

La Planification des naissances et l'avortement dans les CLSC

Michel Perreault

The CLSC (Local Social Service Centres) has presented five resolutions on family planning and abortion to the Department of Social Affairs, which are outlined below.

Le Conseil d'administration de la Fédération des centres locaux de services sociaux (CLSC) lors de sa 32e assemblée les 29 et 30 septembre 1978 a adopté cinq résolutions qui s'adressent au Ministre des affaires sociales et qui demandent l'autorisation de mettre sur pied des comités d'avortement thérapeutique.

La Fédération souligne que trop souvent les usagers des CLSC, après un échec de la planification des naissances, s'adressent à eux pour une interruption de grossesse et qu'ils se voient dans l'obligation de leur refuser ce service de première ligne.

Dans un document d'une vingtaine de pages¹ envoyé aux directeurs généraux de CLSC la Fédération explique la problématique de l'avortement au Québec et l'implication possible des CLSC dans cette question. C'est l'essentiel de ce document que nous vous reproduisons ici.

Situation de l'avortement au Québec:

La Loi actuelle

La juridiction actuelle a été établie par le Code criminel fédéral.

Le Code criminel, article 237, tel qu'amendé par les lois 17-18, Elizabeth II, C38 en date du 1er janvier 1970, permet l'avortement sans qu'il y ait de sanction au criminel, uniquement dans un hôpital accrédité et approuvé.

On peut dégager ainsi l'essentiel de la loi:

'Au Canada, les prescriptions relatives à l'avortement ont, depuis toujours, fait partie du Code criminel. Depuis l'amendement apporté en 1969, on ne considère plus maintenant coupable d'un acte criminel,

'a) un médecin qualifié, autre qu'un membre d'un comité de l'avortement thérapeutique de quelque hôpital, qui emploie de bonne foi, dans un hôpital accrédité et approuvé, quelque moyen pour réaliser son intention de procurer l'avortement d'une personne du sexe féminin ou,

'b) une personne du sexe féminin qui, étant enceinte, permet à un médecin qualifié d'employer, dans un hôpital accrédité et approuvé, quelque moyen mentionné à l'alinéa a) aux fins de réaliser son intention d'obtenir son propre avortement,

'si, avant que ces moyens ne soient employés, le comité de l'avortement thérapeutique de cet hôpital accrédité ou approuvé, par décision de la majorité des membres du comité et lors d'une réunion du comité au cours de laquelle le cas de cette personne du sexe féminin a été examiné,

'c) a déclaré par certificat qu'à son avis la continuation de la grossesse de cette personne du sexe féminin mettrait ou mettrait probablement en danger la vie ou la santé de cette dernière, et

'd) a fait remettre une copie de certificat au médecin qualifié.

'Comité de l'avortement thérapeutique d'un hôpital désigne un

comité formé d'au moins trois membres qui sont tous des médecins qualifiés, nommés par le conseil de cet hôpital pour examiner et décider les questions relatives aux arrêts de grossesse dans cet hôpital.' (Dossier sur l'avortement, Conseil des Affaires Sociales et de la Famille, 1974, p. 15).

Application de la loi actuelle

1) Dans les centres hospitaliers:

L'application de cette loi s'est avérée excessivement difficile au niveau des centres hospitaliers du Québec.

Sur 95 centres hospitaliers admissibles à la formation de comités thérapeutiques, 27 centres hospitaliers ont un comité dont 14 qui fonctionnent réellement, les autres étant à toute fin pratique paralysés. De ces 14 comités, 6 sont francophones et pratiquent un nombre très limité d'avortement. Sauf le centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, la plupart des hôpitaux où on peut obtenir un avortement thérapeutique sont situés à Montréal. En 1975, sur les 5,657 avortements thérapeutiques au Québec, 5,418 eurent lieu dans des hôpitaux anglophones, dont 3,335 au seul Montreal General Hospital.

Face à cette situation, le gouvernement du Québec qui n'a pas juridiction sur la loi actuelle, a décidé d'inviter les hôpitaux à changer la situation en ouvrant un programme spécial de subventions: ce sont les cliniques de planning familial Marois-Lazure. L'objectif gouvernemental est de permettre l'ouverture d'au moins un hôpital par région socio-sanitaire où l'avortement serait disponible. L'annexe 1 présente la décision officielle adoptée par le Conseil des ministres le 23 novembre 1977.

D'après nos informations, des cliniques sont en voie d'établissement à Val d'Or, Shawinigan, Rimouski en plus des CH déjà opérationnels, tels Notre-Dame, CHUS, Maisonneuve-Rosemont. Les régions les plus réfractaires demeurent Québec (aucun CH ne veut s'impliquer), Saguenay - Lac St-Jean, Outaouais et Région sud de Montréal.

Comme nous ne connaissons pas le fonctionnement actuel des nouvelles cliniques, nous pouvons décrire la situation rapidement dans les CH du Québec: Pour les CH qui n'ont pas de comité ou qui ont un comité qui ne fonctionne pas, les conséquences sont simples: ils ne reçoivent aucune ou pratiquement aucune demande d'avortement et sont portés à nier l'importance de ce phénomène social.

Pour les autres, peu nombreux, qui effectuent des avortements, la demande est vraiment excessive ce qui, selon nous, amène les problèmes suivants:

- insuffisance de locaux et de personnel, ce qui conduit inéluctablement à une baisse de la qualité dans les services d'information pré- et post-avortement, les services d'éducation et d'information contraceptive qui sont vitaux pour tenter d'éviter la récurrence, et enfin dans les services de relance (follow-up) médicale et psycho-sociale.
- obligation de refuser beaucoup de demandes et donc risque d'effectuer de la discrimination, ce qui est difficile à vivre pour les professionnels impliqués.
- nécessité de référer à d'autres sources dont on n'a pas toujours le temps de contrôler la qualité (v.g. certains médecins privés, certaines agences lucratives, etc.).

2) Dans les CLSC:

Nous ne connaissons pas la situation précise dans les CLSC car le sondage mené par un groupe de sept CLSC n'est pas complété. Nous croyons cependant que plusieurs CLSC réfèrent les usagers aux ressources actuelles.

3) Dans les agences à but lucratif:

La loi actuelle, et son application, constituent une source inespérée de profits pour certaines personnes ou compagnies. Des agences, telles Interprovincial et Betty Farhood pour nommer les plus célèbres, peuvent organiser des voyages aux USA sans ne jamais être importunées par la justice. Ces agences, qui ont tout intérêt à ce que la loi ne change jamais reçoivent des références directement de médecins ou même de Centres hospitaliers, ce qui nous apparaît inconcevable dans une société qui veut rendre *accessible à tous* des services de santé et des services sociaux *de qualité*.

La situation se présente ainsi selon nous:

- coût exorbitant de l'avortement, coût que l'agence s'ingénie à augmenter en forçant les femmes à subir une anesthésie générale (plus rentable) alors qu'une anesthésie locale est suffisante; coût plus élevé quand le stérilet demeure en place alors que cela ne complique en rien l'avortement,
- qualité parfois douteuse du service: les organismes sans but lucratif et les professionnels reçoivent beaucoup de plaintes mais toutes les plaignantes veulent conserver l'anonymat: absence totale ou partielle d'aseptie, absence de tests sanguins, conditions difficiles: v.g. retour à Montréal dans l'autobus immédiatement après une saline; aucune relance médicale, encore moins psycho-sociale; aucune information contraceptive. Il y a même présomption de trafic clandestin d'enfants pour adoption.

Il est impossible d'obtenir des données statistiques de ces agences à but lucratif mais les affaires semblent 'prospères' si on considère leur prolifération rapide dans tous les centres d'importance du Québec et les opportunités d'emploi qu'elles offrent.

Enfin, il nous apparaît intolérable que le réseau des Affaires sociales laisse la santé de milliers de québécoises entre les mains d'un système privé, à profits, dans un secteur clandestin qui, toutes les études internationales l'ont montré, attire puissamment ce que l'on peut appeler le 'crime organisé'.

4) Les organismes sans but lucratif:

Plusieurs organismes bénévoles ou sans but lucratif reçoivent des demandes directement ou par l'entremise de médecins, de professionnels travaillant dans les CLSC, CH et CSS.

Ces organismes offrent une consultation et essaient de référer dans les Centres hospitaliers, aux USA, et auprès des médecins de pratique privée dans la majorité des cas. Ces organismes doivent investir beaucoup d'énergies dans un travail qui devrait être assumé par le secteur public et manquent évidemment de ressources. De plus, ils éprouvent de la difficulté à contrôler la qualité des services où ils doivent référer les gens.

5) Médecins de pratique privée:

Depuis l'abandon des poursuites contre le docteur Henry Morgentaler, des médecins, dont le médecin Morgentaler, effectuent des avortements dans leur clinique privée, à Montréal, sans être importunés par le système judiciaire.

6) Charlatans:

Il y a encore beaucoup de charlatans et faiseurs d'anges étant donné que la plus grande partie des services se donne encore dans la clandestinité.

La question de l'avortement provoque des débats passionnés dans notre société, quand ce n'est pas sous l'angle du respect à la vie, c'est la crainte que l'avortement devienne la solution privilégiée lors d'une grossesse accidentelle ou encore qu'il contribue à augmenter le recours au secteur clandestin.

Devant ces arguments, les CLSC font remarquer la pauvreté des services en place pour dépanner la femme enceinte et suggèrent trois mesures spéciales et énoncent l'hypothèse que l'avortement diminuera à long terme si certaines conditions sont respectées:

- a) un programme vigoureux de planning des naissances, fonctionnant efficacement dans tout le réseau des services de santé et de services sociaux.
- b) des services d'avortement qui offrent un excellent service d'éducation-information-consultation en planning des naissances après l'avortement et dès la première consultation s'il y a lieu.
- c) des services d'avortement qui offrent d'excellents services de relance médicale et psycho-sociale.

C'est ici que les CLSC pourraient s'impliquer à trois niveaux distincts en fournissant:

- 1) un programme de planification des naissances déjà reconnu par le MAS.
- 2) des services de consultation qui aideront la femme et le couple à prendre une décision quant à la poursuite ou non de la grossesse accidentelle, aussi dans le cas où ils ont librement décidé d'interrompre la grossesse.
- 3) une interruption de la grossesse jusqu'à 8 semaines dans leurs lieux. Ceci libérerait les hôpitaux qui pourraient consacrer davantage de ressources aux méthodes irréversibles (ligatures de trompes et vasectomie), au traitement de l'infertilité et aux avortements de plus de huit semaines.

Les CLSC insistent sur la nécessité d'une équipe multidisciplinaire qui dispenserait des services d'avortement dans un programme de planning familial—contrôle de la fertilité en même temps qu'un service de consultation adéquat. Toute cette équipe, pas seulement le médecin, aura droit à l'objection de conscience et respectera rigoureusement le secret professionnel.

La clinique de planning des naissances en centre hospitalier, telle que définie par le projet Marois - Lazure, devrait s'articuler en complémentarité avec le ou les CLSC existants.

Là où il n'y a pas de CLSC, les CH devraient assurer, en collaboration avec les centres de services sociaux, la suppléance en planning des naissances jusqu'à la mise sur pied du CLSC.

1. Pour une copie complète de ce document intitulé *Position de la Fédération des CLSC du Québec sur la planification des naissances et l'avortement* communiquer avec:

Michel Perreault
Conseiller à la programmation
Fédération des CLSC du Québec
7333 boul. des Roseraies, suite 410
Anjou
Québec H1M 2X6



Trish Johnson