

Les principaux obstacles au libre choix

Les services de planning des naissances jouent un rôle central dans la prise en charge par les femmes de leur corps, de leur sexualité, de leur fertilité et de leur santé. Pour ce faire, les services doivent les soutenir, répondre à leurs besoins et faciliter l'exercice du libre choix. Pour pouvoir prendre des décisions de façon éclairée, les femmes doivent aussi être conscientes des facteurs qui les influencent ou font pression sur elles.

Or, les chemins qui mènent au libre choix et à l'accessibilité des services de planning de naissances adaptés aux besoins des femmes sont parsemés d'embûches. Qu'il s'agisse de la diminution des ressources du système de santé, du mouvement anti-choix ou encore de la place inégale qu'occupent les femmes dans notre société, les obstacles sont malheureusement nombreux et variés. Chose certaine, on ne peut penser agir pour l'amélioration des services sans savoir ce qui, encore aujourd'hui, y fait obstruction.

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux

Le système de santé et des services sociaux du Québec a subi de multiples transformations au cours de la dernière décennie: décentralisation, redéfinition des rôles et mandats des établissements, virage ambulatoire, compressions budgétaires, etc. Pour le gouvernement québécois, l'obsession du déficit zéro a été la principale toile de fond de son entreprise de reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux. En fait, les décideurs étaient convaincus de pouvoir améliorer la qualité des soins en effectuant d'importantes économies, et ce, sans trop perturber le système de santé. Mais les résultats sont tout autre: «... Après 1,9 milliard \$ de compressions depuis 1995-1996: une dizaine d'hôpitaux fermés, de multiples fusions d'établissements, la réduction du personnel et la surcharge du personnel restant, une diminution tangible de la qualité et de l'accessibilité des services — avec des volumes et délais d'attente accrus et de nombreux besoins laissés pour compte.» (Lapierre, 1998, p. 9)

À l'heure actuelle, il demeure encore difficile de déterminer si l'impact de ces transformations sur les services de planning des naissances relève des conséquences du virage ambulatoire ou des coupures budgétaires. Chose certaine, les services de planning n'en sont pas sortis indemnes. Voici quelques exemples des impacts des réformes que nous avons pu observer depuis 1992:

- la régie régionale de Montréal-Centre a fermé des établissements hospitaliers (Reddy Mémorial et Queen Elizabeth) où étaient offerts des services de planning des naissances et d'avortement, sans transfert de budget ni d'équipement à d'autres établissements du secteur afin d'assurer la continuité des services;
- les restrictions budgétaires ont amené l'hôpital Royal Victoria à cesser d'offrir des services d'avortement de deuxième trimestre;
- en Montérégie, l'hôpital Charles-Lemoyne a démantelé sa clinique de planning des naissances. Il offre maintenant le service d'avortement au département de

- chirurgies d'un jour et réfère les femmes qui ont besoin d'un autre service de planning des naissances à un autre établissement;
- plusieurs CLSC ont vu leurs services de planning se diluer à l'intérieur des services courants ou des modules enfance-jeunesse-famille;
 - des CLSC ont vu leur programme de planning diminuer, comme le Centre de santé Sainte-Famille (Abitibi-Témiscamingue), qui a amputé d'une journée son programme de planning;
 - d'autres CLSC ont affecté leur personnel en planning à d'autres services, etc.

Les responsables des services de planning ont présenté un portrait peu reluisant de leur réalité au travail: la grande majorité constate une augmentation des besoins et des demandes de services, la complexification des problématiques, l'augmentation de leurs tâches, et ce, dans un contexte de restrictions budgétaires et humaines.

Cet état de fait présente des obstacles certains quant à la qualité des services. D'une part, l'accessibilité aux services diminue. D'autre part, le personnel doit diminuer le temps passé avec chaque femme et n'est plus en mesure d'offrir des consultations complètes nécessitant information et prise en compte de l'état de santé globale et de la réalité de vie des femmes, et ce, en dépit du fait que les rencontres individuelles constituent le principal mode d'intervention en planning, tel que l'a révélé notre enquête. Dans ce contexte, les services deviennent davantage axés sur le curatif que sur le préventif.

L'intégration des services de planning des naissances dans les services courants les rend invisibles et moins accessibles, et conduit au morcellement de ces services. Cette pratique ne permet pas de maintenir des équipes multidisciplinaires structurées qui développent les approches particulières nécessaires dans ce domaine. Cette intégration au sein des services courants augmente aussi les risques pour les femmes d'être confrontées à du personnel qui n'est pas au courant des derniers développements en la matière ou qui n'est pas à l'aise avec la sexualité et la notion de libre choix.

La formation du personnel en matière de planning des naissances

La formation du personnel provient principalement de deux sources: des maisons d'enseignement et des compagnies pharmaceutiques. Les programmes d'études consacrent un nombre d'heures limité au planning des naissances, à la sexualité des femmes et aux particularités de la santé des femmes en général. Le mouvement pour la santé des femmes a longtemps revendiqué des programmes de formation qui sensibilisent le personnel de la santé aux aspects psychosociaux et sexuels du planning, à la relation d'aide, aux approches de consultation qui favorisent l'exercice du libre choix, à l'intervention adaptée aux réalités des femmes, des adolescentes, des femmes lesbiennes ou bisexuelles, des femmes provenant de différentes communautés ethnoculturelles. Encore aujourd'hui, la formation professionnelle met l'accent sur les connaissances biomédicales et laisse bien peu de place aux autres aspects qui tiennent compte des déterminants de la santé et de la réalité des femmes dans ses multiples dimensions.

Quant à la deuxième source de formation, elle provient des compagnies pharmaceutiques qui produisent l'information et la formation la plus organisée, la plus soutenue, la plus

accessible mais aussi la moins critique. Cette formation, qui est davantage du ressort de la promotion et du marketing de nouveaux produits auprès des personnes qui pourront les prescrire, est souvent incomplète: elle ne tient pas toujours compte des aspects psychosociaux et sexuels du planning des naissances, c'est-à-dire de l'ensemble des facteurs qui entrent en jeu dans le choix.

Le personnel intervenant en planning des naissances déplorent le manque d'accès à une formation continue en matière de planning des naissances. En effet, les établissements ont coupé dans les budgets de formation et n'assurent à peu près plus de remplacement de personnel pendant ces journées. Dans sa réaction aux Orientations ministérielles en matière de planification des naissances, le mouvement pour la santé des femmes s'inquiétait qu'il n'y ait nulle mention de la formation du personnel ni du soutien qui sera offert à celui-ci pour développer les approches privilégiées d'interventions prévues. Pourtant, le premier outil pour des services de qualité, adaptés aux besoins des femmes et respectueux de leur santé et de leur choix, est la formation du personnel dans tous les milieux de pratique.

Les préjugés et les valeurs personnelles

La morale, sociale et personnelle, et les jugements de valeur sur la sexualité et sur le planning des naissances influencent grandement l'accès à l'information et aux services. Le personnel peut, par exemple, préjuger du choix que les femmes doivent faire en matière de planning des naissances en fonction de l'âge de ces dernières, de leur statut socio-économique, de leur origine culturelle ou en fonction de leurs habitudes de vie. Il peut conséquemment restreindre l'information donnée et limiter la capacité des femmes de prendre des décisions éclairées.

Ainsi, l'augmentation du taux de grossesse à l'adolescence depuis la fin des années 1980 a amené plusieurs personnes à croire que les adolescentes ne sont pas capables de prendre la pilule sur une base quotidienne ou d'utiliser un contraceptif correctement. Ces préjugés influencent les contraceptifs suggérés aux adolescentes pour se protéger de la grossesse et des maladies transmises sexuellement. Conséquemment, ces personnes pensent qu'il est préférable de prescrire des méthodes de longue durée, telles que le Depo-Provera, efficace sur trois mois sans que la jeune femme n'ait à prendre ni à faire quoi que ce soit. D'ailleurs, depuis quelques années, la notion de double protection est promue par différents spécialistes comme faisant partie d'un comportement sexuel responsable. Ceux-ci privilégient les méthodes théoriquement plus efficaces que sont les contraceptifs hormonaux, en plus de l'emploi du condom comme protection contre les maladies transmises sexuellement. Pourtant, le condom à lui seul est une méthode de contraception efficace, encore plus s'il est utilisé avec un spermicide.

De plus, dans notre société, avoir une relation sexuelle signifie avoir une pénétration, et pour qu'elle soit source de plaisir, il ne doit pas y avoir d'interruption entre ce qui est appelé les préliminaires et la pénétration. Ce préjugé est aussi présent chez le personnel des services de planning et peut les amener à privilégier les méthodes invisibles puisque celles-ci conviennent au schéma de la relation sexuelle complète sans interruption. Le personnel suggère principalement les contraceptifs oraux et le Depo-Provera comme

méthodes contraceptives. Très peu donne de l'information sur les méthodes dites douces ou visibles (sauf pour ce qui est du condom masculin) et sur les méthodes de repérage de l'ovulation. Cet état de fait révèle un certain manque de confiance ou de connaissances envers ces méthodes. Selon beaucoup de femmes, le personnel intervenant a aussi souvent tendance à banaliser les effets secondaires des méthodes hormonales et à mettre une emphase excessive sur les inconvénients des autres méthodes. Ces témoignages démontrent encore une fois les préjugés qu'entretient le milieu médical en faveur des méthodes hormonales au détriment des autres choix possibles.

Plusieurs des femmes qui ont participé à notre enquête ont été taxées d'irresponsables lors de leur demande de la pilule du lendemain ou d'avortement. On présume qu'elles n'ont pas pris de contraception, qu'elles «n'ont pas fait attention». Pourtant, plusieurs femmes demandent ces services à cause d'un échec de la contraception. Cette attitude augmente le sentiment de culpabilité des femmes et leur désir de se cacher, et mine leur confiance en elles.

Ces quelques exemples démontrent que les préjugés peuvent influencer le libre choix de même que la qualité des services offerts en planning des naissances. Les valeurs de chaque personne qui intervient auprès des femmes ont aussi un impact si elles ne sont pas clairement identifiées. Ainsi, sa conception de la maternité, de la famille, des conditions dans lesquelles il est acceptable d'avoir des enfants (le revenu, les conditions de vie, etc.) peuvent amener une personne à filtrer les informations, à orienter le choix ou à choisir à la place des femmes.

La morale peut aussi faire obstacle à l'accès aux services de planning. Par exemple, le fait que les services de planning des naissances ne soient pas considérés comme étant médicalement requis (à moins qu'il y ait menace sérieuse à la vie) permet au médecin de refuser de pratiquer des gestes médicaux si ceux-ci vont à l'encontre de ses valeurs morales. Ainsi, un médecin peut refuser de pratiquer des avortements, de prescrire un contraceptif ou de stériliser une femme pour ces motifs alors qu'il ne peut refuser de poser un acte médicalement requis. Cette réalité limite particulièrement l'accès à l'avortement puisque peu de médecins (seulement une quarantaine au Québec) acceptent d'en effectuer et que rien ne les encourage à le faire. Un médecin, aussi bien qu'une travailleuse sociale, une enseignante ou une infirmière, qui ne donne pas toute l'information sur les moyens contraceptifs, les services et les techniques d'avortement ou encore qui ne réfère pas aux endroits qui pourraient fournir ces informations, limite le choix de la femme qui vient consulter, exerçant ainsi un certain contrôle sur la vie reproductive de cette femme.

L'absence d'éducation sexuelle

Le programme de formation personnelle et sociale du ministère de l'Éducation du Québec a été graduellement aboli à partir de 2001. Ce programme consacrait quelques heures à l'éducation sexuelle durant l'année scolaire, au primaire et au secondaire. À notre connaissance, aucune évaluation n'a été réalisée des impacts de ce programme avant de décider de le modifier en profondeur.

Bien que l'éducation sexuelle soit présente dans la plupart des écoles, elle est souvent enseignée par des professeurs qui sont extrêmement inconfortables avec cette matière (McDonald, 1996, p. 3). Le fait que le ministère de l'Éducation du Québec prévoit intégrer de façon transversale le contenu de l'ancien programme au sein de divers cours déjà existants nous questionne sur la préparation et l'aisance des professeurs, formés pour enseigner d'autres matières, à aborder la sexualité. Encore aujourd'hui, la sexualité n'est pas un sujet qu'on discute aisément. Une grande partie de la population n'est pas à l'aise d'aborder ces questions; il en est de même pour le corps enseignant et les personnes intervenant en santé et en services sociaux.

Parallèlement, les CLSC manquent de ressources pour remplir leur mandat en matière d'éducation et de prévention, cela affecte leur niveau de collaboration avec le milieu scolaire et leur capacité de rejoindre les jeunes et les adultes dans d'autres milieux. Les femmes adultes manquent de ressources afin de pouvoir discuter de l'harmonisation de leur vie sexuelle avec des choix en matière de contraception, d'avortement, etc., tout comme les jeunes femmes lesbiennes ou bisexuelles qui sont, en plus, confrontées avec la discrimination face à l'homosexualité. Pourtant, l'éducation sexuelle est primordiale afin de pouvoir encourager des comportements harmonieux et responsables.

L'absence de statistiques

Il est actuellement très difficile de réaliser un portrait de la réalité des femmes face au planning des naissances. Cette recherche s'est, entre autres, avérée nécessaire vue l'absence de données sur les services de planning des naissances au Québec. Aucune statistique n'est recueillie sur l'ensemble des méthodes de contraception utilisées par les femmes. Les seules données statistiques portent sur les méthodes qui demandent une prescription, comme les contraceptifs oraux.

Au niveau de l'avortement, une certaine amélioration a été constatée ces dernières années grâce, entre autres, à la participation du personnel intervenant en CLSC qui fournit sa propre compilation. Cependant, la présentation des statistiques qui comparent le nombre d'avortements avec le nombre de naissances vivantes ne nous donne pas un portrait réel du pourcentage de femmes en âge de procréer qui ont eu recours à cette intervention. Le manque de précision dans la terminologie employée peut aussi nous priver de données importantes. Par exemple, la collecte des données permet-elle de faire une distinction entre un avortement sur demande de la femme, un avortement recommandé à la suite d'un diagnostic prénatal ou un avortement d'embryon surnuméraire dans le cadre d'un processus de fertilisation *in vitro*?

Il est donc ardu de traduire la réalité des femmes en matière de santé reproductive. Les femmes changent combien de fois de contraceptif au cours de leur vie? L'apparition du diagnostic prénatal a-t-il contribué à l'augmentation du nombre d'avortements au Québec? Les problèmes d'infertilité chez les femmes sont-ils en augmentation au Québec? Les causes possibles sont-elles recensées? Savons-nous combien de femmes ont eu recours à la pilule du lendemain? Les demandes ont-elles augmenté au fil des ans? Savons-nous combien d'heures sont vouées à l'éducation sexuelle? Le temps alloué à cette matière a-t-il augmenté ou diminué ces dernières années? Y a-t-il des liens à faire avec le taux de

grossesse à l'adolescence? Recensons-nous les services et les ressources à la disposition des femmes en matière de planning?

Il devient de plus en plus nécessaire de disposer d'un système gouvernemental permettant de recueillir ces données afin de mieux comprendre la réalité des femmes relative au planning des naissances, et ce, selon leur âge et leur région. Ces données devraient être mises à la disposition de tous les réseaux d'intervention concernés par la santé reproductive. Certes, cette recherche-action tente de répondre en partie à certaines de ces questions, mais de telles recherches devraient être financées et entreprises de façon régulière et devraient couvrir l'ensemble des aspects de la santé reproductive des femmes et des hommes.

La médicalisation de la reproduction

La santé reproductive des femmes s'est complexifiée depuis les années 1950 avec l'avènement de la médicalisation de la reproduction et de la santé des femmes. La médicalisation constitue un processus par lequel des phénomènes non médicaux en arrivent à être définis et traités comme des problèmes médicaux en fonction d'une approche centrée sur les maladies et les désordres. Peu à peu, il y a eu surmédicalisation et omniprésence des technologies sans que les impacts sur la société et sur la santé n'aient été débattus ni évalués. Ceci a d'autant plus d'importance que les produits et les technologies dont nous parlons en santé reproductive concernent des **femmes en santé**.

Ce phénomène a débuté avec la grossesse et l'accouchement, par la prise en charge médicale de la maternité. Porter un enfant aujourd'hui n'est plus défini comme une expérience normale, mais bien comme une expérience «à risque et porteuse de dangers éventuels» (Quéniart, 1990).

En plus de médicaliser la maternité, c'est maintenant l'ensemble du cycle reproducteur des femmes qui est défini et traité comme un problème médical. On retrouve aujourd'hui des médicaments pour pallier au syndrome prémenstruel. Ces médicaments (dont le Prozac, recommercialisé par la compagnie Eli Lilly sous le nom de Serafem) n'ont-ils été mis en marché que pour les 5 à 10 % de femmes qui souffrent réellement de symptômes prémenstruels sévères (RQASF, 2000, p. 4)? Les recherches sur le contraceptif oral qui réduit les menstruations vont bon train. Cette «pilule» permettra aux femmes de n'avoir des menstruations que quatre fois par année, car, selon le Dr Freedolph Anderson, responsable de l'étude clinique: «il n'y a aucune bonne raison médicale aux menstruations». (La Presse, 25 août 2000). Les femmes ménopausées sont la cible d'une intense publicité qui cherche à les convaincre d'adopter l'hormonothérapie de remplacement (prise d'hormones pour contrer les effets liés à la ménopause). Ainsi, la ménopause n'est plus considérée comme une étape normale de la vie de toute femme mais bien comme une épreuve engendrant toutes sortes de maux nécessitant un traitement.

Cette vision du cycle reproducteur des femmes amène le milieu médical à promouvoir des traitements médicaux aux processus normaux, dont les impacts à moyen et à long terme sur la santé des femmes restent encore à déterminer. Cette vision transforme aussi

la perception même des femmes face à leur propre corps. Plusieurs perdent confiance en leur capacité à vivre les étapes normales de leur cycle reproductif ou encore à vivre leur sexualité sans avoir recours à des médicaments ou sans besoin d'assistance médicale. Certes, la médicalisation a permis d'améliorer plusieurs aspects de la contraception et de la reproduction. Cependant, elle est en train de prendre toute la place, dénigrant d'une certaine manière les cycles normaux de la vie des femmes en les rendant problématiques ou «à risque», niant le savoir et les compétences des femmes face à leur corps et leur capacité de faire un choix éclairé sans dépendance face au système médical.

L'industrie pharmaceutique

Durant les dernières années, l'industrie pharmaceutique est devenue l'industrie la plus rentable du monde. Depuis l'avènement de la pilule, les compagnies pharmaceutiques sont devenues des actrices incontournables dans le domaine de la santé reproductive. Ce domaine leur offre un marché lucratif puisqu'il rejoint toutes les femmes à un moment ou un autre de leur vie entre la puberté et la vieillesse.

Les compagnies ont investi beaucoup d'argent dans la recherche de contraceptifs de haute technologie, tels les stérilets, les contraceptifs injectables et les implants, et très peu dans les méthodes de barrière. Les méthodes hormonales et les stérilets sont théoriquement plus efficaces, mais plus risqués pour la santé des femmes. Ces méthodes sont aussi généralement plus lucratives parce qu'elles font appel à des technologies plus dispendieuses, mais aussi parce qu'elles nécessitent le recours à d'autres traitements pour remédier à leurs effets secondaires et leurs conséquences sur la santé (Tardif, 1993, p. 26).

Depuis les années 1970, les standards d'expérimentation des méthodes contraceptives sont devenus plus sévères et impliquent des coûts plus élevés pour les compagnies. De plus, craignant une augmentation des poursuites judiciaires en raison des effets secondaires des contraceptifs (telles que celles relatives au stérilet Dalkon Sheild), l'industrie pharmaceutique a diminué l'investissement de fonds dans la recherche contraceptive. Aujourd'hui, ce sont principalement des organisations non gouvernementales, des instances gouvernementales et des agences internationales préoccupées par les problèmes de surpopulation et de contrôle des populations qui investissent dans la recherche en matière de contraception. Là aussi, les orientations privilégiées quant au développement de nouveaux contraceptifs mènent à la production de technologies très efficaces, qui ont une longue durée et sur lesquels l'utilisatrice n'a pas de contrôle. Par exemple, la recherche présentement en cours sur la contraception immunologique, aussi appelée «vaccin» antifertilité, n'est guère réconfortante pour les femmes préoccupées par les effets possibles sur leur santé. Ce «vaccin» présente peu de promesses d'augmenter le nombre de choix qui s'offrent aux femmes.

Au Canada, la publicité de médicaments vendus sous ordonnance médicale, ce qui inclut les contraceptifs, est illégale. N'ayant pas accès aux consommatrices directement, les compagnies pharmaceutiques font la promotion de leurs produits auprès des médecins et des infirmières en utilisant divers moyens: distribution d'échantillons gratuits, cadeaux, financement de congrès, de revues médicales, d'équipement hospitalier, etc. Les pressions

sur les médecins sont grandes. Depuis 1980, avec l'augmentation du nombre de personnes porteuses du VIH ou atteintes du sida, la promotion du condom est devenue aussi rentable que celle des méthodes hormonales. Cependant, les autres méthodes telles que le diaphragme et la cape cervicale occupent peu de place dans les plans de promotion des compagnies.

Une compagnie pharmaceutique qui oriente sa recherche et sa promotion vers des méthodes chimiques rentables plutôt que vers l'ensemble des méthodes dirige et restreint le choix des femmes. Pour avoir un autre son de cloche, les femmes et le personnel médical doivent avoir accès à des informations provenant de sources variées. Malheureusement, les autres sources d'information demeurent rares.

Le mouvement anti-choix (pro-vie)

Malgré le fait que plus de 80 % de la population québécoise favorise le libre choix (La Presse, 9 septembre 2000), il existe toujours une opposition soutenue aux droits des femmes en matière de santé reproductive provenant de groupes conservateurs, anti-féministes ou religieux. La montée de la droite encourage ce phénomène. Le mouvement s'internationalise et ses stratégies sont souvent influencées par le mouvement anti-choix des États-Unis. Des menaces de mort envers les personnes qui pratiquent des avortements jusqu'au financement de poursuite judiciaire pour faire reconnaître les droits du fœtus, les actions du mouvement anti-choix sont variées et de plus en plus sophistiquées. Le mouvement anti-choix investit aussi les conférences mondiales portant sur les droits des femmes afin de s'opposer à leur reconnaissance et ralentir le travail des groupes en leur faveur, comme ce fut le cas au cours de la dernière réunion de la Commission préparatoire de Beijing+5 tenue à New York en mars 2000 (Druelle, 2000).

Au Québec, le mouvement anti-choix se mobilise pour occuper les sièges d'usager sur les conseils d'administration d'établissements. Grâce à différentes stratégies, il amène régulièrement à l'ordre du jour les débats sur la pertinence du maintien des services de planning dans le contexte de redressements administratifs et budgétaires. Au printemps 1994, par exemple, trois CLSC de la région de Montréal ont vu leurs services menacés pour ces raisons. Le mouvement se mobilise aussi pour occuper les conseils scolaires et comités de parents afin de s'opposer aux programmes d'éducation sexuelle dans les écoles. Leurs actions ne se limitent donc pas aux services d'avortement, mais à tout ce qui touche les droits des femmes en matière de santé reproductive.

La contrainte à la maternité

Les femmes ont des enfants pour une foule de raisons. Bien que le choix d'avoir un enfant semble à prime abord très personnel, le désir d'enfant est aussi influencé par les normes et les pressions sociales. Par exemple, les religions font de la maternité le seul rôle social valable pour les femmes même si une majorité d'entre elles acceptent que la femme occupe d'autres rôles. En fait, ces visions nous dictent que d'avoir des enfants fait partie du cycle «normal» de la vie.

Ainsi, les femmes qui ne désirent pas d'enfant sont souvent incomprises, perçues comme étant égoïstes ou carriéristes, ou encore comme des femmes qui ne seront jamais

accomplies, qui ne sont pas, somme toute, de vraies femmes. «La maternité est-elle toujours pour nous toutes un passage obligé pour accéder au sens ultime de nos vies? Quelle marge de liberté, individuelle et collective, avons-nous gagnée quant aux "choix" de la maternité? Dépasse-t-elle le seul droit de réduire le nombre et le moment de nos maternités?» (Desmarais, 1999, p. 382).

Les rapports femmes-hommes

L'autonomie des femmes en matière de santé, notamment la santé reproductive, a constitué et constitue toujours un enjeu fondamental des relations égalitaires entre les hommes et les femmes. Le mouvement féministe a souvent dénoncé l'appropriation collective et privée du corps des femmes par les hommes, de même que la contrainte à la maternité et à l'hétérosexualité. Selon cette analyse, une telle dépossession de leur corps implique que les femmes n'ont ni pouvoir ni autonomie sur ce dernier, ni, par le fait même, sur leur santé et leur fonction reproductive. «[...] on peut demander l'égalité autant qu'il est possible, cette égalité ne peut être obtenue sans le contrôle du pouvoir de reproduction.» (De Koninck et collab., 1983, p. 194). Ainsi, les rapports de force, de pouvoir et la capacité des femmes de négocier sur une base égalitaire autant au plan sociétal qu'au sein de leurs couples influencent grandement leur autonomie en matière de santé reproductive.

Avec la *Charte des droits et libertés de la personne*, les Québécoises ont acquis une égalité de droit dans tous les domaines, tant dans la sphère publique que privée. Dans les faits cependant, la réalité est tout autre. La division sociale des tâches et des rôles entre les hommes et les femmes, qui confine les femmes à des rôles sociaux encore largement dévalorisés, tant au travail que dans la famille, constitue une source continue de tensions qui ne reflètent pas l'égalité entre les sexes. Encore aujourd'hui, les femmes vivent un contexte socio-économique caractérisé par des inégalités sociales entre les femmes et les hommes.

Les femmes sont plus pauvres que les hommes. Au travail, leur revenu est moins élevé que celui des hommes, leurs emplois sont plus précaires et elles sont systématiquement plus nombreuses à avoir moins d'autonomie décisionnelle au travail. Le recensement de 1990 démontre une plus forte proportion de femmes vivant sous le seuil de la pauvreté, et ce, pour tous les groupes d'âge. Les études récentes confirment que l'appauvrissement des femmes s'accroît.

Le rôle traditionnel des femmes au foyer et leur confinement au rôle de mère n'est pas étranger à leur condition socio-économique. Encore aujourd'hui, ce sont principalement les femmes qui assument les responsabilités liées à la maternité et qui s'occupent des enfants. Leur pauvreté est souvent directement reliée à la perte de revenu associée aux grossesses, à la monoparentalité, à l'appauvrissement consécutif à la séparation du couple, à l'accès difficile aux promotions à cause des responsabilités familiales, aux inégalités qui subsistent sur le marché du travail, etc. Malgré la présence accrue des femmes sur le marché du travail au cours des vingt dernières années, ce dernier ne s'est pas adapté à ce changement et très peu de mesures ont été prises pour favoriser la conciliation travail-famille-vie privée. «(...), la majorité des entreprises, par la rigidité de

leur organisation et de leur culture, continuent de fonctionner comme si les travailleuses et les travailleurs n'avaient pas de famille ou comme si cette responsabilité était encore du ressort entier et exclusif... d'une épouse à la maison!» (Minguy, 1994, p. 3). Pourtant, il est reconnu que le stress qu'entraîne la conciliation travail-famille est «le facteur le plus significatif dans l'apparition de la dépression chez les travailleuses et une des principales causes d'absentéisme des femmes au travail.» (Minguy, 1994, p. 4)

Ce contexte a un impact important sur la santé physique et mentale des femmes. Elles sont ainsi plus souvent malades que les hommes, sont aussi plus affectées par l'isolement, la détresse psychologique et les problèmes de santé mentale. À cause de leur position sociale jugée «inférieure» et de leur absence de pouvoir, les femmes sont plus souvent agressées, violentées, violées et parfois même tuées, et ce, dans toutes les sociétés (Lapierre, 1998, p. 7).

Les femmes et le pouvoir

Les relations inégales entre les femmes et les hommes et les responsabilités familiales expliquent en partie la place occupée par les femmes dans les structures du pouvoir, place qui est encore aujourd'hui minoritaire, malgré le fait que les femmes représentent 52 % de la population. Les politiques et les décisions ayant un impact sur la santé sont donc prises majoritairement par des hommes. Pourtant, les femmes sont les principales utilisatrices des services de santé et de médicaments. Elles constituent aussi la majorité des travailleuses et des bénévoles œuvrant dans le secteur de la santé. Elles devraient donc se retrouver en plus grand nombre aux postes de décision. Même si la situation change, lentement, nous sommes encore loin du compte.

Il n'est donc pas surprenant de constater que la spécificité des femmes en matière de santé n'est pas encore très reconnue ni prise en considération dans diverses instances décisionnelles touchant la santé. Selon la Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux, les préoccupations liées à la spécificité des femmes en matière de santé sont complètement absentes des discussions des conseils d'administration des régies régionales. Les femmes y sont d'ailleurs sous-représentées. De plus, les comités femmes des régies, créés pour pallier à cette lacune, sont peu influents ou simplement inexistants (Matte, 1997, p. 24).

Et lorsqu'elles existent, la majorité des politiques relatives à la santé des femmes sont peu ou pas connues. «Ces politiques sont mal publicisées ou ne sont tout simplement pas appliquées au niveau local. De plus, certaines d'entre elles favorisent l'approche clientèle excluant les personnes n'entrant pas dans les critères de sélection, accentuent la priorité du curatif sur le préventif ou encouragent la responsabilisation et la culpabilisation des femmes.» (RQASF, 1999, p. 15).

L'absence des femmes dans les lieux de décision représente donc un obstacle à une représentation équitable des intérêts des femmes et des hommes, à la reconnaissance des préoccupations des femmes, de même qu'à la reconnaissance de leur spécificité en matière de santé. Même si de grands pas ont été faits en matière d'égalité entre les

femmes et les hommes au Québec, le contexte socio-économique dans lequel les femmes évoluent constitue un important obstacle à leur bien-être, leur santé et leur autonomie.

Le facteur démographique

Le corps des femmes et leur capacité reproductrice se retrouvent souvent au cœur des débats démographiques. La croissance des populations à l'échelle planétaire et les pressions qu'elles exercent sur l'environnement et les ressources disponibles en inquiètent plus d'un. Les politiques de contrôle de population qui cherchent à contrer ce problème sont par contre souvent basées sur une philosophie qui voit les femmes et «leur frénésie reproductrice» comme étant la principale cause du problème de la surpopulation.

Ainsi, plutôt que de chercher à modifier les facteurs d'ordre économique et social qui affectent les changements démographiques, les programmes de contrôle des populations s'attaqueront en premier lieu à contrôler la fertilité des femmes. Trop souvent, ces programmes sont effectués de manière coercitive, échangeant contraception contre sac de riz, favorisant des contraceptifs longue durée plutôt que des méthodes réversibles ou encore privilégiant la stérilisation aussi massive que possible, et forcée si nécessaire. Ainsi, une décennie après la mise en place d'un programme de stérilisation à l'échelle du pays en République dominicaine, l'âge moyen des femmes stérilisées étaient de 23 ans. (Baez, 1993, p. 21).

D'autre part, le faible taux de natalité des pays occidentaux et le vieillissement de la population inquiètent tout autant. Encore une fois, le discours sur la décroissance démographique tend à imputer aux femmes le déficit, par rapport au seuil de remplacement des générations, de la fécondité actuelle. «En général, l'approche des chercheurs consiste à scruter les comportements, les aspirations, les motivations des individus. Rarement fait-on référence à une perspective plus large liant l'histoire démographique des deux siècles derniers et les transformations sociales.» (Lavoie, 1990, p. 177).

Au Québec, la préoccupation démographique s'est déjà traduite par l'adoption, entre autres, de mesures financières visant à encourager les familles de trois enfants et plus. Bien que cette mesure ne soit plus en vigueur, les nouvelles dispositions en matière de famille visent toujours l'augmentation du nombre d'enfants. Est-ce un hasard si depuis l'apparition de la préoccupation nataliste au Québec les ressources vouées à la promotion du planning des naissances ont grandement diminué? Est-ce un hasard si les stratégies familiales du gouvernement québécois sont l'objet d'une politique (donc accompagnées de ressources financières nécessaires), alors que les stratégies en planification des naissances ne sont l'objet que de simples orientations?

Le droit des femmes à la maternité, à l'avortement et à la contraception sur une base volontaire et dans des conditions sécuritaires est un droit fondamental. Ce droit est par contre trop souvent dénaturé pour des raisons d'ordre démographique par des politiques de contrôle de populations ou par des mesures natalistes visant à contrôler et influencer le choix des femmes.

Conclusion

Les obstacles au libre choix et à l'accès à des services de planning qui répondent aux besoins des femmes sont, nous venons de le voir, divers. Ils peuvent être d'ordre économique, social, politique ou encore démographique. Ils nous font voir que divers intérêts extérieurs et que plusieurs acteurs interviennent dans la vie reproductive des femmes.

Que ce soit les décideurs et leurs politiques en matière de santé ou en matière de contrôle des populations, l'industrie pharmaceutique, son influence et ses intérêts économiques, le milieu médical et son emprise grandissante sur la santé reproductive des femmes, la société et ses tabous face à la sexualité, sa morale, ses valeurs et ses préjugés qui portent un jugement sur le comportement des femmes, ou encore le système patriarcal qui fait peu de place à la parole, à l'expérience et à l'expertise des femmes, la dévalorise et la confine à des conditions de vie défavorables, en matière de santé reproductive, les femmes ne sont pas les seules à chercher à contrôler leur sort.

L'exercice du libre choix, dans un tel contexte, n'est pas simple non plus. En étant conscientes de ces divers intérêts, pressions et influences qui interviennent en matière de santé reproductive, les femmes font un premier pas vers une prise de décision plus éclairée. Parallèlement, la prise de parole des femmes et leurs expériences peuvent influencer les politiques en matière de santé reproductive et les services qui s'y rattachent.

Depuis plus de trente années, les femmes ont franchi plusieurs obstacles pour obtenir des droits dans le domaine de leur santé reproductive et des services publics en matière de planning des naissances. Plusieurs gains ont été réalisés mais de nombreuses embûches demeurent.

Note: Texte composé d'extraits tirés librement du document: [Le planning des naissances au Québec: portrait des services et paroles de femmes](#) (pdf) 2001