

## **Commentaires et propositions sur le document - Éléments d'orientation en planification des naissances : priorités d'action et organisation des services**

Commentaires et propositions sur le document - Éléments d'orientation en planification des naissances : priorités d'action et organisation des services. Juin 1992.

**Date de publication** 1992-06-01

**Auteur** : Conseil du statut de la femme

**Notez que le contenu de ce document n'est pas conforme aux standards d'accessibilité.**

657312



Gouvernement du Québec  
Conseil du statut  
de la femme

QUE  
A1157  
C8  
43  
1992  
QCSF

CONSEIL DU STATUT  
DE LA FEMME  
23 JUIL. 2003  
Centre de documentation

Commentaires et propositions du Conseil du  
statut de la femme sur le document  
"Éléments d'orientation en planification  
des naissances : priorités d'action et  
organisation des services", Ministère de  
la Santé et des Services sociaux, avril  
1992

Mariangela Di Domenico  
Bureau régional de Montréal  
Louise Voyer  
Direction de la recherche et  
de l'analyse  
Conseil du statut de la femme

Juin 1992

<b>C.S.F.</b>	
<b>DOCUMENTATION</b>	
NO.	_____
COTE:	Que
	A1157
	C8
	43
	1992

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
1. Commentaires généraux .....	1
1.1 Indifférenciation de sexe ou évacuation de la spécificité des femmes en matière de reproduction .....	1
1.2 Reconduction de l'énoncé de politique de 1972 .....	2
1.3 Définition de la politique en planning .....	2
1.4 La problématique en planning .....	3
2. Sur les principes directeurs .....	4
3. Sur les approches privilégiées d'intervention .....	4
3.1 Approche d'ouverture aux divers choix de fécondité des individus et des couples .....	4
3.2 Approche globale .....	5
3.3 Approche des services intégrés .....	5
3.4 Approche de services adaptés .....	5
3.5 Approche favorisant une implication accrue des hommes .....	6
3.6 Approche de promotion de la santé .....	6
3.7 Approche moins médicalisée .....	6
4. Sur le but .....	6
5. Sur les objectifs généraux .....	7
5.1 Contraception .....	7
5.2 Sexualité .....	8
5.3 Avortement .....	8
5.4 Infertilité .....	10
5.5 Stérilisation .....	12
6. Sur le rôle des établissements dans la dispensation des services .....	12
7. Sur le rôle des autres instances en planning .....	13
CONCLUSION : Les aspects du document d'orientation .....	14
- La formation des professionnels .....	14
- La recherche .....	15

## INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) procède actuellement à une consultation sur certains éléments structurants d'une future politique en matière de planification des naissances. C'est donc l'occasion pour le Conseil du statut de la femme (CSF) de faire part de ses commentaires sur les principaux éléments de cette politique et de rappeler ses principales recommandations concernant, d'une part, la contraception, incluant l'avortement et, d'autre part, les nouvelles techniques de reproduction.

Les commentaires qui suivent sont à lire en relation avec le document du MSSS que l'on retrouve en annexe. En premier lieu, nous ferons des commentaires généraux, puis des commentaires plus spécifiques qui touchent le document de consultation proprement dit.

### 1. Commentaires généraux

#### 1.1 Indifférenciation de sexe ou évacuation de la spécificité des femmes en matière de reproduction

À maintes reprises, le Conseil a fait valoir que les questions reliées à la santé des femmes nécessitent une analyse spécifique en raison de la capacité exclusive de reproduction des femmes, de leur rôle socioculturel et de leur situation socio-économique. Dans le cadre de ces orientations en planification des naissances, le Conseil rappelle à nouveau que "le pouvoir d'enfanter demeure, malgré tous les changements sociaux, économiques et technologiques amenés par les siècles, la différence physiologique fondamentale entre les hommes et les femmes"<sup>1</sup>. De la même façon, le Conseil rappelle que cette distinction détermine un ensemble de besoins exclusifs en matière de santé reproductive pour les hommes et les femmes.

Le CSF signale donc qu'une politique en planning se doit de reconnaître la différenciation des sexes et les problématiques auxquelles chacun d'eux est confronté. Ainsi, "la sexualité et la fonction de reproduction cons-

---

<sup>1</sup> Conseil du statut de la femme, *L'essai sur la santé des femmes, "Réflexion sur la sexualité"*, tiré à part rédigé par L. Dunnigan, Québec, 1984, p. 15.

tituent deux bases importantes de l'intervention psychosociale, psychiatrique et médicale sur les femmes (...)»<sup>2</sup>.

Le CSF souligne donc que la non-reconnaissance de l'identité sexuelle tel qu'en fait preuve la politique de planning amène par ailleurs comme corollaire la reconnaissance du "couple" comme acteur, bénéficiaire et utilisateur de la gamme des services en planning. Le Conseil estime qu'il appartient aux seules femmes de décider de poursuivre ou d'interrompre une grossesse. De la même façon, il appartient aux seules femmes de décider de la méthode contraceptive, abortive ou stérilisante à être pratiquée sur leur corps.

Le recours au "couple" et à l'"individu" dans la politique de planning, même dans un souci de ne pas présenter un texte sexiste, masque et nie la spécificité des sexes. Le CSF souhaite donc une reformulation générale du document d'orientation en planning afin de rendre compte de l'identité sexuelle, notion essentielle dans le domaine de la santé des femmes (annexe, p. 1 et 4).

### 1.2 Reconduction de l'énoncé de politique de 1972

Le rappel de l'énoncé de politique de 1972 (annexe, p. 1, 21 et 22) pour souligner la continuité d'action du gouvernement devrait servir d'appui à reconnaître que la société québécoise a changé depuis vingt ans et que de nouvelles tendances ont vu le jour. Également, il ne s'agit plus de "reconnaître" le libre choix en matière de planification des naissances, comme le faisait le document de 1972 (p. 2), mais plutôt de le "réaffirmer". Les revendications centrales du mouvement des femmes, que sont leur autonomie et leur intégrité physique, constituent des acquis des vingt dernières années et devraient être considérés comme tels dans la politique.

### 1.3 Définition de la politique en planning

La définition que le Ministère donne de la politique de planning soulève des interrogations (annexe, p. 4). D'abord nous nous étonnons de voir mentionné que la définition de la planification ne sera utilisée que pour

<sup>2</sup> Op. cit., 1984 : 1.

les fins exclusives du document portant sur les orientations. Pourrait-il y avoir une autre définition dans la future politique en santé du Ministère, par exemple? Nous estimons également nécessaire de définir de façon autonome une politique en planning. En effet, celle-ci ne doit pas se subordonner à une politique familiale, ces deux politiques répondant à des besoins distincts. Enfin, il nous semble essentiel que le volet "sexualité" soit abordé comme l'une des composantes majeures de la personnalité et non pas seulement par rapport à sa fonction reproductive (annexe, principalement p. 4 et 13). Ainsi, l'apprentissage pour les jeunes, clientèle-cible du Ministère, de notions sur la sexualité devrait être l'occasion d'intégrer des valeurs basées sur le partage et l'égalité des sexes.

#### 1.4 La problématique en planning

La problématique en planning, qui sert d'appui à l'élaboration des orientations, apparaît extrêmement mince et particulièrement expéditive (annexe, p. 7 et 8). Ainsi, la problématique du MSSS en planification des naissances semble s'articuler principalement en fonction d'une clientèle à risque, les adolescentes. Pourtant, la problématique de la planification des naissances est une problématique beaucoup plus large qui concerne l'ensemble de la population et, d'une façon particulière, les femmes pendant quelque trente ans de leur vie.

La problématique des MTS et de l'infertilité est résumée en deux lignes (annexe, p. 8). Enfin, de nombreux éléments sont complètement passés sous silence. Ainsi, on peut mentionner :

- les lacunes de l'information et de l'éducation;
- l'état des pratique contraceptives et abortives;
- le fait que plus du tiers des avortements pratiqués au Québec ne sont pas gratuits;

Ces lacunes dans la problématique ne peuvent qu'avoir des conséquences au niveau des objectifs et orientations retenus.

## 2. Sur les principes directeurs

Le Conseil soutient en matière de contrôle de la fécondité le principe de l'autonomie des femmes. Le document du MSSS sur les orientations en planning est toutefois silencieux sur le sujet, quoique le libre choix qu'il met de l'avant sous-entend la liberté et l'autonomie des personnes (annexe, p. 9). Le Conseil estime que le principe d'autonomie des femmes devrait être inscrit au nombre des principes directeurs de la politique.

Le Conseil estime aussi que les trois principes ne sont pas du même ordre (annexe, p. 9 et 10) : le premier actualise et articule le principe fondamental de l'autonomie des personnes; le deuxième est un droit au sens de la Charte, tandis que le troisième découle du second : parce qu'il y a reconnaissance de l'intégrité physique, toute personne a, dès lors, droit à des services de santé gratuits et accessibles, comme le montrait l'argumentation dans l'arrêt Morgentaler de 1988.

Par ailleurs, le Conseil se réjouit de retrouver dans le document ministériel les mêmes préoccupations qui l'animent, particulièrement en matière d'accessibilité universelle et gratuite (annexe, p. 10). Nous reviendrons toutefois sur la nécessité de reprendre en termes plus concrets cette question de gratuité.

## 3. Sur les approches privilégiées d'intervention

Cette section du document (annexe, p. 10 à 13) ne contient pas toujours les renseignements nécessaires aux futures régies régionales pour organiser leurs services en planification des naissances. De telles lacunes laissent la voie libre à des interprétations qui risquent d'entraîner des disparités régionales dans la prestation des services.

### 3.1 Approche d'ouverture aux divers choix de fécondité des individus et des couples

La position de libre choix en matière de planification des naissances a amené le CSF à réclamer pour les femmes le droit de choisir de vivre ou non une maternité. Il est donc en accord avec cette approche (annexe,

p. 10); par ailleurs, le CSF insiste sur la nécessité d'offrir aux femmes les services leur permettant de réaliser leurs choix.

### 3.2 Approche globale

La situation socio-économique des femmes constitue un élément important dans les interventions en santé du CSF. Le Conseil souhaite donc que cette dimension soit explicitement nommée et incluse dans une approche qui se veut globale afin qu'elle soit prise ultérieurement en compte dans l'organisation des services (annexe, p. 10).

### 3.3 Approche des services intégrés

Sur ce point (annexe, p. 11), il y a lieu de signifier que :

- l'intégration des services ne se limite pas seulement à réunir les différents volets du planning dans un même établissement; il y a aussi des approches qui peuvent dans certains cas être mieux adaptées; nous songeons ici aux ressources des secteurs communautaire et privé;
- la notion de complémentarité entre les catégories d'établissement a besoin d'être mieux définie; par exemple, à Montréal, cette notion signifie-t-elle l'intégration et la prise en compte du secteur privé et public?
- le CSF recommande<sup>3</sup> la mise sur pied d'une instance provinciale de concertation, avec antennes régionales, instance qu'il estimait nécessaire notamment, à la réussite de la concertation entre les établissements.

### 3.4 Approche de services adaptés

La segmentation importante que le Ministère fait des clientèles apparaît inquiétante. En effet, à force de spécifier et particulariser les usagers et les usagères, n'y a-t-il pas un risque de développer des services tellement collés aux besoins de certains sous-groupes que les besoins des autres membres de la collectivité soient ignorés (annexe, p. 11)?

<sup>3</sup> Conseil du statut de la femme, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, mai 1992 (voir p. 9, recommandation n° 27).



### 3.5 Approche favorisant une implication accrue des hommes

Le Conseil se réjouit de la mise en branle de mécanismes favorisant l'implication et la responsabilisation des hommes en matière de contrôle de la fécondité. Par ailleurs, il est essentiel que la prise en compte de cette clientèle ne se fasse pas au détriment de services destinés aux femmes. Le texte pourrait en effet laisser croire que les services en planning sont entièrement adaptés à la réalité des femmes. Or, il continue d'y avoir nécessité de développer et de consolider les services de planning destinés aux femmes (annexe, p. 12).

### 3.6 Approche de promotion de la santé

Cette approche de prévention et de promotion correspond à celle que le CSF a développée dans son avis (annexe, p. 12).

### 3.7 Approche moins médicalisée

Le souhait d'une approche moins médicalisée tel qu'exprimé n'apparaît pas clair. Le Conseil a déjà recommandé, notamment en matière d'avortement, l'utilisation de techniques médicales et chirurgicales éprouvées, selon des méthodes sécuritaires, et que les techniques reconnues comme lourdes soient autant que possible évitées. L'approche visée par le MSSS a-t-elle un sens identique? Également, cette notion concerne-t-elle implicitement le RU-486, même le document n'en fait aucune mention (annexe, p. 12)? Ou encore, cette approche fait-elle référence à une médecine alternative? Il apparaît donc nécessaire de clarifier cet énoncé.

## 4. Sur le but

Le Conseil s'interroge sur la définition que le Ministère entend de l'expression "santé sexuelle" (annexe, p. 13). En effet, à aucun moment dans le document le sens de cette expression n'est donné. Ceci est d'autant plus important que le Ministère élimine de son champ d'intervention en planning la sexualité, comprise comme une composante de la personnalité, pour ne retenir de la sexualité que ce qui a trait à la fonction reproductive.

## 5. Sur les objectifs généraux

Les objectifs proposés pour chacun des cinq volets du planning (annexe, p. 13 à 15) : contraception, sexualité, avortement, infertilité et stérilisation, suscitent des commentaires. Ainsi, le Conseil estime, d'entrée de jeu, que le MSSS devrait indiquer, pour chacun des volets, un objectif général auquel se grefferaient les objectifs spécifiques et sectoriels formulés dans le document. Ces objectifs plus globaux seraient susceptibles de mieux orienter et encadrer les régies régionales dans l'élaboration de leurs plans régionaux d'organisation de services (PROS).

### 5.1 Contraception

Le premier objectif formulé en termes quantitatifs (c'est-à-dire réduire d'ici l'an 2000 à moins de 11 pour 1 000 le taux de grossesses et leur impact chez les adolescentes âgées de 17 ans et moins) apparaît restrictif (annexe, p. 13). Il est à craindre, en effet, que le souci de faire baisser les statistiques ne vienne influencer les moyens qui seront mis en oeuvre pour répondre à cet objectif. Le Conseil souhaite donc que le Ministère élargisse sa perspective de façon à prendre en considération l'ensemble des besoins des adolescentes en matière de contraception. De plus, l'utilisation du terme "impact" soulève une certaine ambiguïté. À quoi fait-il référence : l'impact de la grossesse? L'impact de la réduction? Cet objectif devrait donc être reformulé.

Le second objectif, plus général que le premier, devrait venir en premier lieu. Par ailleurs, il y aurait lieu que le Ministère définisse les termes "méthodes contraceptives saines".

Alors que les objectifs 3 et 5 s'inscrivent dans le cadre des mesures préconisées par le Conseil, l'objectif 4 devrait être reformulé pour distinguer les facteurs de morbidité liés à la consommation du tabac de ceux associés à certains moyens contraceptifs. De plus, si par "nombre de partenaires", il faut comprendre les MTS, il serait plus judicieux de les identifier comme telles et éviter ainsi de porter un jugement de valeurs sur le nombre de partenaires qu'une femme ou un homme peut avoir.

## 5.2 Sexualité

Le CSF est en accord avec les deux premiers objectifs identifiés dans le volet sexualité, qui rejoignent les préoccupations et les recommandations de son récent avis sur la contraception et l'avortement (annexe, p. 13). Toutefois, comme nous l'avons signalé antérieurement, le Ministère n'intègre dans sa politique sur le planning que le volet sexualité, comprise comme fonction reproductive. Cette perspective restrictive est difficile à comprendre dans le cadre du premier objectif. Surtout, cette perspective restrictive cadre mal avec la réalité de la sexualité de la clientèle que le MSSS veut lui-même cibler : les adolescentes. En effet, à cette période de la vie, il apparaît important de ne pas compartimenter et segmenter la sexualité en fonction reproductive et autres, mais bien de la concevoir dans son ensemble. Aussi, la sexualité à l'adolescence ne doit pas être comprise dans le sens limité d'empêcher ou de favoriser une grossesse mais plutôt concerner l'acquisition de valeurs égalitaires de rapports femmes/hommes et le partage des responsabilités. Il existe aussi le risque que les jeunes ne trouvent pas l'accueil nécessaire à leur questionnement général sur la sexualité.

Enfin, relativement au dernier objectif, il y aurait lieu de définir la notion de "santé sexuelle".

## 5.3 Avortement

L'objectif général en matière d'avortement (annexe, p. 14) pourrait être formulé ainsi : garantir la gratuité et l'accessibilité de services d'avortement complets dans toutes les régions du Québec. Avant de commenter les objectifs du Ministère pour ce volet, rappelons ici quelques recommandations majeures récentes<sup>4</sup> du CSF sur le sujet :

- N° 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.

---

<sup>4</sup> Conseil du statut de la femme, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, mai 1992.

- N° 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.
- N° 27 Que soit mise sur pied une instance provinciale formée d'intervenantes et d'intervenants œuvrant 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.

De façon plus particulière, nous voulons insister sur le fait que le document du Ministère ne mentionne qu'au niveau des principales directeurs la question de la gratuité des services. Or, comme plus du tiers des IVG sont actuellement pratiquées dans des cliniques privées et dans le réseau communautaire, et impliquent des coûts pour les femmes, cette question devrait être abordée directement au niveau des objectifs généraux.

Nous commenterons maintenant les objectifs du document libellés par le Ministère. En regard du premier objectif, le CSF veut rappeler que le taux de grossesse se mesure en fonction du taux de fertilité d'une population donnée. De plus, la réduction des avortements tardifs pouvant advenir par la poursuite de la grossesse, ou pour une région donnée, par l'absence de services, il y a lieu d'indiquer des mécanismes suggérés pour atteindre cet objectif, par exemple l'information, la disponibilité de services complets d'avortement de premier trimestre dans toutes les régions du Québec.

Le deuxième objectif, plus général que le premier, devrait venir en premier lieu et inclure la notion d'autonomie et d'intégrité physique des femmes puisque cette intervention ne touche que les femmes, faut-il le rappeler.

Relativement au troisième objectif, le CSF aimerait s'assurer qu'une segmentation si particulière de la clientèle ne fasse pas perdre de vue au Ministère que la politique en planning doit s'adresser à l'ensemble des femmes. Ainsi, toute femme ayant recours à un avortement devrait être

assurée d'avoir une réponse adéquate, et non pas seulement les adolescentes des milieux défavorisés, les femmes des minorités culturelles des milieux défavorisés ou l'ensemble des femmes des milieux défavorisés.

À l'objectif 4, le CSF note le caractère quelque peu alarmiste donné par la formulation. En effet, même s'il y a utilisation de méthodes dites lourdes, le taux de complications reste néanmoins très faible, et il faut rappeler que l'avortement demeure l'une des interventions médicales parmi les plus sécuritaires. Rappelons aussi que les taux de morbidité ne sont pas seulement liés aux méthodes abortives utilisées mais aussi aux facteurs liés à l'âge de la femme et au stade de gestation.

Le dernier objectif devrait être reformulé de manière à signaler que les risques psychosociaux liés à l'avortement ne sont pas automatiques. Le Conseil réitère donc au Ministère de rendre le counselling pré et post-avortement disponible et accessible mais non obligatoire; en fait, il devrait être rendu disponible seulement aux femmes qui en font la demande.

#### 5.4 Infertilité

Avant d'aborder les objectifs spécifiques pour ce volet, nous ferons des commentaires plus généraux dans la perspective des NTR.

Nous voulons rappeler ici au Ministère que le CSF s'est déjà prononcé sur cette question lors de son avis sur les nouvelles technologies de la reproduction<sup>5</sup> en 1989 et lors des commentaires soumis sur les *Orientations pour améliorer la santé et le bien-être*<sup>6</sup>, et qu'il est toujours en attente d'une orientation claire du Ministère dans le dossier des NTR. Le document en planning indique que cette question sera abordée plus tard "dans le processus de mise en oeuvre de la réforme de la santé". Il nous semble essentiel que la position du Ministère soit connue avant d'être

<sup>5</sup> Conseil du statut de la femme, *Les nouvelles technologies de la reproduction*, avis synthèse du Conseil du statut de la femme, mai 1989.

<sup>6</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"*, octobre 1989.

intégrée à un processus de mise en oeuvre. Nous rappelons donc au MSSS l'essentiel de nos recommandations sur la question<sup>7</sup> :

- que soit créé un organisme consultatif à forte teneur éthique qui aurait pour mandat de conseiller le gouvernement sur les questions importantes reliées à la procréatique et à la gestion qualitative des naissances, d'évaluer l'état des pratiques et de la recherche sur les NTR et d'informer le plus large public possible;
- que soit examinée l'opportunité d'adopter une loi-cadre sur les NTR en s'inspirant des expériences et des législations étrangères.

De plus, rappelons que la recherche en matière de NTR progresse très rapidement et ne cesse de questionner nos valeurs. Ainsi, l'ouverture de l'Institut de médecine de la reproduction de Montréal (IMRM) en 1990 soulève beaucoup d'interrogations. Actuellement, il est appuyé par des fonds privés seulement, mais qu'en sera-t-il dans l'avenir?

Dans un tel contexte, il nous semble essentiel d'établir sans tarder des balises sur la question, en accord avec les valeurs de respect et d'intégrité de la personne humaine véhiculées dans notre société sur les NTR. En conséquence, nous invitons le ministère de la Santé et des Services sociaux à :

- diffuser le plus rapidement possible les résultats de la consultation de 1990-1991 faite auprès des groupes et organismes;
- établir un plan d'action en vue d'actualiser les orientations prises, en 1989, à la lumière des résultats de la consultation de 1990-1991.

Par ailleurs, le CSF souhaite faire quelques commentaires sur les objectifs en matière d'infertilité (annexe, p. 14) dans le présent contexte de la planification des naissances.

À plusieurs reprises, et notamment dans son avis sur les nouvelles technologies de reproduction, le CSF a recommandé de faire de la lutte à l'infertilité des femmes une des priorités du système de santé au cours des prochaines années. À cet égard, le CSF reconnaît que la gratuité des traitements des MTS annoncée récemment par le Ministère constitue une mesure adéquate et efficace de prévention pour atteindre l'objectif préconisé.

<sup>7</sup> Conseil du statut de la femme, *Développements récents dans le dossier des nouvelles techniques de reproduction (1989-1992)*, note d'information, avril 1992.

Le CSF appuie donc les objectifs 1 et 3 proposés dans le document d'orientation. Par contre, au regard de l'objectif 2, nous rappelons au Ministre la nécessité d'encadrer adéquatement les pratiques (tel qu'indiqué précédemment).

### 5.5 Stérilisation

Les deux premiers objectifs (annexe, p. 14 et 15) font écho aux préoccupations maintes fois mises de l'avant par le CSF. Quant au troisième objectif, il y aurait lieu de préciser s'il s'agit du partage de la responsabilité dans la décision à prendre au sujet de la stérilisation ou du partage de la stérilisation entre femmes et hommes?

### 6. Sur le rôle des établissements dans la dispensation des services

Le rôle des établissements dans la dispensation des services (annexe, p. 15 à 18), pas plus que les objectifs indiqués pour chacun des volets, ne nous apparaît susceptible de bien orienter les régions régionales au niveau de l'organisation des services sur leur territoire respectif. Nous avons déjà apporté des précisions en ce qui a trait aux objectifs. Nous apportons maintenant des commentaires sur les rôles assignés aux établissements, tels qu'ils apparaissent dans le texte et dans un schéma des services intégrés (le tableau 1 résume les responsabilités définies prioritaires pour chaque catégorie d'établissement). Ainsi :

- l'orientation des CLSC et des CH en fonction de clientèle spécifique limite l'envergure de certains programmes qui doivent s'adresser à toute la population;
- puisque chacun des volets du planning comporte différents services, il serait judicieux de détailler aussi le rôle des établissements en fonction des services à offrir. Cette information s'avère importante en regard de la planification des services que les régions régionales devront faire (Voir tableau 1). Une attention particulière devrait être apportée au service de référence que tout établissement de santé devrait assumer;
- en regard de la contraception, signalons l'importance d'assurer au niveau local la gamme complète des services pour l'ensemble de la population;

- en regard de l'avortement, il faut que soient confirmées la disponibilité et la gratuité des services de base de premier trimestre à titre de mandat prioritaire des CLSC. De plus, les CLSC devraient jouer le rôle de dispensateur de services de base pour tous les services de la planification des naissances;
- relativement à l'avortement, le document du Ministère ne considère les IVG précoces prioritaires dans aucune catégorie d'établissement;
- les CH, par leur clinique de planning, devraient dispenser des services de base pour tous les volets de la planification des naissances;
- tout en convenant, comme le fait le document, que le MSSS ne peut imposer un rôle aux établissements des secteurs privés communautaires en matière de services d'avortement, de stérilisation et d'infertilité, il est essentiel que la planification de l'organisation des services dans chaque territoire tienne compte de l'existence de ces ressources privées et communautaires. L'organisation des services devra aussi tenir compte des coûts associés aux établissements privés et communautaires.

Tableau 1 - Responsabilités prioritaires dans la dispensation des services par catégories d'établissement

	Contraception	Avortement	Stérilisation	Infertilité	Sexualité
CLSC	Inf/Éd/Pré*	Inf/Éd/Pré	Inf/Éd/Pré	Inf/Éd/Pré	Inf/Éd/Pré
CLSC	Services aux jeunes				Services aux jeunes
CH	Services à des clientèle spéciales				Services à des clientèle spéciales
CH	Support aux établissements				Support aux établissements
CH		Tardif	Des femmes	Traitement de base	

\* Information/éducation/prévention

## 7. Sur le rôle des autres instances en planning

Rappelons la nécessité pour la population en général d'avoir accès à une information juste sur l'existence et l'accessibilité des services de planning par région. Cette information s'avère importante pour les régies régionales qui doivent s'assurer de la complémentarité des ressources des établissements sur leur territoire. Par ailleurs, il importe de rappeler



les difficultés auxquelles ont donné lieu les tentatives passées de recensement des services en planning.

Afin de concevoir et de maintenir à jour un bottin des ressources en planning, il est essentiel que soient consultés les organismes privés et communautaires impliqués dans ces interventions auprès des femmes, ainsi que les utilisatrices des services.

#### CONCLUSION : Les aspects du document d'orientation

En guise de conclusion, il y a lieu de porter une attention particulière à deux aspects importants d'une politique en planification des naissances que le Ministère n'a pas intégrés à sa démarche, à savoir la formation des professionnels et la recherche.

#### - La formation des professionnels

Le document d'orientation n'aborde pas la question de la formation des professionnels impliqués dans la dispensation des services. Pourtant, le CSF a déjà fait valoir auprès du Ministère la nécessité d'apporter une attention particulière à "la formation de base du personnel des services de santé et des services sociaux et leur sensibilisation en regard des besoins des femmes"<sup>6</sup>, notamment en ce qui a trait à la santé reproductive. En effet, il convient de rappeler qu'une partie importante des interventions en planning des naissances ont lieu dans les cabinets privés des médecins. De plus, la situation qui prévaut, par exemple dans certains établissements principalement en matière de services d'IVG (difficulté à recruter du personnel de relève, épuisement professionnel du personnel en poste, etc.) avait amené le CSF, dans son récent avis sur la contraception et l'avortement, à formuler les recommandations suivantes :

---

<sup>6</sup> Conseil du statut de la femme, *Commentaires ... sur les orientations du NSSS, op. cit.,* octobre 1989, p. 25.

- N° 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.
- N° 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.
- N° 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.
- N° 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.
- N° 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.

-      **La recherche**

Le Ministère accorde aux centres hospitaliers un mandat de recherche alors qu'il se réserve un rôle au niveau de la coordination de la recherche ainsi que celui de la favoriser au moyen de programmes de subvention qu'il gère directement ou via ses organismes mandataires.

Nous croyons qu'il y aurait lieu à cet égard que le MSSS précise en quoi consiste plus exactement ce champ d'activité dans le contexte de la planification des naissances et aussi qu'il identifie des axes prioritaires.

Pour le CSF, certains éléments apparaissent importants en matière de recherche; nous les avons signifiés au gouvernement dans l'avis de mai 1992 et nous les reprenons ici :

- N° 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.

N° 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.

N° 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.