CLSC ne dispensent donc des services d'avortement que dans 5 régions administratives.

Le conseil d'administration de chaque CLSC est l'instance décisionnelle lorsqu'il s'agit de gérer et d'allouer les budgets des différents programmes; c'est à lui que revient la décision d'implanter ou non le volet interruption volontaire de grossesse dans le CLSC. Ce volet peut comprendre non seulement la référence mais aussi l'intervention médicale. Depuis le début des années 1980, époque à laquelle ont eu lieu les premiers avortements en CLSC sans comité d'avortement thérapeutique, seulement 14 conseils d'administration ont pris une telle décision. Depuis lors, deux CLSC ont dû interrompre le service à la suite des pressions de groupes anti-choix et d'une pénurie de personnel médical.

---

<sup>14</sup> L'écart entre ce nombre et celui de 22 436 déjà mentionné s'explique par le fait qu'à l'automne 1991, la ventilation des avortements payés à l'acte pour l'année 1990 ne couvrait qu'une partie de l'année.

En 1989, les CLSC ont procédé à 1 389<sup>15</sup> avortements. Ce nombre correspond à 6,5 % des 21 390 avortements pratiqués au Québec cette année-là alors que les CLSC constituaient 25 % des ressources. Il semble que les CLSC qui offrent le service d'avortement pratiqueraient deux ou trois IVG par semaine. Selon un sondage mené par la Fédération des CLSC en 1988, il semblerait que dans certains établissements, le conseil d'administration aurait fixé un nombre maximum d'avortements par mois<sup>16</sup>.

Selon ce sondage, une forte majorité de CLSC feraient de la référence pour les services d'avortement. Ces références varieraient de moins d'une à 20 ou 30 par mois. Toutefois, le nombre de références ne constitue pas un indice du besoin véritable d'IVG par région. En effet, le document de la Fédération relève le cas d'une région qui n'offrait pas de services d'IVG et qui n'a pas eu non plus à faire de la référence alors que quelque 160 grossesses chez des mineures de son territoire se sont presque toutes soldées par une IVG. Dans certaines régions, il y aurait donc un écart important entre les besoins de certaines clientèles et les services disponibles auprès des CLSC.

Plusieurs facteurs expliqueraient la réserve des CLSC à l'égard d'une implication plus directe en matière d'IVG. Le sondage mentionne la difficulté d'assurer la confidentialité en milieu rural, les valeurs conservatrices de certains milieux, la résistance des médecins, la jeunesse de certains CLSC et leur manque de ressources financières.

---

<sup>15</sup> Données transmises par Madeleine Rochon, MSSS, Service des études socio-sanitaires, février 1991. Les données des CLSC pour 1989 ont été obtenues de chacun des établissements puisque les médecins y sont payés à salaire et que, conséquemment, leur pratique est exclue des banques de données de la RAMQ.

Cité dans le document de consultation intitulé *État de situation de l'accessibilité des services d'avortement*, CSF, mars 1991.

<sup>16</sup> J.-P. BÉLANGER, *Faits saillants du sondage éclair auprès des CLSC sur l'avortement*, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, juin 1988, p. 3.

Les CLSC sont actuellement peu nombreux à offrir des services d'avortement. Toutefois, la qualité des interventions qu'ils pratiquent, leur implantation dans toutes les régions du Québec ainsi que le fait qu'ils font partie du réseau public amènent à souhaiter que cette catégorie d'établissement prenne une part croissante dans le développement des ressources en avortement dans la mesure où la *Loi sur la santé et les services sociaux* (L.Q, 1991, c. 42) lui accorde un mandat bien précis à cet effet.

### 3.1.2 Secteur communautaire et secteur privé

Au printemps 1992, Montréal comptait sur son territoire toutes les ressources spécialisées en avortement du réseau privé ainsi qu'un des deux centres de santé des femmes à but non lucratif du réseau communautaire. L'autre centre de santé des femmes est situé à Trois-Rivières alors qu'à Hull, la clinique communautaire des femmes a conclu une entente de service avec le réseau de la santé.

Comme le Conseil a déjà eu l'occasion de le préciser dans ses commentaires sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>17</sup>, les centres de santé des femmes ont développé une approche différente du système institutionnel en matière de planification des naissances, d'interruption de grossesse, d'auto-santé, de dépistage et de traitement des MTS. Les ressources communautaires et alternatives en santé des femmes ont diversifié la gamme des services traditionnellement offerts aux femmes. Elles ont mis l'accent sur une approche globale et multidisciplinaire répondant aux problèmes de santé vécus par les femmes.

---

<sup>17</sup> Conseil du statut de la femme, *Commentaires et propositions du Conseil du statut de la femme sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux «Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec»*, rédigé par C. Bonfanti, S. Fontaine et H. Latérière, Québec, 1989, 58 p.

Ces organismes dispensent donc des services de base, dont l'approche répond aux besoins spécifiques de nombreuses femmes. Toutefois, les frais afférents<sup>18</sup> associés aux services d'avortement conduisent les deux centres de santé des femmes à être tributaires des contributions volontaires des femmes et des subventions gouvernementales. Dans le cas de la clinique des femmes de Hull, ces frais afférents sont entièrement assumés par le MSSS dont le CLSC de la région est le fiduciaire et avec lequel elle a conclu une entente de service puisqu'elle assume seule, tous les avortements du territoire.

Quant aux cliniques spécialisées, elles ont aussi développé des modes d'intervention qui, tout en étant différents de ceux décrits précédemment, répondent aux besoins spécifiques de nombreuses femmes. De façon générale, les cliniques ont développé une expertise dans l'intervention de deuxième trimestre. Toutes utilisent la méthode de dilatation-aspiration-curetage sous anesthésie locale pour le premier trimestre de grossesse; elles sont reconnues et réputées pour utiliser sous anesthésie locale la méthode de dilatation-évacuation-curetage pour des temps de gestation plus élevés. Ces ressources exigent des patientes des montants variant entre 75 \$ et 200 \$ pour couvrir certains frais afférents et rendre ce service disponible.

Les ressources communautaires et privées, alors qu'elles constituent 15,2 % de toutes les ressources en interruption de grossesse, ont pratiqué en 1990 plus du tiers (34,2 %) des avortements.

En résumé, soulignons qu'en ce qui a trait à la distribution des ressources en avortement :

- trois régions n'en ont aucune, soit le Nouveau-Québec, Chaudières-Appalaches et Lanaudière;

---

<sup>18</sup> Frais non remboursés par la RAMQ pour l'utilisation de certains médicaments, pour le recours à certains tests (de grossesse, échographie) et pour certains services para-médicaux (counselling, etc.).

- . l'Outaouais, la Côte-Nord, la Gaspésie - îles-de-la-Madeleine et Laval rendent accessibles les services d'IVG jusqu'à la 12<sup>e</sup> semaine de gestation;
- . seulement 5 régions sur 16 dispensent les IVG à des stades de gestation de plus de 14 semaines et seules Montréal et l'Estrie offrent des services complets jusqu'à 20 semaines;
- . dans l'Outaouais, tous les avortements sont pris en charge par l'établissement communautaire, qui est aussi la seule ressource de la région à offrir le service; au total, 5 régions dispensent les IVG à travers une ressource unique;
- . seules trois ressources sont spécialisées auprès des adolescentes et toutes les trois sont situées à Montréal;
- . il n'y a que deux régions qui fournissent des ressources complètes en avortement au Québec;
- . à peine 7,5 % des établissements du réseau des CLSC dispensent les services d'interruption de grossesse; la moitié de ces ressources se trouvent dans la région de Montréal;
- . alors que les hôpitaux forment 58,7 % des ressources en avortement, ils ont pratiqué 65,8 % des avortements;
- . les ressources communautaires et privées, constituant 15,2 % des ressources en 1990, ont pris en charge 34,2 % des avortements;
- . plus de 34 % des avortements ont été faits en cliniques spécialisées privées et communautaires et ont entraîné des déboursés pour les femmes en 1990.

À la lumière de la situation qui vient d'être exposée, le CSF considère que l'accessibilité gratuite et universelle aux services d'avortement représente un défi pour l'organisation de notre système de santé, alors que plus du tiers (34 %) des avortements ont nécessité des déboursés de la part des usagères. De plus, le Conseil est à même de constater que certains facteurs ont un effet sur les délais encourus depuis le moment où une demande de service d'avortement est déposée et celui où le service est effectivement dispensé : l'absence de services dans 3 régions, l'inexistence de services au-delà de la 12<sup>e</sup> semaine de gestation dans 7 autres régions, le faible ancrage institutionnel de la pratique des IVG qui tient à une décision du conseil d'administration ou à la volonté ou à la capacité de l'équipe médicale de faire des IVG. Le manque de ser-

vices et leur précarité ont aussi un impact sur les coûts liés au transport, à l'hébergement et à la restauration dans les cas de déplacements interrégionaux visant à recevoir le service.

Si les différentes ressources d'une région adoptent les mêmes restrictions quant au stade de gestation, cette région ne pourra répondre qu'à un type bien délimité de besoins. Les femmes dont les besoins sont différents devront envisager un déplacement non seulement interrégional mais le plus souvent vers des centres comme Québec mais surtout Montréal.

L'accessibilité aux services était une considération capitale dans la décision de la Cour suprême relative à l'arrêt Morgentaler. En effet, l'argumentation faisait valoir que les délais encourus par une femme qui a pris la décision d'avorter, ou le fait pour celle-ci de devoir voyager à l'extérieur de sa région à la recherche d'un médecin ou d'un hôpital pour obtenir ce service de santé peuvent augmenter les risques d'atteinte à sa santé physique et psychologique.

Par ailleurs, l'Ontario a récemment effectué des changements majeurs en ce qui a trait à la pratique des avortements. Cette province a reconnu les services d'interruption de grossesse dispensés par les cliniques et les centres spécialisés. C'est ainsi qu'elle défrayera en totalité les coûts de fonctionnement des cliniques indépendantes pourvu que celles-ci soient agréées. Ce financement évitera aux femmes de verser entre 200 \$ et 1 000 \$ pour l'intervention. L'Ontario accélérera aussi l'émission des permis et s'efforcera de former davantage de médecins disposés à pratiquer des avortements. Dans la même perspective, le gouvernement ontarien élargira un programme fonctionnant déjà dans le nord de la province et permettant le remboursement des dépenses de voyage des résidentes qui doivent consulter des spécialistes hors de leur région.

Compte tenu du fait que les inégalités restreignent et retardent l'atteinte des objectifs de gratuité et d'accessibilité universelle aux soins que le système de santé québécois s'est donnés, le Conseil du

statut de la femme recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux :

17. Que l'engagement des CLSC dans la pratique des avortements et la planification des naissances soit confirmé, consolidé et développé en un réseau stable afin que ces établissements deviennent des ressources facilement accessibles dans toutes les régions et ce, dans des délais rapides.
18. Que l'avortement soit offert en tant que service de base dans les centres hospitaliers à l'intérieur de programmes structurés de planification des naissances grâce à une équipe multidisciplinaire spécialisée et formée à tous les volets de la santé reproductive des femmes.
19. Qu'il y ait reconnaissance de la nature spécifique des cliniques spécialisées dans la prestation des services complets d'avortement et qu'un comité de travail, formé d'intervenantes et d'intervenants des cliniques spécialisées, du MSSS et des fédérations professionnelles, planifie des mécanismes permettant d'assurer la gratuité des services d'IVG, dans les cliniques spécialisées.
20. Que l'on identifie les centres de santé des femmes comme ressources de base et qu'on les reconnaisse comme dispensateurs de services en avortement en leur assurant un financement stable et adéquat des frais afférents à l'avortement afin de permettre l'accessibilité gratuite pour les femmes à ces services de santé de base.

## CHAPITRE 4 - ENCADREMENT DE LA PRATIQUE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

En dernier lieu, il sera question de l'avortement à l'intérieur des cadres juridique et administratif qui en définissent l'exercice. À cet effet, nous tenterons de saisir les répercussions et les conséquences de la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* au regard de problématiques de portée nationale, comme la formation médicale et le rôle joué par les réseaux communautaire et privé dans la prestation des services, tels que mis en lumière au chapitre précédent. Au terme de cette démarche, le Conseil préconisera certains mécanismes susceptibles de mieux assurer la pratique de l'avortement.

### 4.1 Encadrement légal et administratif de l'avortement

Dans son avis de 1988 sur *La question de l'avortement au Québec*, en même temps qu'il démontrait que le droit pénal était inadéquat en matière d'avortement, le CSF concluait que les lois visant le contrôle de la pratique médicale, celles assurant l'encadrement des services médicaux et sociaux et celles précisant les lieux de la pratique médicale fournissaient le cadre légal, juridique et médical d'intervention dans ce domaine.

Les avortements effectués au Québec ne sont pas pratiqués dans un contexte de vide juridique car, tout comme les autres actes médicaux, ils sont soumis à des lois particulières aux spécialisations et aux professions en plus d'être sous la gouverne de plusieurs lois d'ordre général dont la *Loi médicale* (L.R.Q., C.M.- 9), le *Code des professions*, la *Loi sur l'assurance-maladie* (L.R.Q., C.A.- 29), le *Règlement de la santé publique* et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., C.S.- 5). Cependant, à l'encontre des autres actes médicaux, les IVG ne sont pas pratiquées dans un cadre garantissant une réelle accessibilité.

La nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* propose une réorganisation des services de santé qui repose sur la complémentarité des mandats entre les institutions d'un territoire donné.

Cette restructuration confiera aux 16 régies régionales le mandat d'établir des plans régionaux d'organisation des services (PROS) sur leur territoire. À la suite de l'annonce des orientations gouvernementales en matière de planification des naissances, chaque régie régionale analysera les besoins de sa population dans ce secteur et établira l'affectation des ressources en conséquence ainsi que celles qu'elle se propose d'implanter et de développer pour y répondre de manière appropriée.

Comme le Conseil le précisait dans ses *Commentaires et propositions sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux*, il n'est pas en désaccord avec cette déconcentration des pouvoirs au profit des régies régionales. Toutefois, les problèmes d'accessibilité et de prestation de services d'avortement nécessitent une perspective interrégionale et provinciale qui déborde du ressort de la régie régionale d'un seul territoire. La planification régionale des ressources en avortement s'accommodera plutôt mal des exigences contenues dans les plans régionaux d'organisation des services si le gouvernement n'a pas pris soin au préalable d'apporter des éléments de solution aux inégalités régionales maintes fois notées dans la prestation des services dans l'ensemble du Québec.

C'est pourquoi le gouvernement a plusieurs responsabilités dans ce dossier, dont celle de définir les services de base à dispenser en santé reproductive dans toutes les régions du Québec, notamment ceux liés à l'avortement, à savoir l'information, le counselling pré et post-avortement, l'évaluation médicale pré et post-avortement, l'intervention médicale, la référence et le suivi. Seule une telle perspective évitera d'introduire de nouvelles inégalités interrégionales susceptibles de compromettre l'universalité et l'accessibilité des services d'avortement dans toutes les régions du Québec. Cette solution pourrait éventuel-

lement réduire le nombre des interventions aux stades de gestation de deuxième trimestre.

Il convient cependant de s'interroger sur l'articulation de la complémentarité des services qui découlera de la question de la "complémentarité des établissements"<sup>19</sup> lorsque dans un même territoire coexistent des ressources communautaires, privées et publiques. D'autres questions doivent aussi être abordées au niveau national : la relève médicale difficile à assurer dans le domaine de l'avortement; la formation médicale qui tarde à intégrer la planification des naissances et les techniques d'avortement dans le programmes d'études; le développement aléatoire des services d'avortement; le rôle joué par les cliniques spécialisées dans les avortements du second trimestre.

Chacune des futures régies régionales parviendra-t-elle seule, et à court terme, à aplanir ces disparités? Par exemple, celle de Montréal tiendra-t-elle compte des ressources privées et communautaires dans la prestation des services d'avortement? Aura-t-elle un mandat de négocier les services de ces ressources? Comment se décidera l'accessibilité aux ressources hospitalières offrant les services d'avortement dans le cadre des grossesses de deuxième trimestre?

De plus, compte tenu que 14 régions sur 16 n'ont aucun service complet d'avortement aux stades de gestation de deuxième trimestre, il apparaît nécessaire que le gouvernement reconnaisse le mandat spécialisé et provincial des établissements qui offrent ce service présentement et leur alloue les budgets nécessaires. Il devient aussi urgent d'implanter et de rendre accessibles des ressources d'avortement de deuxième trimestre dans les régions. Ceci permettrait d'éviter, d'une part, de surcharger les équipes médicales qui assument déjà ces interventions et, d'autre part, d'éviter les déplacements et les coûts afférents à une telle ressource. De plus, il serait du ressort du ministère de la Santé et des

---

<sup>19</sup> Tel que défini dans la *Loi sur la santé et les services sociaux* (L.Q., 1991, c. 42).

Services sociaux de rembourser tous les frais encourus par les femmes pour obtenir ce service médical lorsqu'il n'est pas disponible dans leur région.

#### 4.2 Formation des médecins

Traditionnellement, la formation des médecins généralistes au Québec ne comprend pas de corpus spécifique concernant la planification des naissances et l'avortement. La connaissance de certaines techniques abortives ne devient obligatoire que dans les champs de spécialisation telle l'obstétrique-gynécologie. Les médecins généralistes qui le désirent peuvent faire cet apprentissage par préceptorat sous la supervision d'une praticienne ou d'un praticien d'expérience. Cette situation a une incidence certaine sur la disponibilité, la capacité et l'intérêt du personnel médical à intégrer l'avortement dans sa pratique.

La consultation réalisée par le Conseil du statut de la femme dans la préparation de cet avis a permis de constater que peu d'appui est accordé par le système d'éducation aux étudiantes et étudiants en médecine désireux d'acquérir un corpus spécifique dans le domaine de la planification des naissances. L'avortement est une sous-spécialité qui n'appartient à aucun type de formation médicale. La formation des gynécologues ne comprend pas obligatoirement l'apprentissage des techniques d'interruption de grossesse, à l'exception des techniques de curetage de l'utérus. Il n'y a pas à l'heure actuelle d'activités éducatives relatives à l'avortement à l'intérieur de la formation générale en médecine. Par contre, la formation par préceptorat est très accessible et considérée comme étant d'excellente qualité, de l'avis général. Toutefois, cette formation n'est encadrée ni par l'université, ni par la Corporation des médecins du Québec; de plus, elle est sous l'entière responsabilité du médecin qui veut bien consacrer son temps libre à ce type de formation.

Il apparaît que le programme d'études des futurs médecins devrait comporter au moins l'équivalent de trois crédits en planification des naissances. En effet, comme il a été indiqué précédemment, la contraception fait partie des préoccupations sinon quotidiennes, du moins régulières de beaucoup de femmes et ce, durant une longue période de leur vie.

De plus, les étudiantes et étudiants inscrits en médecine familiale devraient pouvoir avoir accès, s'ils le désirent, à des stages pratiques au cours desquels ils apprendraient les techniques d'avortement par préceptorat. Cette méthode a largement fait ses preuves jusqu'à présent, car elle a permis de former la plupart des médecins qui font des avortements au Québec. Elle pourrait être encadrée par la Corporation des médecins et les universités. En conséquence, il faudrait que la résidence en médecine familiale, qui dure deux ans, comprenne des stages en planification des naissances qui incluraient l'avortement au même titre que les stages en médecine interne ou en pédiatrie. En ce qui concerne l'organisation des stages, nous privilégions que les étudiantes et les étudiants qui ont choisi l'option "médecine familiale" ne soient pas laissés à eux-mêmes pour l'entière planification et organisation de leur stage mais qu'ils puissent bénéficier de l'aide des institutions. Également, il apparaît recommandable de privilégier comme lieux de stages, les établissements qui innovent tant par leurs méthodes que par leur approche globale et multidisciplinaire. Enfin, les stages dans les cliniques de planification familiale devraient être obligatoires pour les résidentes et résidents en gynécologie.

#### 4.3 L'élaboration du contenu de la formation

Le contenu de la formation en matière d'avortement devrait être élaboré par les facultés de médecine des diverses universités. Une consultation effectuée auprès des intervenantes et intervenants qui travaillent dans les cliniques de planning, les cliniques privées spécialisées, les

centres de santé des femmes et les CLSC pourrait par ailleurs contribuer à en enrichir le contenu. La formation devrait nécessairement privilégier une approche globale et multidisciplinaire de la santé reproductive, où les dimensions psychosociales et socio-économiques des femmes aux prises avec une grossesse non désirée seront des éléments importants. Cette approche intégrale devrait aussi prévaloir dans la formation des gynécologues-obstétriciens, des infirmières et des infirmiers ainsi que des travailleuses et travailleurs sociaux. Il est essentiel que l'avortement devienne un acte médical lié aux volets de la santé reproductive.

Malgré plus de 22 000 avortements pratiqués chaque année, le Québec ne s'est pas encore officiellement doté d'une instance offrant des services d'information et de formation et disposant de budgets de recherche, susceptible de devenir une ressource auprès des intervenantes et intervenants désireux de se spécialiser en santé reproductive. Une telle instance pourrait favoriser des collaborations entre les corporations professionnelles, les institutions universitaires et les intervenantes et intervenants qui oeuvrent à l'intérieur des équipes de planification des naissances. En l'absence d'une telle structure, les intervenantes et les intervenants en avortement éprouvant le besoin d'échanger de l'information sur leur pratique, se sont regroupés depuis dix ans à l'intérieur d'une instance de concertation, le comité de vigilance.

Le Conseil du statut de la femme recommande donc au ministère de la Santé et des Services sociaux de s'assurer :

21. Que chaque région du Québec se dote de services d'avortement complets et gratuits, incluant l'information, la référence, le counselling pré et post-avortement, l'évaluation médicale pré et post-avortement, l'interruption médicale de grossesse et le suivi; que dans une région qui ne rendrait pas disponibles dans l'immédiat les services en avortement de deuxième trimestre, on rembourse la totalité des frais encourus par les femmes pour obtenir ces services.
22. Que la vocation spécialisée et provinciale des établissements offrant les services spécialisés en avortement dans les cas de grossesses de deuxième trimestre soit confirmée et consolidée et que les budgets

nécessaires à leur développement et à leur fonctionnement leur soient alloués.

23. Que soit intégrée à la formation des omnipraticiennes et omnipraticiens une section d'au moins quarante-cinq heures obligatoires en planification des naissances et en avortement selon une approche multidisciplinaire qui tienne compte du contexte socio-économique et psychosocial.
24. Que la formation des médecins se spécialisant en gynécologie-obstétrique comprenne une section obligatoire en planification des naissances et un temps de stage en interruption volontaire de grossesse dans les établissements utilisant les techniques les plus sécuritaires.
25. Qu'une formation de base continue soit assurée aux infirmières et infirmiers et aux intervenantes et intervenants psychosociaux sur tous les volets de la planification des naissances.
26. Que soient institués des stages de formation en techniques d'interruption de grossesse afin que les étudiantes et étudiants en médecine familiale y aient accès par l'intermédiaire de leur institution d'enseignement.
27. Que soit mise sur pied une instance provinciale formée d'intervenantes et d'intervenants oeuvrant dans les diverses ressources d'avortement et de femmes représentant les usagères; cette instance pourrait permettre aux intervenantes et intervenants de se concerter relativement aux techniques d'interruption de grossesse, d'établir un protocole d'encadrement de la pratique, d'organiser des activités de formation, de recherche et de diffusion de l'information. Elle pourrait, grâce à des antennes régionales, veiller à ce que chaque région rende disponible et accessible la gamme complète des services en avortement. De plus, elle pourrait tenir le rôle de comité conseil auprès du MSSS.



## CONCLUSION

Dans le but de permettre aux Québécoises d'exercer leurs droits et responsabilités en matière de planification des naissances, le Conseil du statut de la femme a tenu à examiner les conditions dans lesquelles s'exerce le recours à l'avortement. Actualisant les principes fondamentaux d'autonomie des personnes et de respect de leur intégrité physique qui le guident, le Conseil a été amené à considérer l'état des services d'avortement à travers leur distribution et leur accessibilité régionales et leur encadrement législatif et administratif. À cet effet, sa réflexion a porté sur l'impact prévisible de la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* au regard de problématiques ayant une portée nationale. Ainsi, la restructuration qui s'annonce et qui crée un palier régional ne doit pas être effectuée au détriment du développement et de la consolidation des services d'avortement au niveau provincial.

Au terme de cette démarche, le Conseil est d'avis qu'en matière de planification des naissances et d'avortement, la démarche à privilégier doit dépasser le simple cadre curatif. Elle doit intégrer l'éducation sexuelle, la circulation de l'information contraceptive et la disponibilité de méthodes contraceptives efficaces et sécuritaires.

Le Conseil du statut de la femme souhaite donc que les recommandations qu'il formule dans le présent avis contribuent à inscrire l'avortement dans un processus dynamique de prévention où la circulation de l'information et le soutien qui sera fourni aux femmes seront des éléments clés.

Voici donc en terminant l'ensemble des propositions retenues par le Conseil du statut de la femme :

En regard des principes d'autonomie et d'intégrité physique :

1. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) alloue aux organismes concernés des fonds pour la recherche et le développement de méthodes contraceptives efficaces, facilement disponibles et sécuritaires pour la santé des femmes et des hommes; que le MSSS s'assure que les femmes et les hommes soient associés à tous les stades de la recherche.
2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux stimule et soutienne la diffusion de l'information et de la publicité sur les différents volets de la planification des naissances.
3. Que pour assurer aux femmes une information à jour sur les services d'avortement, le MSSS soutienne la production annuelle d'un annuaire des ressources et qu'il veille à la mise sur pied d'un service téléphonique de référence provinciale 1-800 qui permette de conseiller les femmes et de les diriger vers les ressources appropriées.
4. Que pour assurer aux organismes communautaires oeuvrant en santé reproductive, la possibilité de remplir leur fonction d'information et de prévention et pour maintenir un incitatif au changement et à l'innovation en matière de santé reproductive, les activités d'information, de prévention, de promotion, de sensibilisation, d'éducation et de défense des droits soient directement financées par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
5. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, de concert avec la RAMQ et les intervenantes et intervenants du milieu, précise les codes d'actes exclusifs de façon à ce qu'il y ait une collecte de données qui permette de dresser des bilans périodiques complets des avortements pratiqués dans les divers établissements, tout en respectant l'anonymat des usagères.
6. Que les professionnels de la santé engagés dans la pratique des avortements informent de façon appropriée les femmes des procédures médicales et chirurgicales utilisées pour l'interruption de grossesse et de leurs effets sur la santé.
7. Que pour s'assurer du plus grand respect de l'autonomie et de l'intégrité physique des femmes, les avortements soient pratiqués selon des méthodes sécuritaires qui correspondent aux plus récents développements des techniques médicales et chirurgicales éprouvées et que

les techniques reconnues pour être lourdes soient autant que possible évitées.

8. Que le gouvernement québécois invite le gouvernement fédéral à autoriser les recherches et les expérimentations cliniques qui seront entreprises au Québec dans le cadre de protocoles de recherche éprouvés, dont celui de l'Organisation mondiale de la santé, et qui permettront par la suite une prise de décision responsable quant à l'autorisation d'utiliser le RU 486 sur le marché canadien et québécois.
9. Que le ministère de l'Éducation réaffirme l'importance de l'éducation sexuelle en milieu scolaire et entreprenne une évaluation de l'implantation et des effets du Programme de formation personnelle et sociale, principalement de son volet "éducation à la sexualité".
10. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux diffuse périodiquement de la publicité et de l'information destinée aux filles et aux garçons sur la prévention de la grossesse à l'adolescence.
11. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux implante la gratuité des méthodes contraceptives pour les moins de dix-huit ans.
12. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux veille à assurer la présence soutenue des infirmières scolaires au sein des écoles.
13. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les ministères concernés, entreprenne des recherches sur les risques et les coûts à long terme liés à la parentalité à l'adolescence ainsi que sur l'impact des médias sur les attitudes sexuelles des jeunes et sur leur état de santé afin de mettre sur pied des programmes d'intervention et de prévention adéquats.
14. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que chacune des ressources où l'interruption volontaire de grossesse est disponible comporte les services de counselling pré et post-avortement auprès des adolescentes.
15. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les organisations professionnelles médicales, s'assure qu'à l'intérieur de la formation des médecins soit incluse une section obligatoire en planification des naissances traitant, entre autres, des problèmes reliés spécifiquement à l'adolescence.

16. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mette sur pied un mécanisme permanent de concertation ayant pour but, d'une part, de favoriser et d'harmoniser l'information et l'éducation sur la sexualité et sur la planification des naissances et, d'autre part, d'informer tous les intervenants et intervenantes oeuvrant auprès des jeunes (médecins, infirmières, travailleuses sociales, professeurs, etc.) sur les services et ressources offerts aux jeunes en sexualité, contraception, poursuite ou interruption de grossesse.
17. Que l'engagement des CLSC dans la pratique des avortements et la planification des naissances soit confirmé, consolidé et développé en un réseau stable afin que ces établissements deviennent des ressources facilement accessibles dans toutes les régions et ce, dans des délais rapides.
18. Que l'avortement soit offert en tant que service de base dans les centres hospitaliers à l'intérieur de programmes structurés de planification des naissances grâce à une équipe multidisciplinaire spécialisée et formée à tous les volets de la santé reproductive des femmes.
19. Qu'il y ait reconnaissance de la nature spécifique des cliniques spécialisées dans la prestation des services complets d'avortement et qu'un comité de travail, formé d'intervenantes et d'intervenants des cliniques spécialisées, du MSSS et des fédérations professionnelles, planifie des mécanismes permettant d'assurer la gratuité des services d'IVG, dans les cliniques spécialisées.
20. Que l'on identifie les centres de santé des femmes comme ressources de base et qu'on les reconnaisse comme dispensateurs de services en avortement en leur assurant un financement stable et adéquat des frais afférents à l'avortement afin de permettre l'accessibilité gratuite pour les femmes à ces services de santé de base.
21. Que chaque région du Québec se dote de services d'avortement complets et gratuits, incluant l'information de référence, le counselling pré et post-avortement, l'évaluation médicale pré et post-avortement, l'interruption médicale de grossesse et le suivi; que dans une région qui ne rendrait pas disponibles dans l'immédiat les services en avortement de deuxième trimestre, on rembourse la totalité des frais encourus par les femmes pour obtenir ces services.
22. Que la vocation spécialisée et provinciale des établissements offrant les services spécialisés en avortement dans les cas de grossesses de deuxième trimestre soit confirmée et consolidée et que les budgets

nécessaires à leur développement et à leur fonctionnement leur soient alloués.

23. Que soit intégrée à la formation des omnipraticiennes et omnipraticiens une section d'au moins quarante-cinq heures obligatoires en planification des naissances et en avortement selon une approche multidisciplinaire qui tienne compte du contexte socio-économique et psychosocial.
24. Que la formation des médecins se spécialisant en gynécologie-obstétrique comprenne une section obligatoire en planification des naissances et un temps de stage en interruption volontaire de grossesse dans les établissements utilisant les techniques les plus sécuritaires.
25. Qu'une formation de base continue soit assurée aux infirmières et infirmiers et aux intervenantes et intervenants psychosociaux sur tous les volets de la planification des naissances.
26. Que soient institués des stages de formation en techniques d'interruption de grossesse afin que les étudiantes et étudiants en médecine familiale y aient accès par l'intermédiaire de leur institution d'enseignement.
27. Que soit mise sur pied une instance provinciale formée d'intervenantes et d'intervenants oeuvrant dans les diverses ressources d'avortement et de femmes représentant les usagères; cette instance pourrait permettre aux intervenantes et intervenants de se concerter relativement aux techniques d'interruption de grossesse, d'établir un protocole d'encadrement de la pratique, d'organiser des activités de formation, de recherche et de diffusion de l'information. Elle pourrait, grâce à des antennes régionales, veiller à ce que chaque région rende disponible et accessible la gamme complète des services en avortement. De plus, elle pourrait tenir le rôle de comité conseil auprès du MSSS.



ANNEXE A

Tableau sur le taux de grossesse, de fécondité et d'avortement  
par 1 000 femmes âgées entre 15 et 19 ans par province et  
territoire au Canada pour les années 1980, 1985 et 1987

Province	Taux de grossesse			Taux de fécondité			Taux de d'avortement		
	1980	1985	1987	1980	1985	1987	1980	1985	1987
CANADA	45,1	38,7	38,3	28,2	24,2	23,2	16,9	14,5	15,1
Terre-Neuve	--	--	--	--	--	--	6,2	5,1	5,0
Île-du-Prince Édouard	37,6	35,4	33,4	35,9	35,0	32,4	2,0	0,4	1,0
Nouvelle-Écosse	53,0	43,6	39,5	39,0	30,7	26,9	14,0	12,9	12,6
Nouveau- Brunswick	45,3	37,2	29,9	39,9	34,1	25,6	5,4	3,1	4,3
Québec	23,0	22,3	25,1	16,8	15,2	15,8	6,2	7,1	9,3
Québec (13 - 19 ans)	24,9	26,5	--	16,6	15,4	--	8,3	11,1	--
Ontario	48,2	40,2	38,3	25,3	21,6	20,0	22,8	18,6	18,3
Manitoba	52,8	55,9	56,7	42,2	40,0	38,1	10,6	16,1	18,6
Saskatchewan	67,2	55,6	54,2	53,5	49,6	44,7	13,7	7,9	8,9
Alberta	68,4	53,8	50,4	44,8	35,7	34,5	23,6	18,1	15,9
Colombie- Britannique	61,6	48,0	45,7	31,4	24,5	21,4	30,2	23,5	24,3
Yukon	79,0	61,0	75,0	49,0	37,0	48,0	30,0	24,0	27,0
Territoires du Nord-Ouest	101,9	147,0	146,8	86,5	116,7	124,4	15,4	31,2	22,4

Source : Statistique Canada - Tableau tiré de Guilbert, Forget.

