

Commentaires du Conseil du statut de la femme sur les orientations ministérielles en matière de planification des naissances

Commentaires du CSF sur les orientations ministérielles en matière de planification des naissances. Juillet 1996.

Date de publication : 1996-07-01

Auteur : Conseil du statut de la femme

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



COMMENTAIRES
DU CONSEIL DU
STATUT DE LA
FEMME SUR LES
ORIENTATIONS
MINISTÉRIELLES
EN MATIÈRE DE
PLANIFICATION
DES NAISSANCES

COMMENTAIRES
DU CONSEIL DU
STATUT DE LA
FEMME SUR LES
*ORIENTATIONS
MINISTÉRIELLES
EN MATIÈRE DE
PLANIFICATION
DES NAISSANCES*

JUILLET 1996



La présente publication a été réalisé par le Conseil du statut de la femme.

La traduction et la reproduction totale ou partielle de la présente publication sont autorisées, à la condition d'en mentionner la source.

Le Conseil du statut de la femme est un organisme de consultation et d'étude créé en 1973. Il donne son avis sur les sujets 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 socioéconomiques et des syndicats.

Recherche et rédaction
Mariangela Di Domenico

Édition
Éliane de Nicolini

Secrétariat
Sylvie Taupier

Conseil du statut de la femme
Service de la production et de la diffusion
8, rue Cook, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 5J7

Téléphone : (418) 643-4326
Téléphone : 1 800 463-2851
Télécopieur : (418) 643-8926

Dépôt légal – 1996
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 2-550-30390-3

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER – COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	7
CHAPITRE II – COMMENTAIRES SUR LE CONTENU DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET RECOMMANDATIONS ANTÉRIEURES DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME	11
2.1 Les clairs-obscur des orientations ministérielles	11
2.1.1 La question de la gratuité	11
2.1.2 La différenciation entre les sexes et les déterminants sociaux	12
2.2 Les absents des orientations	14
2.2.1 Accessibilité et organisation de services	14
2.2.2 Priorités en matière d'information et d'éducation sexuelle	15
2.2.3 Ressources pour la formation du personnel	17
2.2.4 Stratégies de concertation	18
2.2.5 Miser sur la recherche en santé reproductive	19
CONCLUSION	21
ANNEXE – LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME ÉMISES DANS SON AVIS INTITULÉ <i>L'ACCESSIBI- LITÉ AUX SERVICES DE CONTRACEPTION RT D'AVORTEMENT.</i>	23
BIBLIOGRAPHIE	27

INTRODUCTION

Dans le but d'actualiser la politique québécoise en matière de planification des naissances énoncée en 1972, le ministre de la Santé et des Services sociaux rendait publique, le 26 février 1996, les nouvelles *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*.

Le récent document ministériel spécifie les orientations qui guideront les interventions du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de planification des naissances; également, il détermine les objectifs auxquels répondront les actions tant du Ministère que du réseau sociosanitaire en ce domaine. Enfin, les orientations cernent aussi les stratégies gouvernementales et les moyens qui seront mis en place, dans toutes les régions du Québec, pour concrétiser la politique en planification des naissances.

Les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* répondent à trois situations bien spécifiées. Ainsi, le premier objectif des orientations est de s'inscrire en continuité avec la politique de planification des naissances adoptée en 1972. Le second est de permettre la révision et l'ajustement de l'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux et de celle de son réseau sociosanitaire en fonction des nouvelles dynamiques et des changements survenus dans la société québécoise. Le troisième et dernier but souhaite l'harmonisation des différents énoncés ministériels et gouvernementaux qui ont des répercussions dans le domaine de la planification des naissances. Les orientations ministérielles visent et nomment spécifiquement : la politique de périnatalité, la politique de la santé et du bien-être, le plan d'action en matière familiale *Familles en tête 1995-1997*, la politique en matière de condition féminine et finalement, les orientations ministérielles adoptées à la suite du rapport du Comité de travail interministériel sur les nouvelles technologies.

Attendues depuis un bon moment, ces orientations font suite aux consultations ministérielles menées auprès des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Invité à participer à ces consultations en 1992, le Conseil du statut de la femme faisait valoir auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux ses principaux commentaires.

C'est avec empressement que le Conseil du statut de la femme a pris connaissance des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. À ses yeux, celles-ci se doivent de garantir une meilleure accessibilité aux services de planification. Car, en bout de piste, ce seront elles qui guideront les régies régionales de la santé et des services sociaux dans l'organisation et la prestation des services sur leur territoire. Conscient donc, des enjeux que de telles orientations ont pour la santé globale des femmes et sachant également qu'elles auront un effet considérable sur l'organisation des services de planification, le Conseil du statut de la femme désire faire le point sur certaines des orientations qui ont été retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux et sur certains des moyens d'action qu'il envisage mettre de l'avant.

CHAPITRE PREMIER — COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Depuis l'*Énoncé de la politique en matière de planification des naissances* de 1972 ainsi que le *Programme en planning des naissances du ministère des Affaires sociales* de 1980, le gouvernement québécois a bien entrepris quelques mesures pour aménager les services de planification et d'avortement; mais la plupart du temps, elles sont restées parcellaires et sectorielles, se retrouvant habituellement à l'intérieur d'énoncés ministériels tels la politique de périnatalité ou le plan d'action ministériel en matière de condition féminine. Et malgré son propre constat sur la détérioration des services de planification¹, ce n'est qu'en 1992 que le gouvernement a entrepris des consultations sur un projet d'orientations ministérielles. Il a même eu une certaine difficulté à respecter ses propres échéanciers quant à l'élaboration des présentes *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, puisque les consultations de 1992 n'ont pas fait l'objet d'un suivi diligent. Également, le silence gouvernemental a souvent plané sur les débats entourant la question de l'avortement. Tout ce contexte a eu pour effet d'envoyer les messages les plus ambigus aux Québécoises et aux Québécois et est loin d'avoir assuré le développement stable de services de planification des naissances; au contraire, ces hésitations gouvernementales auraient plutôt eu tendance à fragiliser certaines pratiques de prestation de ces services.

Or, voici que maintenant le Québec se dote de priorités d'action pour l'organisation des services de planification des naissances et d'avortement. Le Conseil du statut de la femme accueille avec plaisir les orientations ministérielles, longuement attendues, en matière de planification des naissances.

D'entrée de jeu, le Conseil constate que les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, font écho, dans leur ensemble, à certaines analyses, bilans et recommandations qu'il fait valoir dans son avis de mai 1992 sur la contraception et l'avortement, intitulé *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*² et dans les *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»*³ soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux en juin 1992.

De façon générale, le Conseil souscrit aux objectifs généraux adoptés pour les différents volets de la planification; plusieurs s'inscrivent dans le cadre des mesures qu'il préconise depuis plusieurs années. En outre, il se réjouit de l'effort fait par le Ministère pour exprimer

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la santé physique. *Éléments d'orientation en planification des naissances : priorités d'action et organisation des services*, «Document de consultation», Québec, le Ministère, texte de présentation, mars 1992, p. 1.

² Conseil du statut de la femme. *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico, Québec, le Conseil, mai 1992, 53 p.

³ Conseil du statut de la femme. *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»*, recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico et Louise Voyer, Québec, le Conseil, juin 1992, 16 p., (document non publié).

en termes mesurables certains objectifs; le Conseil rappelle toutefois que les statistiques sur la fréquence des grossesses interrompues présentent des déficiences rendant le décompte réel de ces actes pratiquement impossible à obtenir. D'ailleurs, à cet effet, il émet dans son avis de 1992, une recommandation pour contrer l'état déficitaire des collectes de données en matière d'avortement en spécifiant :

«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 usagères⁴.»

Par ailleurs, certaines propositions figurant dans les orientations ministérielles vont dans le sens des principes défendus par le Conseil. Nous nous réjouissons particulièrement que les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* réaffirment le libre choix des femmes et respectent des principes d'autonomie et d'intégrité physique. Il s'agit donc d'une étape décisive pour l'actualisation des droits des Québécoises et des Québécois. En ce point précis, les orientations ministérielles s'inscrivent dans la foulée des interventions du Conseil du statut de la femme, qui, en matière de planification des naissances, ont toujours été fondées sur le principe de l'autonomie des femmes et sur celui de leur intégrité physique. Le Conseil a toujours affirmé qu'il revient aux seules femmes de contrôler leur fécondité et de décider pour elles-mêmes de la poursuite ou de l'interruption de leur grossesse. De la même façon, il appartient aux seules femmes de choisir la méthode contraceptive, abortive ou stérilisante devant être pratiquée sur leur corps. Dans les orientations ministérielles, ces principes demeurent fondamentaux et, par conséquent, doivent se traduire dans les services de planification qui seront implantés.

De plus, le Conseil tient aussi à souligner que les orientations ministérielles délimitent bien certains aspects de la problématique de la maîtrise de la fertilité même si, elles semblent, par moments, s'articuler principalement en fonction d'une clientèle à risque, les adolescentes. Cette insistance peut entraîner des conséquences dans l'organisation des services. Car, à force de pointer cette clientèle, n'y a-t-il pas un risque de développer des services tellement collés aux besoins de certains sous-groupes qu'ils ne conviennent plus aux autres membres de la collectivité? Pourtant, le contrôle de la fertilité concerne l'ensemble de la population et, d'une façon toute particulière, les femmes pendant quelque trente ans de leur vie. En ce sens, il faut s'assurer que les services sont adéquats pour l'ensemble des Québécoises.

Les orientations en planification des naissances font aussi état des assises sur lesquelles s'articuleront les interventions des établissements. Elles retiennent notamment la prévention, la multidisciplinarité des services ainsi que leur adaptabilité aux besoins et aux réalités spécifiques. Ces perspectives rejoignent celles du Conseil, quoiqu'il ait aussi souhaité que les orientations ministérielles intègrent une approche globale et préventive en santé qui soit en mesure de tenir compte des conditions de vie des femmes. Aussi, bien que la section des

⁴ Conseil du statut de la femme. *Op. cit.*, mai 1992, p. 9.

orientations ministérielles portant sur les approches soit un apport valable, elle ne contient pas toujours les balises appropriées pour actualiser concrètement les services de planification.

De la même façon, bien que les nouvelles orientations répondent souvent aux préoccupations du Conseil, elles ne rejoignent que partiellement certaines des propositions majeures qu'il a maintes fois avancées surtout au regard de l'organisation et de la prestation des services. Aussi, le moment semble bien choisi de réaffirmer certaines positions sur différents aspects du contrôle de la fécondité et sur ceux de l'avortement.

Car le véritable défi des *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* ne se situe pas tant sur le plan de l'analyse et de la définition de la problématique qu'elles avancent, mais bien sur le plan de l'organisation et de la dispensation des services de planification des naissances. En ce sens, les orientations ne contiennent pas toujours les renseignements nécessaires pour guider sans équivoque les régies régionales de la santé et des services sociaux. Les objectifs poursuivis par les orientations ministérielles risquent donc d'en être affaiblis.

CHAPITRE II — COMMENTAIRES SUR LE CONTENU DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET RECOMMANDATIONS ANTÉRIEURES DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Pour compléter les commentaires généraux, nous présentons dans le chapitre qui suit nos réserves envers certaines dispositions mises de l'avant dans les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Dans certains cas, le Conseil rappellera les recommandations qu'il a déjà eu l'occasion de mettre de l'avant dans son avis sur *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement* de 1992 et qu'il estime être encore d'actualité.

2.1 Les clairs-obscur des orientations ministérielles

Selon le Conseil, la gratuité des services de planification des naissances influence considérablement leur utilisation. De plus, le réseau sociosanitaire répondra adéquatement aux besoins et aux réalités spécifiques des Québécoises en autant que ses interventions et ses pratiques tiendront compte des déterminants sociaux. Or, les orientations ministérielles banalisent ces deux facteurs et empêchent ainsi qu'ils soient clairement campés. Aussi le Conseil souhaite redéfinir dans la prochaine section la perspective dans laquelle s'insère la gratuité des services de planification et les déterminants sociaux.

2.1.1 La question de la gratuité

Le document du ministère de la Santé et des Services sociaux ne mentionne que sur le plan des principes directeurs la question de la gratuité des services. Or, cette question, surtout dans le cadre de la crise des finances publiques, des compressions budgétaires et de la reconfiguration du système de santé québécois, prend une importance stratégique.

En matière d'avortement, par exemple, plus du tiers sont actuellement pratiqués dans des cliniques privées et dans le réseau communautaire; ils occasionnent pour les femmes des coûts importants se situant entre 125 \$ et 900 \$.

Pour le Conseil, il va de soi que la gratuité des soins doit être abordée, non seulement sous l'angle des principes comme le font les orientations, mais aussi et surtout, de manière concrète et précise pour éviter toute ambiguïté lors de la planification des services par les régies régionales de la santé et des services sociaux. Cette condition est d'autant plus de rigueur que la complémentarité et la concertation entre les classes d'établissements d'une région font partie de la stratégie privilégiée pour assurer la dispensation des services en planification des naissances. Il se pourrait donc que les cliniques privées et les centres de santé de femmes soient considérées comme des ressources complémentaires à celles du réseau, d'où la nécessité d'établir clairement les mesures qui feront de la gratuité des services une réalité.

Cette nécessité s'impose également pour les services d'avortement de deuxième trimestre. Devant la rareté de ces ressources hors des grands centres urbains, il est inconcevable que les orientations restent muettes quant à l'acquittement des frais que les femmes doivent déboursier pour obtenir les services auxquels elles ont droit (frais de transport, hébergement, etc).

Devant l'incapacité actuelle du système sociosanitaire d'assurer aux Québécoises des services de planification gratuits, le Conseil reprend ses recommandations qui proposent :

«Qu'il y ait la 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;

«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;

«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 postavortement, 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 services⁵.»

De plus, malgré les vives préoccupations que les grossesses à l'adolescence provoquent, les orientations ministérielles ne retiennent pas que les déboursés liés aux méthodes contraceptives risquent d'avoir les effets les plus dissuasifs sur la capacité des adolescentes et des adolescents de contrôler leur fertilité. Le Conseil constate qu'aucune proposition tangible n'a été avancée pour contenir ce phénomène, jugé pourtant important. Le Conseil considère qu'une de ses recommandations qui proposait **«que le ministère de la Santé et des Services sociaux implante la gratuité des méthodes contraceptives pour les moins de dix-huit ans⁶»** est toujours d'actualité.

2.1.2 Sur la différenciation entre les sexes et les déterminants sociaux

Le Conseil juge important de réitérer que toutes les questions reliées à la santé générale des femmes nécessitent une analyse spécifique qui tient compte de leurs conditions de vie et, *a fortiori*, les questions reliées à leur fonction reproductrice. Ainsi, leur capacité exclusive de reproduction, leur rôle dans l'éducation des enfants, leur infériorisation socio-économique

⁵ *Ibid.*, p. 38 et 44.

⁶ *Ibid.*, p. 26.

et le rapport encore inégalitaire entre les sexes sont autant de facteurs qui déterminent un ensemble de besoins exclusifs en matière de planification des naissances. Également, il faut mentionner qu'en matière de santé, les conditions de vie des femmes favorisent un état de dépendance qui les rend plus susceptibles d'utiliser les services de santé tout comme il les assujettit au contrôle médical.

Dans un tel contexte, il est important de reconnaître la différenciation des sexes et les problématiques particulières auxquelles chacun d'eux est confronté. Sachant que les conséquences d'une maternité non planifiée sont loin d'être les mêmes pour les femmes et les hommes, il ne faut pas que le déséquilibre des rapports entre les femmes et les hommes et l'inégalité engendrée par leurs rôles sociaux respectifs empêchent certaines femmes de définir les formes de contraception qu'elles jugent en droit d'utiliser, de recourir ou non à l'avortement, ou de choisir une forme de stérilisation.

Les orientations ministérielles en planification font peu de cas des déterminants sociaux inhérents aux questions reliées à la santé des femmes en général et à celles de leur santé reproductive en particulier. Pièce maîtresse dans la politique de santé et de bien-être, ces déterminants et leur influence sont peu considérés dans les orientations.

En revanche, on est prompt à affirmer que :

«les effets positifs sur la santé [...] résultent d'un certain nombre de compétences personnelles et de comportements individuels, parmi lesquels figure, en bonne place, une saine conception de l'alimentation, de l'activité physique [...] et de la planification des naissances⁷.»

Sans nier la part de responsabilité individuelle en matière de bien-être, il n'en demeure pas moins que l'occultation quasi complète des déterminants sociaux lorsqu'il est question de promotion en santé est préoccupante.

Or, les rapports sociaux inégalitaires entre les femmes et les hommes et la dépendance économique des femmes sont des facteurs qui restreignent leur accès à la planification des naissances. Si ces facteurs ne sont pas retenus dans les orientations ministérielles, comment les différents partenaires, que ce soit les régies régionales ou le ministère de l'Éducation, peuvent-ils d'abord intégrer à leur pratique des mesures faisant la promotion de rapports égaux entre les sexes, puis planifier des services adaptés aux réalités et aux besoins des jeunes femmes ou de celles plus âgées?

D'ailleurs, le recours dans les orientations au tandem «femmes et hommes», au «couple», à «l'individu», aux «jeunes» et à la «population», même dans un souci de déssexualiser le document, neutralise les différences entre les sexes. Ce contexte contribue également à masquer et à nier les besoins exclusifs des femmes en matière de santé reproductive.

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Québec, le Ministère, 1996, p. 5.

Dans ces circonstances, l'engagement des hommes en matière de contrôle de la fécondité tel que le souhaitent les orientations ne doit pas se faire au détriment des services de base destinés aux femmes. Cette considération en période de vives compressions budgétaires prend tout son sens, car, le Conseil continue de croire qu'il faut développer et consolider les services de planning destinés aux femmes.

2.2 Les absents des orientations

Cinq éléments essentiels pour l'articulation de la politique québécoise de planification des naissances de 1972 sont absents des orientations ministérielles : l'accessibilité et l'organisation des services, l'information et l'éducation sexuelle, la formation du personnel actif dans la prestation des services de planification des naissances, les stratégies de concertation pour actualiser les orientations ministérielles, et, finalement, la question reliée à la recherche. Le Conseil réitère ici l'importance de ces facteurs dans une perspective de promotion de la santé. Car, la promotion de la santé fait appel à une combinaison de méthodes ou d'approches différentes mais complémentaires, dont l'objectif est d'agir sur les causes de la santé. Et, à ce titre, elles ne peuvent être ignorées.

2.2.1 Accessibilité et organisation de services

L'accessibilité universelle et gratuite à des services de planification des naissances dont ceux liés à l'avortement ont une influence déterminante sur l'autonomie, l'intégrité et la santé des Québécoises. Aussi, il est important de viser à l'élimination des inégalités engendrées par l'implantation quelque peu erratique des ressources en planification.

Or, la problématique de la distribution régionale des ressources est un des éléments des orientations ministérielles les moins bien documentés. Le document ministériel ne fait aucun bilan de l'organisation actuelle des services, il n'évoque pas non plus les disparités régionales pas plus qu'il ne donne d'indication précise sur le processus d'évaluation des services.

Le rôle des établissements dans la dispensation des services inhérents à chacun des volets de la planification des naissances n'est pas non plus bien défini. Leurs fonctions n'apparaissent pas articulées avec suffisamment de précision pour bien orienter les régies régionales. La politique du Ministère ne confirme ni ne consolide l'engagement des CLSC dans la pratique des avortements et de la planification. Bref, la politique ministérielle rate l'occasion de mettre en place un réseau stable de prestation de services dont les CLSC seraient les ressources facilement accessibles dans toutes les régions, et ce, dans des délais rapides.

Or, par exemple en matière d'accessibilité et de la distribution de services d'avortement sur le territoire québécois, le Conseil a documenté et fait ressortir certaines inégalités :

- trois régions n'ont aucune ressource sur leur territoire;
- seulement 5 régions sur 16 sont en mesure de dispenser des services d'avortement lorsque la gestation a atteint plus de 14 semaines;
- à peine 7,5 % des établissements du réseau des CLSC offrent des services complets de planification des naissances comprenant les avortements; la moitié de ces ressources se situent dans la région de Montréal.

Afin de corriger cette situation, le Conseil mettait de l'avant, dans son avis de 1992, des mesures pour développer à leur plein potentiel les diverses catégories d'établissements du réseau.

Ainsi, le Conseil souhaite **«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 du Québec⁸.»** Il préconise aussi **«que l'avortement soit offert en tant que service de base à l'intérieur de programmes structurés de planification des naissances des centres hospitaliers [...]»⁹.**

Les difficultés d'accessibilité aux services d'interruptions volontaires de grossesse au second trimestre sont importantes. Constatant la carence de ces ressources hors des centres de Montréal, Québec et Sherbrooke, le Conseil insiste sur la nécessité de reconnaître **«la vocation spécialisée et provinciale des établissements offrant les services spécialisés en avortement dans le cas de grossesses de deuxième trimestre [...] et de leur allouer les budgets nécessaires¹⁰»** pour remplir ce rôle suprarégional.

2.2.2 Priorités en matière d'information et d'éducation sexuelle

Dans une perspective globale de promotion de la santé, l'information et l'éducation sexuelle tiennent des rôles majeurs. L'augmentation des connaissances en matière de planification des naissances et la diffusion de l'information qui s'y rapporte ont un effet important sur l'acquisition de comportements sexuels respectueux des personnes et aussi sur la prévention des grossesses non voulues. D'ailleurs, l'absence d'information est un des facteurs reconnus pour avoir une incidence sur les avortements au second trimestre.

⁸ Conseil du statut de la femme. *Op. cit.*, mai 1992, p. 38.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*, p. 44.

Dans les orientations ministérielles, aucune priorité claire n'est dégagée en ce qui a trait à l'information et à l'éducation sexuelle. L'ajout du ministère de l'Éducation dans le dossier de la planification des naissances suscite un intérêt certain, mais le défaut des orientations ministérielles de préciser la nature de sa participation et de son intervention en dissipe aussitôt l'effet. On souhaite néanmoins qu'il procède à une évaluation des programmes qu'il offre, car l'éventail des cours en éducation sexuelle est restreint et le rôle de l'école est souvent limité.

Outre le soutien aux jeunes, les orientations ministérielles doivent aussi prévoir le soutien qui doit également être accordé aux parents et aux éducateurs et éducatrices afin de les assister dans leur rôle de formateurs et formatrices. Mais les orientations ministérielles ne répondent pas à cette réalité.

L'information et l'éducation sexuelle des jeunes devraient se faire selon une approche globale. En effet, à cette période de la vie, il apparaît essentiel de ne pas compartimenter et segmenter la sexualité dans diverses fonctions, mais bien de la concevoir dans son ensemble. Aussi, il est important que l'éducation sexuelle favorise l'acquisition de valeurs égalitaires dans les rapports, de partage de responsabilité et d'épanouissement de la personne au lieu de se limiter, par exemple, aux seules descriptions mécaniques des moyens contraceptifs.

Pour les femmes, placées devant des décisions à prendre en matière de planification des naissances, plusieurs font valoir que la diffusion d'une information tant sur la nature que sur les conséquences de leurs choix est capitale pour permettre un consentement libre et éclairé. Aussi, les actions médiatiques proposées par le Conseil ciblent en général la population adulte et en particulier, les adolescentes; également, ses recommandations visent un traitement plus approprié de l'information sur la planification des naissances. En outre, afin que les interventions en matière d'information atteignent les résultats voulus, le Conseil estime qu'il faut élaborer une approche globale et concertée et y associer différents partenaires dont les ressources communautaires en santé qui, par leur pratique innovatrice, contribuent à diversifier la gamme des services d'information traditionnellement offerts en planification des naissances et en avortement.

Enfin, c'est avec insistance que l'avis du Conseil met l'accent sur les services d'éducation et de soutien que les systèmes scolaire et sociosanitaire doivent fournir aux jeunes afin que les problématiques spécifiquement reliées à la maîtrise de leur fécondité soient prises en considération. C'est ainsi que devant le constat de l'inadéquation de ce qui se fait en ce domaine, le Conseil souhaite que le rôle de l'école se traduise, entre autres, par une meilleure adaptation des services d'éducation sexuelle aux besoins des jeunes. Dans son avis, le Conseil s'associe étroitement aux recommandations que le Comité famille-enfance de la Division santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec a eu l'occasion d'adresser au gouvernement en 1989. Ces recommandations visent à favoriser une attitude contraceptive responsable, à prévenir les grossesses à l'adolescence et à limiter les conséquences biologiques, psychologiques et socio-économiques de la grossesse à un très jeune âge.

Compte tenu de toutes ces raisons, le silence des orientations ministérielles sur les stratégies d'information est troublant et inquiétant.

L'avis de 1992 du Conseil du statut de la femme contient de nombreuses recommandations touchant les questions reliées à l'information et à l'éducation sexuelle des jeunes et celles touchant l'information pour la population adulte. À ses yeux, ces recommandations conservent toute leur pertinence et il souhaite en faire part de nouveau en les joignant en annexe aux présents commentaires.

2.2.3 Ressources pour la formation du personnel

Les états de situation dressés par le Conseil du statut de la femme lui permettent de constater l'inexistence de ressource provinciale de formation auprès des intervenantes et intervenants désireux de se spécialiser en santé reproductive.

Le document des orientations ministérielles n'aborde pas la question de la formation du personnel professionnel engagé dans la prestation des services. Pourtant, le Conseil a déjà fait valoir auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux la nécessité d'apporter une attention particulière à la formation de base du personnel des services de santé au regard des besoins des femmes. D'abord, parce qu'une partie importante des interventions en planification ont lieu dans les cabinets privés des médecins, alors que ces ressources ne sont pas prises en considération dans les orientations ministérielles; puis, pour s'assurer du recrutement et du remplacement du personnel professionnel.

Le Conseil est déçu de constater que les orientations ministérielles ne contiennent pas des stratégies concrètes pour intervenir dans ce domaine; au lieu de cela, il n'y trouve que la simple mention de la responsabilité du Ministère en la matière. Afin d'éviter qu'une formation parcellaire ne se traduise par des restrictions sérieuses de l'accessibilité des services de planification, le Conseil a déjà formulé plusieurs recommandations précises. Il souhaite rappeler ici les recommandations suivantes, qui sont toujours d'actualité :

«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.

«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.

«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'enseignement¹¹.»

¹¹ *Ibid.*, p. 45.

2.2.4 Stratégies de concertation

Dans le document les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, on confirme des pratiques existant dans certains volets de la planification des naissances, mais sans annoncer ou définir des axes qui soient prioritaires ou novateurs pour les interventions en planification. Pourtant, des stratégies de concertation et de coordination sont essentielles lorsqu'il s'agit de :

- s'assurer de la distribution équitable des ressources régionales, interrégionales ou supra-régionales;
- maximiser les interventions des différents partenaires dont celles des groupes communautaires;
- harmoniser les actions du ministère de l'Éducation avec les priorités régionales en matière de planification;
- déterminer, intégrer et faire participer d'autres partenaires à l'atteinte des objectifs, entre autres, de prévention et de promotion que les orientations se donnent; nous pensons aux corporations professionnelles, au ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'information du grand public et au ministère de l'Éducation pour la formation du personnel professionnel.

En ce sens, les orientations doivent être considérées comme un simple point de départ puisqu'elles sont loin de contenir les garanties suffisantes pour permettre la planification concertée de services de planification des naissances tant au palier régional que interrégional.

D'ailleurs, un des facteurs qui ne favorise pas non plus la concertation est l'incertitude liée aux contraintes budgétaires. Comment agir, comment mettre en place des ressources dans un tel contexte? L'absence, non seulement d'engagement sur le plan financier, mais aussi d'indication à cet effet auront une influence réelle sur les moyens concrets d'intervention.

Un autre facteur qui rend difficile la concertation et la coordination des interventions est quant à lui, intimement associé aux changements profonds qui affectent le système de santé québécois. Nous pensons ici aux inconnues qui accompagnent le virage ambulatoire. Est-ce que, dans ce nouvel environnement, les interventions en planification se feront dans les centres de chirurgie d'un jour ou demeureront-elles à l'intérieur des cliniques de planification des naissances des établissements hospitaliers? Dans ce nouvel environnement, les différents volets de la planification risquent-ils de se segmenter? Par exemple, l'information pré-avortement se donnera-t-elle en CLSC alors que l'intervention chirurgicale se fera dans les centres hospitaliers? Ces questionnements ont leur importance puisqu'ils touchent à la complémentarité des établissements en matière de prestation de services. Ils mettent en évidence que l'approche globale en matière de santé risque d'être compromise et, enfin, ils laissent entrevoir les difficultés que les femmes des régions périphériques risquent de rencontrer.

Compte tenu de ces circonstances, le Conseil croit que les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* ne posent pas de balises suffisantes pour guider les régies régionales de la santé et des services sociaux. Devant cette lacune, il

« favorise la mise sur pied d'une instance provinciale qui, grâce à des antennes régionales, veillerait à ce que chaque région rende disponible et accessible la gamme complète des services en planification. Selon le Conseil, cette instance pourrait également tenir un rôle de premier plan auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et auprès des intervenantes et intervenants tant médicaux que psychosociaux, et cela dans les différents volets de la planification des naissances¹². »

2.2.5 Miser sur la recherche en santé reproductive

L'examen de certaines pratiques de contrôle de la fécondité montre qu'en matière de mise au point de nouveaux contraceptifs, les recherches privilégient surtout les corrections hormonales. Également, le recours à la stérilisation par les Québécoises et son augmentation chez les Québécois indiquent qu'il reste encore beaucoup à faire pour découvrir tant des méthodes contraceptives efficaces qui n'affecteraient pas la santé des femmes que des modes de stérilisation à caractère temporaire et réversible. De plus, l'arrivée de la pilule abortive RU-486 en sol québécois serait l'occasion d'explorer une nouvelle avenue en matière d'avortement non chirurgical et donnerait une option supplémentaire aux femmes désireuses d'interrompre un début de grossesse.

Pour le Conseil, ces éléments de recherche sur la planification des naissances apparaissent importants. D'ailleurs, le Conseil recommande **« que le ministère de la Santé et des Services sociaux 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 [...] »**¹³. Le Conseil demande également

« 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 [...] 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 québécois¹⁴. »

Le ministère de la Santé et des Services sociaux se réserve un rôle pour ce qui est de coordonner la recherche et de la favoriser au moyen de programmes de subvention qu'il gère directement ou par l'entremise de ses organismes mandataires. Il y a lieu de spécifier en quoi consiste ce champ d'activité dans le contexte de la planification des naissances et d'en préciser les axes prioritaires.

¹² *Ibid.*, p. 2.

¹³ *Ibid.*, p. 6.

¹⁴ *Ibid.*, p. 17.

CONCLUSION

Au terme de cette démarche, le Conseil du statut de la femme est enclin à se demander si les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* atteignent les trois buts qu'elles se sont données.

Le Conseil considère que les orientations ministérielles répondent au premier objectif qui est de s'inscrire en continuité avec la politique de planification des naissances de 1972. Les orientations réaffirment le libre choix en matière de planification des naissances et, en ce sens, mettent en relief les actions gouvernementales menées depuis 24 ans.

Toutefois, les orientations ministérielles, même si elles présentent de manière intéressante les enjeux et l'évolution des problématiques liés à la planification des naissances, manquent de cohérence et de détermination faute d'engagements ministériels fermes. Aussi, elles ne répondent pas au deuxième objectif de permettre la révision et l'ajustement de l'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux et de celle de son réseau sociosanitaire. Beaucoup de travail reste à faire puisque les différentes interventions depuis plus de 20 ans n'ont pas permis de répondre aux besoins des femmes. Malheureusement, il ne se dégage pas des orientations des plans d'action susceptibles de guider et d'orienter les régies régionales de la santé et des services sociaux. C'est l'aspect le plus préoccupant de ce document. Néanmoins, les orientations manifestent l'importance que ce dossier a pour le Ministère et, en ce sens, c'est un net avantage par rapport aux incertitudes qui ont prévalu plus souvent qu'à leur tour dans ce dossier.

Quant au troisième objectif qui vise l'harmonisation des différents énoncés ministériels dans le domaine de la planification des naissances, les orientations nous précisent que toutes ces questions devront être situées dans le cadre plus large de la périnatalité et de la santé reproductive. Le Conseil est intervenu à plusieurs reprises sur la nécessité de définir de façon autonome une politique en planification des naissances en précisant que celle-ci ne doit pas se subordonner, entre autres, à une politique familiale. En même temps, une politique globale de santé reproductive permettrait de ne pas segmenter le volet sexualité comme c'est le cas dans les orientations, permettrait également d'avoir une définition constante de la planification des naissances et d'y intégrer aussi toute la problématique de la procréation médicalement assistée.

Malgré ce bilan, le Conseil juge que les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* ne sont, somme toute, qu'une première étape qui devrait être suivie par des engagements ministériels concrets. La stagnation des services de planification, voire leur détérioration depuis plus de vingt ans, ont causé un retard tel que les présentes orientations ne peuvent rattraper à elles seules.

C'est la raison pour laquelle le Conseil considère qu'un comité provincial doit être mis sur pied; son mandat serait de voir à l'application des orientations ministérielles et de s'assurer qu'elles sont des instruments efficaces pour le travail des régies régionales. Aussi, ce comité pourrait préciser les axes d'intervention et leur échéancier, en définissant des priorités d'action et en mettant de l'avant des mesures concrètes d'intervention.

De plus, en période de restrictions budgétaires, le comité devrait être particulièrement attentif à mobiliser toutes les ressources capables d'offrir des services de planification. Aussi, il travaillerait en concertation avec les ressources communautaires et privées impliquées dans la prestation des services. Enfin, cette instance provinciale devrait interpeller les différents ministères sur le plan des services particuliers à offrir aux femmes des communautés culturelles, aux femmes autochtones et aux jeunes en difficulté.

Quoiqu'il en soit, le Conseil du statut de la femme entend poursuivre cette réflexion et entend également suivre attentivement l'évolution de ce dossier, principalement les étapes de planifications régionales d'organisation des services dans chaque régie régionale, celles de leur mise en application sur le terrain et aussi l'arrimage entre les services publics et communautaires.

ANNEXE — LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME ÉMISES DANS SON AVIS INTITULÉ *L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE CONTRACEPTION ET D'AVORTEMENT*¹⁵

1. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux 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.

¹⁵ Conseil du statut de la femme. *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico, Québec, le Conseil, mai 1992, 53 p.

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 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 la 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, 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 le 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.

BIBLIOGRAPHIE

QUÉBEC (PROVINCE). CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico, Québec, le Conseil, mai 1992, 53 p.

QUÉBEC (PROVINCE). CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *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»*, recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico et Louise Voyer, Québec, le Conseil, juin 1992, 16 p. (document non publié).

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Direction de la santé physique. *Éléments d'orientation en planification des naissances : priorités d'action et organisation des services*, «Document de consultation». Québec, le Ministère, texte de présentation, mars 1992, 40 p.

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Québec, le Ministère, 1996, 29 p.