

Accessibilité des services de planification des naissances: état de la situation

Par Madame Nathalie Parent, coordonnatrice,
la Fédération du Québec pour le planning des naissances

La présentation porte sur les résultats d'une recherche-action, intitulée Le planning des naissances au Québec: Portrait des services et paroles de femmes effectuée par la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) entre 1999 et 2001.

Les services de planning des naissances sont au coeur de la santé reproductive et de la vie de toutes les femmes. Les femmes auront à prendre des décisions face à leur capacité de reproduction et face à leur désir d'avoir un enfant, à quel moment, à quelle fréquence. Ces décisions vont changer en fonction de notre âge, de notre condition socio-économique, en fonction de notre sexualité, de notre relation de couple, de la stabilité de notre couple, du nombre de partenaires sexuels, etc. Pour nous aider dans ces décisions, nous aurons recours aux services de planning des naissances et aux services des professionnels de la santé.

Le rôle des services de planning des naissances

Ces services doivent nous soutenir dans notre capacité de prendre des décisions éclairées face à notre corps et notre sexualité et aider à protéger notre fertilité, notre santé et notre bien-être. Idéalement, les services de planning des naissances incluraient l'éducation à la sexualité, des interventions psychosociales et médicales humanisées, des informations critiques sur la contraception, sur l'avortement, sur la fertilité, sur la façon de protéger les femmes contre l'infertilité et de prévenir les maladies transmissibles sexuellement. Ils devraient aussi fournir l'accès universel à toutes les méthodes contraceptives qui existent, aux méthodes d'urgence, à l'avortement et à la stérilisation. Les services de planning des naissances doivent aussi soutenir les femmes dans tout le processus entourant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale et devraient comprendre des services de soutien suite au deuil provoqué par une fausse-couche, par exemple.

Pourquoi avoir mené cette recherche-action?

La recherche découle du constat à l'effet que les services de planning des naissances étaient en diminution. La recherche visait donc à dresser un portrait concret de la situation, notamment en cernant comment les services de planning survivaient aux réformes qu'a subies le réseau des services de santé et des services sociaux dans les années 1990 et en analysant si les femmes étaient satisfaites des services qu'elles reçoivent. La recherche permettait aussi de mieux connaître les besoins actuels des femmes face aux services de planning des naissances, ainsi que de voir dans quelle

mesure les orientations ministérielles en matière de planification des naissances, adoptées par le gouvernement du Québec en 1996, étaient appliquées.

Méthodologie de la recherche

Les données proviennent d'un questionnaire envoyé dans les CLSC et les centres hospitaliers (qui ont répondu dans une proportion de 78%), d'un questionnaire rempli par 42 femmes, de 4 groupes cibles et divers ateliers de discussion réalisés à travers la province. Dans le cadre de la recherche-action, les aspects suivants ont été analysés: l'organisation des services de planning des naissances, la contraception, la contraception d'urgence, l'avortement et la stérilisation.

Organisation des services de planning des naissances – principaux constats

Le premier grand constat est le manque d'accès aux services et l'effritement des services. 91% des CLSC et 25% des centres hospitaliers (CH) réservent leurs services de planning des naissances à des clientèles ciblées et sont maintenant principalement offerts aux jeunes, âgées entre 14 et 25 ans. Donc une femme âgée de 25 ans et plus n'aura pas le service, elle ne sera pas reçue à son CLSC pour avoir, par exemple, accès à la contraception d'urgence. Elle sera dirigée ailleurs. Cette situation s'applique dans près de 30% des CLSC. Les CH sont plus accessibles, mais les femmes y recourent moins si elles veulent une consultation en matière de planning. Elles vont plutôt dans les CH pour avoir accès à l'avortement ou subir une intervention. Nous remarquons que dans les CLSC, les services de planning des naissances ont été dilués au sein des services courants et le temps alloué aux services de planning a diminué. Au sein des CLSC, il n'y a plus de département de planning ou de cliniques en tant que tel. Nous constatons également une réduction du temps accordé pour les rencontres entre la femme et le personnel de la santé. Ce faisant, les interventions sont axées sur des aspects curatifs plutôt que sur des aspects préventifs et éducatifs. Certaines femmes se disent chanceuses de pouvoir rencontrer un intervenant en santé qui prend le temps de les écouter, de répondre à leurs questions et de les soutenir dans leurs prises de décision.

Malgré leur mandat de prévention et d'éducation, les CLSC n'ont plus de budget pour produire leur propre documentation. Ainsi, le matériel utilisé provient principalement des compagnies pharmaceutiques. Nous savons très bien que les compagnies pharmaceutiques ont leurs propres intérêts. La formation continue des professionnels de la santé est également problématique. Ils ne disposent que de peu de ressources et de temps pour le faire et ce sont donc les compagnies pharmaceutiques qui sont en mesure et qui ont les moyens d'offrir la formation continue de façon soutenue. Notre étude révèle que très peu de CLSC et de CH ont des équipes d'intervention multidisciplinaire permettant d'offrir une intervention avec une représentation égale aux aspects psychosociaux du planning et aux aspects médicaux. Enfin, nous avons constaté un retrait des infirmières en milieu scolaire, ce qui constitue un obstacle additionnel à l'accès aux services de planning des naissances.

La contraception – principaux constats

L'information sur les différentes méthodes contraceptives est donnée de façon très inégale. Nous remarquons une large préférence donnée aux méthodes hormonales dont les taux d'efficacité sont plus élevés. Les méthodes telles que la pilule et le Depo-Provera, sont offertes partout, alors que la cape cervicale et les méthodes de barrière sont offertes dans beaucoup moins de cas. Le condom est aussi une méthode contraceptive parmi les plus populaires, mais nous remarquons la promotion du condom davantage pour la protection contre les ITS que pour sa valeur contraceptive. Les jeunes femmes se font souvent recommander de recourir au condom pour se protéger contre les ITS, mais également de recourir à une méthode hormonale pour se prémunir contre les grossesses. L'accès à certaines méthodes contraceptives est problématique en région. Le diaphragme, par exemple, n'est pas disponible dans la région de Sept-Îles tout simplement parce qu'il n'y a pas de médecin qui a les qualifications nécessaires pour prendre les mesures nécessaires à son installation. En ce qui concerne la cape cervicale, certains établissements ne savent pas vraiment où se la procurer, hormis le Centre de santé des femmes de Montréal qui en fait la promotion. Il faut comprendre que même si nous faisons la promotion de ces méthodes, les femmes n'y ont pas nécessairement accès.

Nous constatons que les femmes rencontrent certaines difficultés lorsqu'elles désirent recourir à une méthode autre que la pilule, ou lorsqu'elles souhaitent avoir des informations sur toutes les méthodes existantes. Les témoignages des femmes font clairement ressortir le manque d'information, le parti pris des professionnels de la santé en faveur des méthodes hormonales de même qu'une certaine banalisation de leurs effets secondaires tels que les maux de tête, la prise de poids, etc.

En matière de santé reproductive, les femmes se font suggérer une panoplie de produits pharmaceutiques à partir de leur puberté jusqu'à la fin de leur vie, et nous savons que les compagnies pharmaceutiques n'offrent pas ces produits avec un intérêt, en premier lieu, pour la santé des femmes. Par exemple, les femmes se voient maintenant offrir le timbre de testostérone (pour augmenter la libido chez les femmes ménopausées), le Seasonale (qui permet de réduire le nombre de menstruations à quatre par année), le Prozac (maintenant recommercialisé sous le nom de Serafem, pour traiter le syndrome prémenstruel très sévère). L'influence des compagnies pharmaceutiques en matière de santé reproductive est donc très grande. Ce sont elles aussi qui vont diriger les recherches sur les nouvelles méthodes contraceptives et nous remarquons que ces recherches sont basées sur des méthodes hormonales, de longue durée et qui sont hors du contrôle des femmes.

Enfin, le choix des méthodes de contraception comporte toujours un compromis. Le contraceptif idéal n'existe pas. Soit nous faisons un compromis au niveau de son efficacité, soit nous faisons un compromis au niveau de son impact sur la santé et des risques pour la santé des femmes. Nous attendons toujours le contraceptif idéal, c'est-à-dire celui qui est facile d'utilisation, sous le contrôle des femmes et sans effets ni

impacts nuisibles sur notre santé.

La contraception d'urgence – principaux constats

En matière de contraception orale d'urgence, nous constatons la difficulté d'accès à cette forme de contraception dans les CLSC, notamment parce qu'ils sont fermés les fins de semaine et les jours fériés et nous n'avons pas nécessairement envie d'attendre longtemps dans les salles d'urgence des hôpitaux. Nous remarquons également que le stérilet post-coïtal, aussi une méthode d'urgence, est très peu connu et très peu accessible. Nous pouvons accéder à cette méthode dans 21% des CLSC et 43% des CH. Cette méthode est peu connue mais elle peut être utilisée jusqu'à cinq jours suivant la relation sexuelle non protégée. Enfin, une nouvelle mesure a récemment été mise en place au Québec en matière de contraception orale d'urgence. Pour en faciliter son accès, la pilule du lendemain est maintenant disponible en pharmacie et peut être prescrite par le pharmacien. Cette nouvelle mesure devrait être davantage promue car très peu de femmes en connaissent l'existence.

L'avortement – principaux constats

Le délai d'attente, pouvant être de trois, quatre et même cinq semaines, est le principal obstacle rencontré au niveau de l'accès aux services d'avortement. Les femmes préféreraient aller dans des cliniques privées où le délai d'attente est seulement d'une semaine. Près du tiers des avortements au Québec est pratiqué en cliniques privées, où les femmes doivent déboursier en moyenne entre 200\$ et 300\$ pour y avoir accès. Nous remarquons également que les services d'avortement sont de plus en plus intégrés aux services courants. Les femmes peuvent alors rencontrer plusieurs professionnels qui ne sont pas nécessairement à l'aise avec la notion du libre choix. Nous avons aussi constaté que la majorité des femmes souhaitent être accompagnées dans la salle d'intervention mais seulement 43% des CLSC et 61% des CH acceptent que la femme soit accompagnée. Au Québec, il n'y a qu'une quarantaine de médecins qui pratiquent l'avortement. Dans certaines régions, l'accès à ce service dépend de la disponibilité d'un ou deux médecins et lorsqu'ils ne sont pas disponibles, le service est interrompu. Il y a un point de service pour les avortements de premier trimestre dans chacune des régions du Québec et quatre points de services pour les avortements de deuxième trimestre. Par contre, dans certaines régions du Québec, les distances sont très grandes et les frais de déplacement dépassant 250\$ ne sont pas remboursés. Pour les points de services d'avortement de deuxième trimestre, il n'y a pas de services d'hébergement prévus, bien que nous sachions que ce type d'intervention demande une présence minimale de deux jours.

La stérilisation – principaux constats

Nous constatons d'énormes lacunes quant à l'accès aux services de stérilisation. La ligature des trompes, par exemple, n'est pas très accessible dans les CLSC puisque qu'il s'agit d'une intervention qui se pratique davantage en centre hospitalier. Seulement 7% des CLSC et un peu plus de 50% des centres hospitaliers offrent des

services de stérilisation.

Enfin, il faut se préoccuper du démantèlement des cours d'éducation sexuelle donnés dans les cours de formation professionnelle et sociale dans les écoles. Nous sommes sur le point de perdre des acquis à ce niveau.

La FQPN a mis sur pied une coalition pour la santé sexuelle et reproductive. Celle-ci regroupe près de 60 groupes et individus qui souhaitent agir sur les questions des services de planning des naissances et de la santé reproductive et sexuelle.

Tiré de:

Rapport du séminaire Minuinniu Innushkueu. Pour une vision commune de la promotion de la santé des femmes autochtones. Organisé par Femmes Autochtones du Québec, 21-23 octobre 2003. Pages 19 à 22