

L'accès aux services de planning des naissances : un bilan mitigé

Conférence de Nathalie Parent, coordonnatrice à la FQPN

La FQPN a publié, en mai 2002, les résultats de sa recherche-action intitulée *Les services de planning des naissances au Québec : portrait des services et paroles de femmes*. Cette recherche-action présente l'état des services de planning des naissances offerts dans le réseau de la santé publique du Québec en 1999, dresse un portrait de la satisfaction et des besoins des femmes face à ces derniers et suggère des stratégies d'action collective pour l'amélioration des services.

La présentation de Nathalie Parent porte donc sur les principaux constats découlant de cette recherche-action et de la tournée de sensibilisation et de formation réalisée par la FQPN l'automne dernier dans cinq régions du Québec.



Plusieurs raisons ont poussé la FQPN à entreprendre cette recherche-action. D'abord, la Fédération recevait de plus en plus de témoignages d'intervenantes en santé et de femmes qui démontraient une certaine diminution des services de planning des naissances. La FQPN voulait être en mesure d'évaluer les impacts des multiples transformations et coupures qu'a subi le réseau public de la santé au cours des dernières années sur les services de planning des naissances. Elle voulait aussi vérifier jusqu'à quel point les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* adoptées en 1996 étaient appliquées. Enfin, elle voulait savoir si les femmes étaient satisfaites des services de planning qu'elles recevaient dans le réseau public et elle souhaitait mieux connaître leurs besoins.

Grâce à un questionnaire distribué dans les centres hospitaliers et les CLSC et dont le taux de réponse a atteint 78 %, la FQPN a pu dresser un portrait des services de planning selon cinq aspects : premièrement, l'organisation des services et deuxièmement, l'étude de quatre volets des services, soit la contraception, les méthodes d'urgence, la stérilisation et l'avortement.

Afin de connaître l'opinion des femmes face à tous ces services, la FQPN a réalisé quatre

avec des femmes actives ou militantes dans le milieu de la santé afin d'identifier avec elles les obstacles actuels au libre choix et de déterminer les pistes d'action possibles pour faire en sorte que les services de planning répondent vraiment aux besoins des femmes. En tout, 150 femmes ont ainsi participé à la recherche-action.

Les femmes se considèrent « chanceuses » lorsqu'elles parviennent à rencontrer quelqu'un qui prend le temps de répondre à leurs questions.
--

Avec les résultats de la recherche en main, la FQPN a effectué une tournée dans cinq régions du Québec avec la collaboration de ses groupes membres. En tout, 83 femmes et deux hommes provenant essentiellement du réseau de la santé, des groupes de femmes, du Conseil du statut de la femme, des groupes jeunesse, d'éducation populaire et des groupes luttant contre le sida ont été visités.

Le premier grand constat de cette tournée est que les femmes de 25 ans et plus souffrent d'un manque d'accès aux services de planning puisque 91 % des CLSC qui ont répondu au questionnaire disent réserver leurs services à une clientèle ciblée, soit les jeunes de 18-25 ans. Quant à la pilule du lendemain, elle n'est disponible que dans 30 % des CLSC. Bien que l'accès aux services de planning en centre hospitalier soit meilleur, les femmes ne pensent pas à aller dans les hôpitaux pour demander des informations sur la contraception.

Le second grand constat concerne l'effritement des services. Depuis 1992, les multiples coupures et la course au déficit zéro ont entraîné la fermeture de plusieurs hôpitaux avec, parfois, la fermeture de leur clinique de planning sans que les budgets qui y étaient alloués soient redistribués ou que les équipements soient transférés. Dans les CLSC, on a remarqué une intégration fréquente des services de planning au sein des services courants et une diminution du temps accordé à ces mêmes services alors que les besoins des femmes, eux, n'ont pas diminué. Lors de la réalisation de la tournée, il a parfois été difficile de trouver, au sein des CLSC, les

responsables des services de planning, puisque personne n'était attiré à ce service et qu'il n'existe plus de département ou de clinique de planning en tant que tel. À cette réduction des intervenantes en services de planning dans les CLSC, s'ajoutait la réduction du nombre d'infirmières en milieu scolaire.

Le principal mode d'intervention en matière de planning est la rencontre individuelle. Or, par manque de ressources, les intervenantes témoignent avoir de moins en moins de temps à accorder à chaque femme tant elles sont débordées. Les rencontres individuelles sont donc davantage axées sur l'aspect médical, faute de temps pour poser des questions et pour y répondre. Dans un contexte semblable, les intervenantes n'ont d'autre choix que de se concentrer sur les aspects médical et curatif en délaissant les aspects préventif et éducatif, qui sont autant -- sinon plus -- importants. Pour leur part, les femmes se considèrent « chanceuses » lorsqu'elles parviennent à rencontrer quelqu'un qui prend le temps de répondre à leurs questions.

On a aussi observé que les CLSC n'ont plus de budget pour produire leur propre documentation, ce qui constitue pourtant un autre mode d'intervention important. L'information qui est distribuée aux femmes provient donc essentiellement des compagnies pharmaceutiques, avec ce que cela comporte comme enjeux.

« Avant, il y avait des lieux où on allait comme intervenantes où en même temps on défendait des revendications, où il y avait un peu plus qu'un échange professionnel pour se tenir à jour... maintenant, ça devient très compliqué de faire de la politique. On ne peut plus revendiquer. »

Si l'accent est mis sur les infirmières, c'est que la recherche-action a révélé que ce sont principalement elles qui dispensent les services de planning des naissances. Les équipes de planning sont composées majoritairement d'infirmières et de médecins, et c'est dans moins d'un tiers des CLSC et moins de 20 % des centres hospitaliers que ces équipes vont être complétées par d'autres professionnelles, telles que des psychologues, des psychologue ou

des travailleuses sociales. Pourtant, comme le planning des naissances touche à plusieurs aspects de la vie des femmes, il est fondamental que les équipes soient multidisciplinaires. On est donc très loin de cette approche multidisciplinaire qui était d'ailleurs privilégiée dans les *Orientations ministérielles*.

Face à l'éducation sexuelle, on s'inquiète de l'abolition des cours de formation personnelle et sociale dans les écoles secondaires, qui assuraient une certaine éducation sexuelle. On s'inquiète de l'évolution de la sexualité dans notre société, qui devient de plus en plus banalisée et souvent présentée hors d'un contexte amoureux. On s'inquiète également de ce que les médias diffusent comme image de la sexualité. Parallèlement, on observe partout une grande méconnaissance et une grande déconnexion des femmes par rapport à leur corps. Bien qu'il soit extrêmement important d'éduquer les jeunes en matière de sexualité, il ne faut pas oublier les femmes adultes à ce chapitre, car tout le monde n'a pas eu accès à une éducation sexuelle et les besoins des femmes changent avec le temps.

En matière de contraception, la recherche-action a révélé que les principales méthodes qui sont présentées dans les établissements sont en premier lieu les méthodes hormonales, soit la pilule et le Depo-Provera. La popularité de cette dernière méthode a d'ailleurs surpris la FQPN, car au moment de l'étude, ce moyen n'avait été approuvé comme contraceptif que depuis deux ans seulement. Le condom jouit aussi d'une grande popularité bien qu'il ne soit pas vraiment utilisé pour sa valeur contraceptive mais plutôt pour sa valeur protectrice contre les ITS. Les intervenantes font, par exemple, la promotion de la double protection, soit l'utilisation à la fois de la pilule et du condom.

Ainsi, on s'aperçoit que les informations sur la contraception sont données de façon très inégale : il y a une forte préférence pour les méthodes hormonales avec un taux d'efficacité élevé au détriment d'autres méthodes telles que le condom féminin, la cape cervicale, le stérilet, etc. Les femmes se sont dites satisfaites des services offerts en contraception lorsqu'elles ont déjà choisi leur méthode contraceptive. Par contre, lorsqu'elles souhaitent changer

de méthode contraceptive ou qu'elles veulent autre chose que la pilule, il leur est difficile d'avoir accès à une information complète sur les différents types de contraceptifs existants.

Il est alarmant, aussi, d'apprendre que la formation des professionnelles en santé reproductive ne représente que quelques heures du programme académique.

Pendant la tournée, la critique face à la contraception hormonale a soulevé énormément de débats. D'un côté, on trouve que la pilule et les autres méthodes hormonales améliorent l'autonomie des femmes alors que les autres moyens contraceptifs ne sont ni très attirants ni très efficaces. De l'autre côté, on considère que les femmes devraient être informées de toutes les méthodes disponibles, car en ne sachant pas qu'une méthode contraceptive existe, les femmes ne peuvent la considérer comme une option possible. Chose certaine, le contraceptif idéal n'a pas encore été inventé, soit celui qui n'est pas nocif pour la santé à court et à long terme, dont l'utilisation est sous le contrôle des femmes, qui est abordable, voire gratuit, qui est facile d'utilisation et qui est aussi très efficace. Plus d'une dénoncent aussi que les recherches en matière de contraception se fassent principalement au niveau des méthodes hormonales et de longue durée.

Cette préférence pour les contraceptifs hormonaux et très efficaces, jumelée à une information difficile d'accès sur toute la gamme de méthodes contraceptives et à une diminution de temps et d'argent alloués aux services de planning, restreint la capacité des femmes d'exercer leur libre choix en matière de contraception.

Bien que les contraceptifs ne soient toujours pas gratuits à l'heure actuelle, les échantillons de contraceptifs oraux et parfois de condoms constituent une forme de gratuité. Or, cette gratuité pose problème, car en donnant des échantillons offerts par certaines compagnies, on incite les femmes à adopter une sorte de pilule plutôt qu'une autre. Est-il acceptable de distribuer un échantillon plutôt qu'un autre simplement parce que les compagnies pharmaceutiques en font davantage la promotion? L'acceptabilité de cette pratique est donc remise en cause par certaines

femmes, car toutes les méthodes contraceptives devraient être gratuites et ne devraient pas dépendre des stratégies marketing des compagnies pharmaceutiques.

Il est alarmant, aussi, d'apprendre que la formation des professionnelles en santé reproductive ne représente que quelques heures du programme académique : trois heures seulement sont allouées à la contraception en technique infirmière et aucune au baccalauréat. Certes, les sexologues reçoivent une formation de 45 heures sur la contraception, mais elles ne font pas partie des équipes de planning. Les compagnies pharmaceutiques ont une grande influence sur la formation continue des professionnelles de la santé, car ce sont elles qui ont les moyens - et les intérêts - d'offrir des formations de façon continue.

« Dernièrement, on manque de médecins à notre clinique privée, les jeunes se font; même dire d'aller voir des médecins en clinique privée. À deux jours par semaine, je ne peux pas répondre aux demandes en besoin de contraception. »

Le principal problème lié à la pilule du lendemain au moment de la recherche était son manque d'accessibilité dû principalement aux heures d'ouverture des CLSC et aux files d'attente dans les urgences des hôpitaux. Depuis quelque temps, l'adoption d'une nouvelle mesure a permis aux femmes de se procurer la pilule du lendemain dans les pharmacies, qui sont souvent ouvertes 24 h. Cette mesure avait été accueillie chaleureusement jusqu'à ce qu'on apprenne que les femmes devaient débourser des frais pour une consultation obligatoire avec le pharmacien.

Il serait aussi primordial que les consultations en pharmacie se déroulent de façon confidentielle, ce qui ne semble pas être souvent le cas, et que l'on fasse la promotion de cette nouvelle mesure, car beaucoup de femmes ne sont pas au courant de la disponibilité de la pilule du lendemain en pharmacie.

En ce qui a trait à la stérilisation, il semble que l'accès à la vasectomie et à la ligature des trompes soit relativement limité. Ce manque d'accessibilité touche tout particulièrement la vasectomie, car cette intervention est offerte dans seulement 7 % des CLSC et 54 % des centres hospitaliers. Il en résulte que les personnes désirant se faire stériliser seront souvent contraintes de se diriger vers les cliniques privées. Les services de stérilisation sont aussi difficiles d'accès pour les jeunes femmes de moins de 30 ans, à qui l'on recommande une évaluation psychosociale, ainsi que pour les femmes qui approchent de la ménopause.

En matière d'avortement, le principal problème au moment de l'étude réside au niveau du délai d'attente qui pouvait atteindre de trois à quatre semaines dans certaines régions. Lorsque les services d'avortement sont intégrés aux services courants, les femmes ont plus de risques de rencontrer du personnel qui n'est pas à l'aise avec la question du libre choix face à l'avortement. La FQPN recommande donc fortement que les services d'avortement soient offerts dans des établissements réservés à cette pratique parce que l'atmosphère, l'accueil, l'ouverture sont extrêmement importants pour les femmes quand il s'agit d'avoir recours à ce service. La majorité des femmes qui ont participé à la recherche souhaitent aussi avoir la possibilité d'être accompagnées lors d'un avortement, ce qui n'est possible que dans 43 % des CLSC et dans 61 % des centres hospitaliers.

Le manque de ressources et le manque de médecins qui pratiquent des avortements constituent d'importants obstacles à l'accès à l'avortement. Au Québec, il n'y a qu'une quarantaine de médecins qui pratiquent l'intervention. Dans des villes comme Montréal, on retrouve beaucoup de points de service, mais dans certaines régions, comme Sept-Îles, les services d'avortement dépendent souvent d'un seul médecin; le départ dudit médecin signifiant donc l'arrêt des services. La pénurie de la relève de médecins qui pratiquent l'avortement est aussi inquiétante. Certes, toutes les régions du Québec présentent des points de service en avortement, mais les femmes qui habitent les régions éloignées des centres urbains doivent parfois voyager pendant deux à trois heures pour se rendre au point de service le plus près, déplacements qui peuvent être fréquents et qui ne sont pas remboursés s'ils n'atteignent pas 250 kilomètres. Pour ce qui est des avortements de 2e trimestre, qui demandent souvent de rester sur place au moins deux journées, aucun service d'hébergement n'est offert aux femmes qui doivent se déplacer pour

« Les compagnies pharmaceutiques cherchent actuellement à faire un regroupement d'infirmières scolaires en planning. C'est très préoccupant. Ce sont elles qui vont donner l'information sur la contraception. »

Les services d'avortement comportent différents volets, soit le soutien à la prise de décision, la préparation à l'avortement, l'intervention et le post-avortement. Or, seulement 12 % des CLSC offrent l'ensemble de ces services. Ainsi, les femmes doivent souvent se déplacer d'un endroit à un autre pour recevoir la totalité des services en avortement. Lors de sa tournée, la FQPN a constaté un certain manque de coordination entre les établissements offrant les différents services. Par exemple, certaines femmes ont parfois deux rencontres pré-avortement, l'une au CLSC de leur région et la deuxième dans l'établissement où est pratiqué l'avortement. Des ententes pour des services bien coordonnés entre les différents établissements offrant des services d'avortement seraient donc indispensables pour éviter ce genre de situation.

Depuis mai 2001, de nouveaux fonds ont été injectés pour la consolidation et le développement des services d'avortement. Ces fonds représentent un important gain, même si la somme allouée a été inférieure à ce qu'avaient demandé les médecins et intervenantes. Pour certains, cette injection d'argent a permis d'augmenter les jours de services ou d'offrir des services de 2^e trimestre. Pour d'autres, ces fonds ont permis l'achat de nouveaux équipements sans pour autant permettre l'embauche de personnel supplémentaire qui permettrait d'offrir plus de services. Les retombées de cette injection de fonds sur les délais d'attente et le nombre d'avortements sont donc toujours sous étude.

« Quand je suis entrée il y a six ans dans mon CLSC, je faisais partie d'une équipe multidisciplinaire en planning qui donnait un service de qualité aux femmes, un accompagnement du début à la fin. Ce n'est plus le cas depuis la perte de notre médecin. La présence des travailleuses sociales est remise en question continuellement. »

Pendant la tournée, la FQPN a constaté que les personnes oeuvrant dans le domaine du planning des naissances travaillent de façon isolée et sont plus souvent qu'autrement débordées. Les participantes à la tournée ont donc grandement apprécié de pouvoir prendre le temps de rencontrer d'autres groupes de femmes et d'autres intervenantes afin d'échanger et de se ressourcer. D'ailleurs, dans plusieurs régions, les participantes ont décidé de mettre sur pied des tables de concertation ou d'organiser des rencontres annuelles afin de poursuivre les échanges, les réflexions et d'établir des liens plus solides entre les différentes intervenantes en planning.

À la suite de la tournée, la FQPN propose de mettre sur pied une coalition multisectorielle comprenant des intervenantes et des groupes de femmes afin de revendiquer diverses améliorations dans les services de planning, dont le retour des services en planning des naissances dans les CLSC, des services de planning offerts aux femmes de tous âges sans discrimination, la gratuité réelle des méthodes contraceptives pour les jeunes femmes et jeunes hommes de moins de 25 ans, des équipes multidisciplinaires pour dispenser les services, etc.