



Rédigé par :  
**Véronique Pronovost**

LAÏCITÉ ET  
ACCÈS À  
L'AVORTEMENT  
AU QUÉBEC  
2025

Mémoire présenté au  
Comité d'étude sur le respect  
des principes de la Loi sur la  
laïcité de l'État et des influences  
religieuses

Mémoire présenté par la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) au Comité d'étude sur le respect des principes de la Loi sur la laïcité de l'État et des influences religieuses (2025).

Recherche, coordination et rédaction :

Véronique Pronovost | Candidate au doctorat, Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal

Avec la collaboration de :

Geneviève Bois | Médecin de famille et Professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal

Jess Legault | Coordonnatrice générale, Fédération du Québec pour le planning des naissances

## Table des matières

À propos .....	4
1. Contexte et objectifs du mémoire.....	4
2. L'élargissement de la <i>Loi sur la laïcité</i> permettrait-elle d'améliorer l'accès à l'avortement au Québec? .....	5
2.1 L'objection de conscience .....	5
2.2 Les principaux obstacles en matière d'accès aux soins d'avortement.....	9
2.2.1 Les obstacles organisationnels et structurels .....	9
2.2.2 Les obstacles culturels et sociaux .....	13
3. L'(in)applicabilité de la <i>Loi sur la laïcité</i> dans le réseau de la santé : entre inefficacité et dérives potentielles.....	14
4. Liste des recommandations .....	17
Liste des références citées .....	18

## À propos

Ce mémoire constitue une initiative conjointe de la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) et de la chercheuse Véronique Pronovost.

Fondée en 1972, la FQPN est une organisation féministe à but non lucratif qui regroupe des organismes communautaires, des groupes militants et des individus engagés dans la défense des droits sexuels et reproductifs au Québec. Elle œuvre dans une perspective de justice sociale et de libre choix, en adoptant une approche intersectionnelle et inclusive des enjeux liés à la santé sexuelle et reproductive. La FQPN se distingue par son travail d'éducation populaire autonome, son plaidoyer politique ainsi que ses activités de recherche et de veille stratégique. Elle milite notamment pour l'accessibilité universelle à l'avortement, à la contraception, à une éducation à la sexualité complète et non stigmatisante, ainsi qu'à des services de santé adaptés aux réalités des personnes marginalisées. En tant qu'actrice incontournable du paysage québécois en matière de droits reproductifs, la Fédération participe activement aux débats publics, collabore avec les institutions de santé et contribue à la production de savoirs critiques sur les politiques publiques en santé sexuelle. Elle est notamment responsable du pilotage du Comité de veille sur l'avortement, un espace de concertation réunissant des groupes de défense de droits, des individus, des organisations offrant des soins de santé et des chercheuses.

Véronique Pronovost est candidate au doctorat au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal. Ses travaux portent sur l'antiféminisme conservateur aux États-Unis et au Canada. Plus spécifiquement, ses recherches doctorales portent sur le mouvement contre l'avortement aux États-Unis. Elle dirige aussi une enquête sur le mouvement contre l'avortement au Québec réalisée en partenariat avec la FQPN et financée par le Secrétariat à la condition féminine (SCF). En 2023, elle a dirigé la rédaction du rapport *Garantir l'accès à l'avortement en renforçant l'accès aux services*, cosigné par 70 organismes et déposé auprès du SCF. Véronique Pronovost est membre de divers groupes de recherche dont le Réseau québécois en études féministes (RéQEF), le Collectif action politique et démocratie (CAPED), la Chaire Raoul-Dandurand et la Chaire de recherche du Canada en éthique féministe (CREF). Finalement, elle est membre du Comité de veille stratégique en avortement et collabore régulièrement avec divers groupes féministes québécois.

### 1. Contexte et objectifs du mémoire

En mars 2025, madame Christiane Pelchat, coprésidente du Comité d'étude sur le respect des principes de la Loi sur la laïcité de l'État et des influences religieuses, m'a contactée afin d'échanger au sujet de l'influence exercée par certains groupes religieux et les répercussions potentielles de leur présence sur l'accès à l'avortement au Québec. Plus particulièrement, madame Pelchat et monsieur Rousseau ont soulevé des inquiétudes à propos de la proximité entre certaines organisations philanthropiques et des établissements du réseau de la santé. Il et elle souhaitent discuter du rôle et du poids de ces fondations dans l'organisation des services d'avortement, ainsi

que de la possibilité qu’ait émergé, dans certains contextes, une forme d’« objection de conscience institutionnelle »<sup>1</sup>.

Le 2 avril dernier, j’ai eu l’occasion de présenter mes observations, de partager l’état d’avancement de mes travaux sur le mouvement contre l’avortement québécois ainsi que de formuler certaines recommandations lors d’une rencontre organisée par le Comité d’étude. Pour sa part, Jess Legault, coordonnatrice générale de la FQPN, a rencontré les membres du Comité d’étude le 15 avril dernier. Elle a expliqué les enjeux inhérents à l’organisation des services ainsi que les conséquences de mettre en place des balises formelles d’exclusion de groupes religieux, dont d’éventuels bris de services au sein du réseau. Le présent mémoire a pour objectif de consigner nos réflexions par écrit afin d’en assurer la pérennité, d’en favoriser la diffusion auprès d’un large public et de favoriser une compréhension partagée des enjeux soulevés lors de ces rencontres.

## 2. L’élargissement de la *Loi sur la laïcité* permettrait-elle d’améliorer l’accès à l’avortement au Québec?

La FQPN et moi partageons la volonté de madame Pelchat et de monsieur Rousseau de garantir un accès optimal aux services d’avortement dans la province. Cela étant dit, nous exprimons de sérieuses réserves quant à la proposition d’appliquer la *Loi sur la laïcité de l’État* – ou toute autre mesure législative de nature comparable – au réseau de la santé dans une perspective d’amélioration de l’accessibilité aux services d’avortement. Les effets concrets de cette loi sur les droits et les services restent largement débattus, notamment en ce qui concerne les risques de marginalisation de certains groupes et les tensions qu’elle peut créer dans les milieux concernés (Celis *et al.*, 2020). Par ailleurs, aucune donnée ne permet de conclure que l’élargissement de cette loi au domaine de la santé améliorerait l’accessibilité ou la qualité des soins en santé reproductive<sup>2</sup>.

### 2.1 L’objection de conscience

En matière de prestation des soins, l’objection de conscience est définie comme le droit de ne pas réaliser un acte médical qui va à l’encontre de ses propres valeurs (Collège des médecins, 2021). Au Québec, ce droit est assorti de responsabilités et d’obligations<sup>3</sup>. L’article 24 du Code de déontologie des médecins précise les conditions d’exercice de ce droit :

---

<sup>1</sup> La notion d’« objection de conscience institutionnelle » sera discutée dans la partie 4.1 *L’objection de conscience*.

<sup>2</sup> L’autrice et les collaboratrices n’ont trouvé aucun exemple ailleurs dans le monde où cette voie s’est révélée efficace en matière d’accès à l’avortement.

<sup>3</sup> Chez les médecins, au Canada comme dans d’autres ordres professionnels, le libellé reste souvent beaucoup plus flou et moins explicite quant à l’exigence d’une référence réellement efficace. Le Code de déontologie des médecins du Québec constitue à cet égard un exemple particulièrement bien formulé sur le plan formel, même si dans les faits, son application reste trop souvent sans conséquences concrètes en cas de manquement.

Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels. Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin.<sup>4</sup>

Ces conditions visent à s'assurer qu'aucun patiente ou patient ne soit privé des renseignements et des services auxquels il ou elle a droit pour des raisons morales ou religieuses<sup>5</sup>.

L'objection de conscience représente un droit individuel dont la légitimité est parfois remise en question au sein des mouvements féministes et pro-choix (Fiala, Arthur et Martzke, 2025; Castonguay et Blanchard, 2021). Ces militantes et professionnelles œuvrant au sein de diverses disciplines adhèrent à la « thèse de l'incompatibilité » qui soutient qu'il y aurait une contradiction intrinsèque entre le professionnalisme médical et l'objection de conscience<sup>6</sup>. Elles considèrent aussi que ce droit viole les droits humains et l'éthique médicale<sup>7</sup>. Malgré ces critiques et cette diversité de points de vue, une forte majorité du mouvement pro-choix s'entend sur le fait qu'il serait contreproductif, voire dangereux, de contraindre des professionnels et professionnelles de la santé à réaliser des actes médicaux auxquels ils ou elles s'opposent. En effet, cela pourrait avoir un impact considérable sur la qualité des soins reçus ainsi que sur l'expérience de soin des femmes et des personnes ayant recours à l'avortement.

\*\*\*

---

<sup>4</sup> Code de déontologie des médecins, CQLR c M-9, r 17, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/M-9,%20R.%2017%20.pdf>

<sup>5</sup> Des articles similaires existent dans les codes de déontologie d'autres professionnels et professionnelles susceptibles d'intervenir auprès de femmes et de personnes souhaitant recourir à un avortement, dont les pharmaciens et les pharmaciennes ainsi que les infirmiers et les infirmières. Selon l'article 26 du code de déontologie des pharmaciens et des pharmaciennes : « Le pharmacien doit informer son patient lorsque ses convictions personnelles peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services pharmaceutiques qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services. Il doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre pharmacien. » Voir : Code de déontologie des pharmaciens, CQLR c P-10, r 7, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/P-10,%20R.%207%20.pdf>. Le code de déontologie des infirmiers et des infirmières ne réfère pas aussi explicitement à la notion de refus de prestation de services dans le contexte de conscience. Cependant, l'article 2 – situé dans la section *Devoirs inhérents à l'exercice de la profession* – stipule que « l'infirmière ou l'infirmier peut cependant, dans l'intérêt du client, le référer à une autre infirmière ou un autre infirmier ». Voir : Code de déontologie des infirmières et infirmiers, CQLR c I-8, r 9, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/I-8,%20R.%209.pdf>.

<sup>6</sup> Le concept d'« engagement consciencieux » (*conscientious commitment*) a d'ailleurs été développé en opposition à celui d'objection de conscience (Dickens et Cook, 2011). Il vise à « inciter les professionnels et les professionnelles de la santé à surmonter les obstacles à la prestation de soins reproductifs afin de protéger et de faire progresser la santé des femmes » (Dickens et Cook, 2011 : 163, traduction libre).

<sup>7</sup> Pour sa part, Card (2007) interroge de manière spécifique la légitimité éthique du recours à l'objection de conscience dans le contexte de la prescription de la contraception orale d'urgence, en raison du caractère temporel sensible inhérent à cette situation clinique. Selon lui, les circonstances entourant cette demande rendent impossible l'établissement d'un équilibre équitable entre les droits du ou de la professionnelle de la santé et ceux de la personne requérant l'accès à ce traitement. Dans cette optique, Card soutient que le droit de cette dernière à recevoir les soins nécessaires devrait primer. En somme, les critiques et les oppositions à l'objection de conscience sont diverses et d'intensité variable.

Dans le cadre de mes échanges avec les membres du Comité d'étude, il est apparu que la coprésidente et le coprésident manifestaient une préoccupation particulière à l'égard d'un phénomène désigné comme une « objection de conscience institutionnelle »<sup>8</sup>. Cette forme d'objection, bien que controversée sur le plan juridique et éthique, renvoie à la situation où ce ne sont pas des individus, mais des institutions entières qui refusent de fournir certains soins en invoquant des principes moraux, éthiques ou religieux. Or, le cadre légal canadien, s'il reconnaît l'objection de conscience individuelle des professionnels et des professionnelles de la santé, ne prévoit pas la possibilité d'une objection institutionnelle. Dans certains contextes nationaux, l'application de ce concept controversé confère à des entités organisationnelles des droits qui, traditionnellement, sont reconnus aux individus (Schoupe, 2017).

La reconnaissance d'une forme d'« objection de conscience institutionnelle » risquerait de perturber le fragile équilibre entre les droits des professionnels et des professionnelles de la santé et ceux des usagers et des usagères du système de soins. Une telle reconnaissance pourrait, en effet, compromettre l'accès équitable aux services de santé reproductive, en particulier dans les régions où l'offre de soins est déjà restreinte<sup>9</sup>. L'État a une responsabilité incontournable en matière d'accès aux soins et ne peut s'y soustraire. Permettre l'existence, ou même la tolérance, d'institutions qui s'opposent — de manière active ou passive — à l'interruption volontaire de grossesse représente un danger réel. Une telle permissivité contribue à la stigmatisation de l'avortement, des femmes et personnes qui y ont recours, ainsi que des professionnels et des professionnelles qui les pratiquent ou les soutiennent.

Malheureusement, mes recherches sur le mouvement contre l'avortement au Québec ne m'ont pas permises de me pencher spécifiquement sur ce phénomène. Cela étant dit, plusieurs facteurs peuvent contribuer à expliquer l'absence de soins d'avortement dans certains hôpitaux.

- L'héritage religieux de certains établissements fondés par des communautés catholiques continue d'influencer leur culture organisationnelle, même après leur intégration au réseau public<sup>10</sup>.
- L'absence de formation systématique en avortement dans les programmes de médecine<sup>11</sup>.
- Certaines directions d'établissements invoquent des contraintes de ressources humaines ou de priorisation interne pour justifier l'absence de ce service dans leur offre de soins,

---

<sup>8</sup> Dans son ouvrage, Louise Desmarais évoque le cas de Murielle Bodot qui s'est déroulé en 1994 au Centre hospitalier de Gatineau (voir Desmarais, 2016 : 346-347). Cet exemple permet d'appréhender la complexité des distinctions entre l'objection de conscience (individuelle), les enjeux d'organisation et de prestation des soins dans un délai raisonnable et l'« objection de conscience institutionnelle ». Il permet aussi de constater que cet enjeu est loin d'être récent.

<sup>9</sup> D'un point de vue juridique, un centre hospitalier dont l'administration refuserait d'offrir des services d'avortement pour des motifs religieux se placerait en situation de conflit avec l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, lequel garantit le droit à l'égalité et protège contre toute forme de discrimination.

<sup>10</sup> Selon les renseignements que nous détenons, ce serait le cas de deux hôpitaux situés dans la région montréalaise. Dans un troisième centre hospitalier montréalais, ce serait la convergence des objections de conscience individuelles qui aurait exercé une pression sur l'administration, l'amenant à restreindre la prestation de certains soins liés à l'avortement.

<sup>11</sup> Pour plus précisions quant aux lacunes dans la formation médicale, voir la sous-section *B- Les lacunes dans la formation offerte aux étudiants et aux étudiantes en médecine* au point 2.2.1.

contribuant ainsi à une inégalité persistante dans l'accès aux services d'avortement à travers la province<sup>12</sup>.

- L'organisation des soins de santé par les CISSS/CIUSSS/RUISSS centralise les soins dans certains établissements selon la spécialisation et la priorisation de chaque établissement<sup>13</sup>.

Les données empiriques disponibles concernant les formes d'« objection de conscience institutionnelle » au Québec sont actuellement insuffisantes pour en brosser quelque portrait que ce soit. Il demeure extrêmement difficile de distinguer les absences d'offre de services motivés par l'héritage religieux de ceux qui s'expliquent par la présence d'obstacles logistiques et structurels.

Il convient également de nuancer les représentations souvent réductrices des motifs invoqués pour refuser de participer à certains soins. Une étude réalisée en 2019 sur l'objection de conscience en contexte d'aide médicale à mourir illustre bien cette complexité : « La majorité des médecins qui ont refusé de participer ne s'opposaient pas à l'aide médicale à mourir. La raison la plus souvent invoquée n'est pas d'ordre moral ou religieux. C'est plutôt la charge émotionnelle liée à cet acte et la peur des répercussions psychologiques qui sont les motivations les plus exprimées pour ne pas participer à l'aide médicale à mourir » (Bouthillier et Opatrny, 2019 : 1212, traduction libre). Ce constat met en lumière la nécessité de mieux documenter les motivations sous-jacentes aux objections de conscience dans le contexte des interruptions volontaires de grossesse, en particulier lorsqu'il est question d'avortements pratiqués au deuxième ou au troisième trimestre<sup>14</sup>. Une telle démarche apparaît essentielle afin d'éviter les interprétations hâtives ou réductrices de ces refus, et de favoriser une compréhension globale et nuancée des enjeux éthiques, émotionnels et professionnels qu'ils soulèvent et qui ne relèvent pas d'enjeux en lien avec la laïcité de l'État<sup>15</sup>.

Dans ce contexte, il apparaît prématuré – voire imprudent – de recommander une intervention législative visant à réglementer les « objections de conscience institutionnelle » sans avoir d'abord documenté la présence (ou absence) de ce phénomène ainsi que les effets qu'une telle interdiction pourrait avoir sur l'amélioration effective de l'accès aux services d'avortement dans la province.

En conclusion, j'estime que la question de l'objection de conscience dans le contexte des soins d'avortement appelle à un équilibre rigoureux entre les droits des professionnels et des professionnelles de la santé et ceux des femmes et des personnes désirant accéder à ces services. Cette mise en balance doit être guidée par le souci de préserver à la fois la liberté de conscience

---

<sup>12</sup> Le manque de ressources peut entraîner des tensions au sein de certaines équipes. L'utilisation de ces ressources pour réaliser des avortements est parfois critiquée dans la mesure où ces soins peuvent être réalisés en clinique externe. Par ailleurs, certaines institutions imposent des restrictions supplémentaires, comme des limites liées à l'âge gestationnel ou au temps passé en salles d'opération.

<sup>13</sup> Par exemple, à Montréal, les services sont uniquement disponibles dans trois hôpitaux sur la vingtaine qui se trouvent dans la région.

<sup>14</sup> Pour plus de renseignements au sujet de l'organisation des services pour les avortements de troisième trimestre, consulter la sous-section *D- Cadre de référence pour les avortements de troisième trimestre* au point 2.2.1.

<sup>15</sup> Il est impossible de répondre au malaise exprimé par les professionnels et des professionnelles de la santé sans développer une compréhension approfondie des enjeux sous-jacents.

des praticiens et des praticiennes ainsi que l'effectivité des droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

## 2.2 Les principaux obstacles en matière d'accès aux soins d'avortement

Cette section a pour objectif de démontrer que les principaux obstacles à l'accès aux services d'avortement dans le réseau de la santé québécois ne résultent pas principalement de l'influence religieuse, mais s'inscrivent plutôt dans des dynamiques organisationnelles, structurelles et culturelles. Il ne s'agit pas ici de dresser un inventaire exhaustif de l'ensemble des barrières existantes, mais plutôt de souligner les limites qu'impliquerait l'application de la *Loi sur la laïcité* comme réponse aux enjeux les plus déterminants en matière d'accessibilité aux soins.

### 2.2.1 Les obstacles organisationnels et structurels

#### A- *L'absence de normes minimales en matière d'avortement*

Dans le cadre du rapport *Garantir le droit à l'avortement en renforçant l'accès aux services*, j'ai mis en lumière l'absence de normes minimales encadrant la prestation des services d'interruption volontaire de grossesse, une lacune qui nuit à l'accessibilité équitable des soins et à l'exercice effectif du libre choix des personnes concernées (Pronovost, 2023). Voici la demande qui avait été formulé à l'époque :

Nous demandons la mise sur pied d'un comité, incluant des personnes des milieux de la santé et du milieu communautaire<sup>16</sup>, afin de déterminer les normes minimales en matière de services d'avortement et de les intégrer à tous les points de service. Qu'entendons-nous par « normes minimales »? Les Québécois-es s'indignent devant les lois restrictives adoptées par les États républicains aux États-Unis, dont l'obligation de se présenter à plusieurs rendez-vous pré-avortement médicalement injustifiés. La multiplication des rendez-vous pré-avortement représente une barrière évidente qui nuit à l'accès (Guilbert et Bois, 2023a; Pronovost, 2013). Pourtant, au Québec, certains points de services obligent les usager-ères à se présenter à quatre, cinq, voire six rendez-vous au total, sans justification médicale (FQPN, 2023). Le counseling sur les options d'avortement est également déficient : dans certaines cliniques, on n'offre pas l'avortement médicamenteux (par conséquent, le droit de participer au choix de la méthode qui convient le mieux à la situation de la personne qui demande l'avortement est brimé), ou on en parle de façon si négative que le choix est biaisé (Guilbert et Bois, 2023a). [...] Il ne s'agit pas de barrières législatives, mais de pratiques qui constituent certainement des obstacles à l'accès aux soins. L'adoption de normes minimales permettrait un encadrement et une dispensation plus efficace des pratiques en avortement. Plusieurs autres sujets devraient aussi être abordés dans le cadre des travaux de ce comité : le transport et le défraiement des personnes qui doivent se

---

<sup>16</sup> À l'époque, nous avons proposé la composition suivante : une personne représentant le Collège des médecins du Québec, une personne représentant la médecine subsécialisée en planning familial (*fellowship* reconnu), une personne représentant la médecine familiale, une personne représentant la médecine gynécologique et obstétricale, une personne représentant les centres de santé des femmes, une personne représentant le MSSS, une personne représentant le milieu communautaire et une personne représentant le milieu de la recherche en sciences sociales.

déplacer lorsque leur région n'est pas desservie (avortement des 2e et 3e trimestres)<sup>17</sup>, le coût des méthodes contraceptives débutées immédiatement après l'avortement, etc. Ce comité devrait s'assurer que les pratiques en avortement sont basées sur les données probantes les plus récentes.

Selon les renseignements dont le Comité de veille dispose à l'heure actuelle, un comité interministériel a été constitué en mai 2023 afin de favoriser une collaboration entre les différents ministères concernés par la question de l'avortement. Ce comité a contribué à l'élaboration du *Plan d'action gouvernementale sur l'accès à l'avortement 2024-2027*. Parallèlement, à la suite de l'adoption de la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aurait sollicité une mise à jour des lignes directrices cliniques en matière d'interruption volontaire de grossesse<sup>18</sup>. Je crains que ce document, qui n'a pas encore été rendu public et que je n'ai toujours pas pu consulter, fasse office de réponse à notre demande de créer des normes minimales en matière d'accès et d'enjeux logistiques. Cette mise à jour des lignes directrices cliniques fait abstraction des besoins et des priorités liées aux dimensions logistiques et sociales de l'intervention (nombre de rendez-vous maximal, soutien aux déplacements, etc.) qui ont été nommées dans le rapport cité précédemment.

#### *B- Les manquements dans la formation offerte aux étudiants et étudiantes en médecine<sup>19</sup>*

Lors des groupes de discussion focalisée réalisés dans le cadre de la recherche que je dirige sur le mouvement antiavortement au Québec, certaines professionnelles de la santé ont indiqué n'avoir reçu qu'une formation très limitée – parfois inférieure à deux heures – sur l'avortement au cours de leur cursus universitaire en médecine (Pronovost *et al.*, à paraître). Bien qu'il ne soit ni envisageable ni souhaitable que l'ensemble des étudiants et des étudiantes en médecine reçoivent une formation technique à la pratique des soins d'avortement, l'enseignement de base<sup>20</sup> de ces soins devrait néanmoins faire partie intégrante et systématique de la formation universitaire obligatoire.

---

<sup>17</sup> Certaines femmes et personnes souhaitant recourir à un avortement au premier trimestre doivent également se déplacer, en raison non seulement des limites imposées quant à l'âge gestationnel, mais aussi de la présence de facteurs de risque ou de conditions médicales particulières.

<sup>18</sup> Cette démarche a suscité des critiques, notamment parce que certaines organisations médicales – telles qu'Abortion Care Canada (anciennement la National Abortion Federation) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) – publient déjà des lignes directrices cliniques régulièrement mises à jour. Les critiques portent, entre autres, sur la légitimité du MSSS à produire ses propres lignes directrices et sur le risque de contradictions avec celles émises par d'autres instances reconnues. De telles contradictions peuvent engendrer une confusion clinique sur le terrain et limiter la marge de manœuvre des professionnels et des professionnelles de la santé, qui se trouvent alors confrontées à des orientations divergentes quant aux pratiques à privilégier.

<sup>19</sup> Les manquements dans la formation universitaire en matière d'avortement ne sont uniques au cursus médical. Ces manquements sont aussi constatés dans le contenu pédagogique offert à d'autres professionnels et professionnelles œuvrant dans le domaine de la santé. Pour des raisons inhérentes à la longueur de ce document, je choisis de me pencher sur spécifiquement sur la formation médicale.

<sup>20</sup> Cette formation devrait inclure, *a minima*, des informations sur les différentes méthodes d'avortement – notamment quand et comment elles sont pratiquées – ainsi que sur le cadre légal qui encadre cette pratique. Elle devrait également couvrir le counseling lié aux options en cas de grossesse imprévue, de même que celui portant spécifiquement sur les différentes méthodes d'interruption de grossesse.

À l'heure actuelle, le contenu pédagogique offert est variable d'un programme de médecine à l'autre. Il importerait de systématiser le contenu couvert afin d'offrir une base adéquate et uniforme aux futurs résidents et résidentes.

Par ailleurs, les personnes souhaitant intégrer la pratique de l'avortement à leur trajectoire professionnelle doivent elles-mêmes trouver une manière de se former en sollicitant directement des cliniques ou des praticiens et praticiennes expérimentées<sup>21</sup>. Cette approche informelle, largement laissée à la discrétion des personnes, témoigne de l'absence de « passerelles » facilitant l'accès aux savoirs techniques suivant la formation universitaire.

Ces manquements soulèvent des enjeux importants. Le manque de connaissance peut contribuer à perpétuer des attitudes hésitantes, voire réticentes, à l'égard de la pratique de l'avortement, en particulier dans les établissements où le soutien institutionnel est faible ou absent. Ce déficit de formation n'a pas nécessairement d'incidence directe sur la qualité des soins d'avortement, mais il peut avoir un impact sur l'expérience globale de soins offerts aux femmes et personnes désirant obtenir un avortement. Les manquements observés dans la formation des médecins constituent un obstacle structurel à l'accessibilité et à la normalisation de ces soins dans le réseau de santé québécois.

Finalement, il apparaît problématique de porter un jugement sur les individus invoquant une objection de conscience, alors même que la formation – dans son ensemble – demeure déficiente. Il est par ailleurs essentiel de porter une attention particulière à la formation non médicale. En pratique, les enjeux liés aux objections de conscience ou aux attitudes activement ou passivement hostiles à l'avortement se manifestent aussi chez les pharmaciens et les pharmaciennes, les infirmiers et les infirmières ainsi que les agents et les agentes administratives. Or, ces dynamiques restent largement absentes du débat public et politique.

### *C- Les contraintes de pratique des médecins de famille*

Dans le cadre de la tournée promotionnelle du documentaire *Libres de choisir : Aux premières lignes de l'avortement* (Boisvert et Ekker-Lambert, 2025), j'ai eu l'occasion d'échanger avec plusieurs médecins de famille qui intègrent les soins d'avortement à leur pratique. Ces discussions ont mis en lumière certaines contraintes systémiques existant depuis longtemps, notamment les limites imposées à l'autonomie professionnelle des médecins omnipraticiens.

Au Québec, l'exercice de la médecine de famille est strictement encadré par divers mécanismes de régulation, dont les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les activités médicales particulières (AMP), qui entraînent des répercussions significatives sur la pratique, l'orientation professionnelle et la répartition géographique des médecins.

---

<sup>21</sup> Les personnes en mesure d'assurer ce type d'encadrement sont fréquemment sollicitées au-delà de leur capacité, ce qui les empêche de répondre à l'ensemble des demandes qui leur sont adressées.

Les médecins de famille doivent obtenir un avis de conformité au PREM pour pratiquer dans une région donnée. L'absence de PREM dans une région convoitée – comme c'est souvent le cas dans les grands centres urbains – peut forcer les médecins à s'installer dans des régions éloignées ou à modifier leur trajectoire professionnelle<sup>22</sup>.

Par ailleurs, au cours des quinze premières années de pratique, les médecins doivent également s'acquitter d'AMP, représentant en principe environ 12 heures par semaine. Celles-ci correspondent aux besoins jugés prioritaires dans une région donnée (actuellement la prise en charge de patients et les soins en CHSLD), et bien que définies de manière quantitative, leur mise en œuvre peut exiger un engagement bien plus important. L'avortement ne fait plus partie des AMP prioritaires, ce qui rend difficile la possibilité de consacrer une part importante, voire exclusive, de sa pratique à ce type de soins sans risquer des sanctions financières.

D'autres contraintes administratives complexifient davantage l'organisation de la pratique. L'accès aux milieux dits « publics » (CLSC, hôpitaux, CHSLD) nécessite un poste au sein d'un plan d'effectifs médicaux (PEM), distinct du PREM, ce qui rend l'intégration à certains lieux de pratique difficile. De plus, la règle du 55/45 % impose qu'un minimum de 55 % des journées facturées soient réalisées dans la région où le PREM a été obtenu. Le non-respect de cette exigence entraîne aussi des pénalités financières.

Ces dispositifs ont des effets structurants sur la capacité des médecins à offrir des services d'avortement. La combinaison de contraintes géographiques, administratives et financières complique grandement la tâche aux médecins de famille souhaitant consacrer une part importante de leur pratique aux soins d'avortement<sup>23</sup>.

Selon les données de la RAMQ, en 2023, 82% des soins en avortement ont été pris en charge par des médecins omnipraticiens, il est donc essentiel de réformer ce mode de fonctionnement qui limite actuellement le nombre de médecins qui participent au réseau de soins en avortement<sup>24</sup>.

#### *D- Le cadre de référence pour les avortements de troisième trimestre*

Jusqu'en 2019, les personnes souhaitant obtenir un avortement au troisième trimestre devaient se rendre dans des cliniques situées aux États-Unis. Cette année-là, le gouvernement du Québec a pris la décision de rapatrier la prestation de ces soins au sein du réseau public de santé. Depuis, au moins deux approches ont été mises en œuvre afin d'en assurer l'accessibilité : l'approche

---

<sup>22</sup> Le non-respect de cette obligation peut entraîner des sanctions sévères, telles que la rétention de 30% des revenus facturés et une interdiction temporaire de pratiquer dans la région concernée.

<sup>23</sup> À moins d'obtenir des dérogations, de cumuler plusieurs statuts, ou d'être exempté en vertu de clauses dites « grand-père » en vigueur avant la mise en place des PREM et AMP, les omnipraticiens et omnipraticiennes doivent souvent composer avec une logique de compromis qui freine la consolidation d'une pratique centrée sur l'interruption volontaire de grossesse.

<sup>24</sup> Ces statistiques ont été partagées à la FQPN par le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS).

populationnelle<sup>25</sup> et l'approche rotationnelle<sup>26</sup>. Ces modalités ont pour effet de mobiliser ponctuellement des équipes d'obstétrique pour intervenir dans des cas d'avortement au troisième trimestre, sans que celles-ci aient nécessairement développé une expertise spécifique en la matière ni bénéficié du soutien institutionnel requis pour assurer une prise en charge optimale et s'assurer de l'aisance et du bien-être des équipes.

La mise en place d'une équipe volante dédiée à ces interventions permettrait d'assurer une prise en charge spécialisée, empreinte de compassion, tout en minimisant la détresse potentielle tant pour les patientes que pour les équipes locales.

## 2.2.2 Les obstacles culturels et sociaux

### *A- Des mythes, aux préjugés... jusqu'à la désinformation*

De nombreux mythes et préjugés persistent au sein de la population générale à l'égard de l'avortement, et les professionnels et les professionnelles de la santé, en tant que membres à part entière de cette société, n'y échappent pas nécessairement. Il serait illusoire de croire que la formation ou l'appartenance à un ordre professionnel immunisent contre les biais sociaux. Certaines idées reçues, comme la croyance selon laquelle certains groupes démographiques auraient recours à l'avortement de manière abusive (Boisvert et Ekker, 2025)<sup>27</sup>, ou que l'avortement médicamenteux présenterait davantage de risques que l'intervention chirurgicale (Guilbert et Bois, 2023a, 2023b), traduisent des perceptions erronées encore répandues. Ces représentations peuvent se manifester sous forme de discours explicites, mais aussi de manière plus insidieuse, à travers des attitudes ou des comportements subtils à l'égard des patientes et des patients, nuisant ainsi à la qualité des soins ainsi qu'à la possibilité d'exercer un choix libre et éclairé<sup>28</sup>.

Dans certains cas, ces biais dépassent le stade du préjugé et prennent la forme de désinformation, volontaire ou non. Par exemple, des professionnels et des professionnelles du réseau peuvent

---

<sup>25</sup> Dans le cadre de l'approche populationnelle, le choix de l'établissement où se déroulait la procédure était déterminé en fonction du lieu de résidence de la personne demandant un avortement au troisième trimestre. Bien que cette méthode vise une répartition territoriale des services, elle peut entraîner des déséquilibres géographiques, certaines équipes hospitalières étant sollicitées de manière disproportionnée par rapport à d'autres pour la prestation de ce service.

<sup>26</sup> L'approche fondée sur un système de rotation visait à répartir de manière plus équitable la charge de travail entre les différents établissements. Comme son nom l'indique, chaque hôpital offrant ce service devait, selon un ordre prédéterminé, assurer la prestation des soins à tour de rôle.

<sup>27</sup> Dans le cadre du documentaire, une femme haïtienne a témoigné avoir vécu de la discrimination de la part du médecin ayant réalisé son avortement. En affirmant « j'espère ne pas te revoir dans six mois », le médecin aurait sous-entendu qu'elle faisait preuve d'irresponsabilité reproductive et qu'elle risquait de recourir de manière répétée à l'avortement, laissant ainsi transparaître un jugement moral ancré dans des stéréotypes liés à l'origine ethnoculturelle.

<sup>28</sup> Il convient de rappeler que l'avortement constitue une réalité vécue au sein de l'ensemble des groupes démographiques. Il concerne des femmes et des personnes de tous âges, de toutes origines ethnoculturelles, de toutes catégories socioéconomiques et de divers contextes de vie.

affirmer ou sous-entendre – à tort – que l’avortement entraîne des conséquences négatives sur la santé physique ou mentale des personnes ou encore qu’il soit possible de renverser un avortement médicamenteux<sup>29</sup>, des idées pourtant contredites par le consensus scientifique. Il ne s’agit pas ici de pointer du doigt les individus, mais de souligner l’importance d’un travail de sensibilisation et de formation continue, afin de garantir des soins fondés sur des données probantes, respectueux des droits et de la dignité des personnes.

En 2020, Dre Guilbert et moi avons estimé nécessaire de répondre aux principaux mythes et préjugés persistants entourant l’avortement. Cette initiative a mené à la production du document *Myths and Stereotypes: Induced Abortion and Medical Abortion*, publié dans la revue de la Fédération des femmes médecins du Canada (Pronovost et Guilbert, 2020). L’objectif était de fournir une information fondée sur des données probantes afin de contrer la désinformation et de mieux outiller les professionnels et les professionnelles de la santé dans leurs pratiques cliniques<sup>30</sup>.

À l’automne 2024, le *Plan d’action gouvernemental sur l’accès à l’avortement 2024-2027* a reconnu la lutte contre la désinformation entourant l’avortement comme une priorité. Cette reconnaissance s’accompagne d’un engagement à déployer des efforts de sensibilisation visant à la fois la population générale et les professionnels et les professionnelles de la santé, dans le but de favoriser une information juste, accessible et scientifiquement fondée.

### 3. L’(in)applicabilité de la *Loi sur la laïcité* dans le réseau de la santé : entre inefficacité et dérives potentielles

L’idée d’étendre l’application de la *Loi sur la laïcité* au réseau de la santé dans l’objectif de protéger ou d’élargir l’accès à l’avortement mérite d’être sérieusement interrogée. Une telle proposition apparaît, au mieux, comme redondante et inutile, et au pire, comme porteuse de conséquences

---

<sup>29</sup> Il existe un réseau médical international, le *Abortion Pill Rescue Network*, dont l’objectif est de mettre en relation des médecins avec des personnes ayant amorcé un avortement médicamenteux, dans l’intention de le « renverser ». Ce protocole controversé prétend interrompre le processus d’avortement une fois la mifépristone ingérée, mais avant l’administration du misoprostol, en prescrivant des doses élevées de progestérone. Ce service est accessible au Québec, bien qu’il soit difficile de déterminer si les médecins impliqués exercent dans la province ou dans d’autres juridictions provinciales canadiennes. Il est essentiel de souligner qu’aucune fédération médicale reconnue ne cautionne la sécurité ni l’efficacité de ce protocole. À ce titre, le *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) a émis une mise en garde sans équivoque : « Les affirmations concernant le traitement de « renversement » de l’avortement ne sont pas fondées sur des données scientifiques et ne respectent pas les normes cliniques. Le *American College of Obstetricians and Gynecologists* fonde ses recommandations sur la solidité des preuves disponibles et ne soutient pas la prescription de progestérone pour interrompre un avortement médicamenteux » (ACOG, s.d., traduction libre).

<sup>30</sup> Il s’agit, bien entendu, d’un enjeu qui concerne une minorité de professionnels et professionnelles de la santé, mais il serait faux de croire que ce phénomène n’existe pas. À la suite de la diffusion de ce document, quelques médecins exerçant dans l’ouest du Canada m’ont contactée pour témoigner de la présence, dans leur milieu professionnel, de discours relatifs à la possibilité de « renverser » un avortement médicamenteux.

délétères pour les droits individuels et la qualité des soins. Trois grandes raisons permettent d'illustrer les limites, voire les risques, associés à cette approche.

Premièrement, l'élargissement de la *Loi 21* au secteur de la santé reviendrait essentiellement à « défoncer des portes déjà ouvertes ». En matière d'objection de conscience individuelle, les balises encadrant la pratique médicale sont déjà établies par le *Code de déontologie des médecins*, qui prévoit notamment l'obligation de référer les patientes et les patients vers une ressource appropriée lorsque le ou la médecin refuse d'offrir un soin<sup>31</sup>. En ce qui concerne l'objection de conscience dite « institutionnelle », il ne s'agit pas d'un concept reconnu en droit canadien, ni légitimé par les autorités médicales provinciales. L'idée même de légiférer pour interdire ce qui n'a pas cours actuellement s'avère superflue. L'adoption de nouvelles mesures législatives devraient répondre à un enjeu social documenté.

**Collectivement, nous ne disposons pas de données suffisantes nous permettant d'affirmer que des croyances religieuses exercent une influence quelconque sur l'accessibilité ou la qualité des soins en avortement au sein du réseau de la santé. Au risque de me répéter, une initiative législative présuppose un problème qui n'est pas documenté.**

Deuxièmement, l'approche législative rate la cible. Les obstacles majeurs à l'accessibilité des services d'avortement au Québec sont structurels, organisationnels et, dans une certaine mesure, socioculturels. Ils relèvent notamment d'un manque de normes minimales, d'inégalités géographiques dans l'offre de services, de manquements dans la formation médicale (et d'autres professionnels et professionnelles de la santé), d'un manque de soutien institutionnel pour les professionnels et les professionnelles qui souhaitent intégrer l'avortement à leur pratique ainsi que de l'existence de préjugés et d'un phénomène de désinformation. Dans ce contexte, l'adoption d'une législation portant sur la laïcité n'apporterait aucune réponse concrète aux barrières structurelles les plus significatives. Au contraire, l'application de la *Loi sur la laïcité* au nom de la protection de l'accès à l'avortement pourrait donner l'impression que des mesures sont prises pour répondre aux obstacles organisationnels et structurels existants. Or, dans la mesure où cette loi n'aborde pas les principaux freins structurels à l'accessibilité, son effet concret sur l'amélioration des services risque d'être nul, en matière de santé reproductive.

Par ailleurs, la sécularisation croissante du discours antiavortement – qui adopte désormais des codes empruntés aux registres médicaux, féministes et progressistes – contribue à neutraliser toute efficacité potentielle de l'application d'une loi sur la laïcité dans ce domaine (Pronovost *et al.*, à paraître; Saurette et Gordon, 2015; Gonin, Pronovost et Blais, 2014)<sup>32</sup>. Dans ce contexte, une telle loi n'aurait aucun effet concret sur l'accessibilité aux services d'avortement ni sur l'expérience de soin des femmes et des personnes recourant à l'avortement.

---

<sup>31</sup> Tel que mentionné précédemment, en pratique, les dérogations à cette obligation donnent lieu à peu de sanctions. Il serait pertinent de s'intéresser aux mécanismes existants de traitement des plaintes et d'application des sanctions, plutôt que de privilégier l'adoption de nouvelles dispositions législatives.

<sup>32</sup> Plusieurs arguments antiavortements prétendent que l'avortement est nocif pour la santé et le bien-être des femmes, que l'avortement est contraire aux droits humains, etc.

Troisièmement, l'élargissement de la *Loi sur la laïcité* au réseau de la santé pourrait entraîner des effets rebonds préoccupants. D'une part, il pourrait susciter une nouvelle opportunité de judiciarisation de l'accès à l'avortement, à l'image des poursuites intentées en Ontario par des médecins contestant l'obligation de référer en cas d'objection de conscience (Nadeau, 2019)<sup>33</sup>. D'autre part, une telle mesure favorise l'exclusion du système public de professionnels et professionnelles compétentes, en particulier celles et ceux qui portent des signes religieux. Or, l'appartenance religieuse ne préjuge en rien de la capacité ni de la volonté de fournir des soins d'avortement. Il serait erroné – voire stigmatisant – de présumer qu'une personne croyante s'oppose nécessairement à la prestation de ces services<sup>34</sup>. Plus largement, il convient de demeurer prudents face à toute mesure qui limite les droits fondamentaux, en particulier lorsque ces restrictions ne sont justifiées ni par l'analyse des faits ni par des besoins concrets du terrain.

En somme, plutôt que de recourir à une solution législative discutable sur le plan des droits et inefficace sur le plan des résultats, il conviendrait de concentrer les efforts sur des solutions structurelles concrètes : établissement de normes minimales, rehaussement de la formation, reconnaissance du travail des professionnels et professionnelles, lutte contre la désinformation et les préjugés.

---

<sup>33</sup> Pour une discussion plus approfondie sur l'enjeu de la judiciarisation de l'avortement, voir le rapport *Garantir le droit à l'avortement en renforçant l'accès aux services* (Pronovost, 2023).

<sup>34</sup> Il existe de nombreuses organisations religieuses qui défendent le libre choix. Par exemple, aux États-Unis l'organisation Catholics for Choice militent activement pour défendre le droit à l'avortement depuis 1973. Plus près de nous, L'autre Parole, une association féministe et chrétienne défend une position similaire.

## 4. Liste des recommandations

1. Documenter le phénomène de l'« objection de conscience institutionnelle » afin de mieux comprendre la présence (ou l'absence) cet enjeu.
2. Documenter les obstacles et les enjeux organisationnels et structurels – qui varient d'une région à l'autre – restreignant l'accès à l'avortement en mobilisant les coordinations régionales créés dans la foulée du *Plan d'action gouvernemental sur l'accès à l'avortement 2024-2027* pour créer un portrait national.
3. Mettre sur pied un comité de travail visant à créer des normes minimales en matière d'accès aux soins d'avortement.
4. Poursuivre les efforts entamés en termes de lutte contre la désinformation et contre les préjugés.
5. Améliorer l'enseignement universitaire de base au sujet de l'avortement au sein des programmes de médecine et des autres professionnels et professionnelles de la santé.
6. Réformer les mécanismes de régulation visant les médecins de famille afin de favoriser la pratique des soins abortifs.
7. Réformer le cadre de référence des avortements de troisième trimestre afin de privilégier l'établissement d'une équipe dédiée.
8. Travailler dès à présent afin d'identifier les priorités à investir lors du renouvellement du *Plan d'action gouvernemental sur l'accès à l'avortement en 2028*.

## Liste des références citées

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (s.d.). Facts Are Important: Medication Abortion "Reversal" Is Not Supported by Science. <https://www.acog.org/advocacy/facts-are-important/medication-abortion-reversal-is-not-supported-by-science#:~:text=Claims%20regarding%20abortion%20%E2%80%9Creversal%E2%80%9D%20treatment,to%20stop%20a%20medication%20abortion>
- Boisvert, Julie et Élise Ekker-Lambert. (2025). *Libres de choisir : aux premières lignes de l'avortement*. Documentaire. Picbois Productions.
- Bouthillier, Marie-Ève et Lucie Opatrny. (2019). A qualitative study of physicians' conscientious objections to medical aid in dying. *Palliative Medicine*. 33(9) : 1212-1220.
- Card, Robert F. (2007). Conscientious objection and emergency contraception. *American Journal of bioethics*. 7(6) : 8-14.
- Castonguay, Méлина et Marie-Ève Blanchard. (2021). Le droit de conscience et le refus de soigner, quelle est la différence? *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/627813/avortement-le-droit-de-conscience-et-le-refus-de-soigner-quelle-est-la-difference>
- Celis, Leila, Dia Dabby, Dominique Leydet et Vincent Romani (dirs.). (2020). *Modération ou extrémisme? Regards critiques sur la loi 21*. Presses de l'Université Laval.
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers, CQLR c I-8, r 9, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/I-8,%20R.%209.pdf>
- Code de déontologie des médecins, CQLR c M-9, r 17, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/M-9,%20R.%2017%20.pdf>.
- Collège des médecins. (2022). *Actualisation des règles touchant la pilule abortive : Interruption volontaire de grossesse médicale – IVGM*. <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/actualisation-regles-pilule-abortive.aspx>
- \_\_\_\_\_. (2021). *Objection de conscience*. <https://www.cmq.org/fr/actualites/objection-de-conscience>
- Desmarais, Louise. (2016). *La bataille de l'avortement. Chroniques québécoises*. 2<sup>e</sup> éd. Les éditions du remue ménage.
- Dickens, Bernard M. et Rebecca J. Cooks. (2011). Conscientious commitment to women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 113 : 163-166.
- Fiala, Christian, Joyce Arthur et Amelia Martzke. (2025). Origin of "Conscientious Objection" in Health Care: How Care Denials Became Enshrined into Law Because of Abortion, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2025 : 1–14.
- Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2023). *Bottin de ressources en avortement au Québec*. Édition 2023.
- Gonin, Audrey, Véronique Pronovost et Mélissa Blais. (2014). *Les enjeux éthiques de l'intervention auprès de femmes vivant une grossesse imprévue au Québec : Discours et pratiques de ressources anti-choix et pro-choix*. Rapport de recherche. Université du Québec à Montréal, Service aux collectivités et Fédération du Québec pour le planning des naissances.

- Guilbert, Édith et Geneviève Bois. (2023a). Évaluation de l'accès à l'avortement médicamenteux dans les cliniques d'avortement du Québec en 2021 – Partie 1. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 45 (2) : 116-124.
- \_\_\_\_\_. (2023b). Évaluation de l'information transmise sur l'avortement médicamenteux dans les cliniques d'avortement du Québec en 2021 – Partie 2. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 45 (2) : 125-133.
- Nadeau, Jean-Philippe. (2019). Médecine: les objecteurs de conscience demandent à ce que leurs droits soient respectés. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1148209/charte-droits-religion-morale-procedures-medicales-controversees-sante-acces-universalite>
- Pronovost, Véronique, Ophélie Lacroix, Frédérick Nadeau et Alexia Renard. (à paraître). *Le mouvement contre l'avortement au Québec*. Rapport de recherche. Université du Québec à Montréal et Fédération du Québec pour le planning des naissances.
- Pronovost, Véronique et Édith Guilbert. (2020). Myths and Stereotypes: Induced Abortion and Medical Abortion. *The Voice*, Hiver 2020 : 17-18.
- Pronovost, Véronique. (2023). *Garantir le droit à l'avortement en renforçant l'accès aux services*. Rapport. Fédération du Québec pour le planning des naissances.
- \_\_\_\_\_. (2013). *La droite chrétienne américaine : une analyse féministe foucaldienne des cas du pasteur Mark Gungor et du mouvement des centres d'aide à la grossesse*. Mémoire de maîtrise. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/5690/>
- Saurette, Paul et Kelly Gordon. (2015). *The Changing Voice of the Anti-Abortion Movement: The Rise of "Pro-Woman" Rhetoric in Canada and the United States*. University of Toronto Press.
- Schoupe, Jean-Pierre. (2017). *La dimension institutionnelle de l'objection de conscience*. Centre européen pour le droit et la justice.
- Secrétariat à la condition féminine. (2024). *Protéger le droit des femmes de choisir : plan d'action gouvernemental sur l'accès à l'avortement 2024-2027*. Gouvernement du Québec. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/publications/plans-strategiques/PL-plan-action-gouv-acces-avortement-2024-2027-SCF-VF.pdf>