



FÉDÉRATION
DU QUÉBEC
POUR LE PLANNING
DES NAISSANCES

Rapport au rapporteur général en santé de l'ONU -13 novembre 2018

Droits sexuels et reproductifs

Le défi de l'accessibilité :

Différents enjeux pour différentes populations



Fondée en 1972, la **Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)** est un regroupement féministe de défense des droits et d'éducation populaire en matière de santé sexuelle et reproductive. La FQPN regroupe des groupes locaux, régionaux et nationaux ainsi que des membres individuel.le.s. Son mandat est de sensibiliser, d'informer et d'encourager la réflexion critique en santé sexuelle et reproductive et de promouvoir le libre-choix face dans une perspective de justice sociale.

Table des matières

Introduction	2
Éducation à la sexualité	3
Absence de processus démocratique pour l'élaboration et la mise en oeuvre de l'éducation à la sexualité.	4
Privation de moyens adéquats pour l'implantation de l'éducation à la sexualité dans les écoles	5
Privation d'accès aux meilleures ressources pour les jeunes	7
Absence de processus d'évaluation et de mesures de contrôle	7
Recommandations pour l'éducation à la sexualité :	8
Contraception	9
Non gratuité des méthodes non-hormonales	10
Nécessité d'une prescription pour les méthodes de contraceptions hormonales	10
Absence de politiques égalitaires en matières de contraception	10
Recommandations en matière de contraception :	11
Avortement au Québec	12
Difficulté d'accès aux services d'avortement chirurgical en régions éloignées des centres urbains	13
Difficulté d'accès à la pilule abortive dans toutes les régions	14
Atteinte aux droits à l'exercice de choix en matière de choix reproductifs : la présence des centre anti-choix	15
Atteinte aux droits à l'accessibilité à des services en avortements adaptés pour personnes marginalisées	15
Recommandations concernant l'accès à l'avortement :	16
Le droit à la reproduction et à l'expérience de la parentalité	17
Atteinte aux droits à la parentalité pour personnes autochtones	18
Atteinte aux droits à la reproduction et à la parentalité pour personnes en situation de handicap physique	18
Atteinte aux droits à la reproduction et à la parentalité pour personnes de la communauté LGBTQ+	19
Recommandations concernant le droit à la reproduction et à la parentalité :	19
Conclusion	21

Introduction

Au Québec, *l'enjeu principal en santé sexuelle et reproductive demeure l'accessibilité à des services adaptés aux réalités de tous-tes*. En effet, l'accès aux services de santé est difficile dans certains contextes et cela est encore plus vrai pour les personnes marginalisées.

Par exemple, si des personnes se mobilisent pour obtenir le droit et l'accès à la contraception et à l'avortement, les femmes en situation de handicap, les femmes autochtones ou les femmes incarcérées doivent encore lutter pour que soit reconnue leur capacité à être mères et pour que cessent les stérilisations, les pressions à l'avortement et l'utilisation disproportionnée de contraceptifs invasifs. Également les personnes de la communauté LGBTQ+ font face à de véritables obstacles en matière d'égalité des droits et d'accès à des services adéquats en santé sexuelle et reproductive.

Ces oppressions liées à la vie sexuelle, reproductive et maternelle affectent les individus mais aussi les communautés à travers le croisement de divers systèmes d'oppression basés sur la "race", la classe, le genre, la sexualité, la citoyenneté, l'âge, la capacité, le lieu de résidence, les croyances religieuses/spirituelles, etc.

À la Fédération du Québec pour le planning des naissances(FQPN) nous déplorons l'absence de politiques ou d'orientations en matière de santé reproductive et sexuelle par le gouvernement du Québec qui permettrait le développement d'une approche globale, transversale et intersectionnelle cohérente.

Nous présentons dans ce document un certain nombre d'enjeux spécifiques en matière de droits sexuels et reproductifs au Québec, à travers le prisme des différents dossiers que nous portons au sein de la FQPN : l'éducation à la sexualité, la contraception, l'avortement et le droit à la reproduction et à l'expérience de la parentalité.

Éducation à la sexualité

Depuis la suppression de la “Formation personnelle et sociale” qui comprenait un volet “éducation sexuelle” au sein des écoles, les jeunes du Québec sont laissés-es à elles et eux mêmes en matière d’apprentissages aux relations interpersonnelles et à la sexualité. Dès 2014, dans un contexte de montée impressionnantes des taux d’infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et suite à une pétition déposée à l’Assemblée Nationale du Québec¹ dénonçant l’hypersexualisation des jeunes filles, l’influence néfaste de la pornographie sur les représentations que les jeunes peuvent se faire de la sexualité, la Commission de la culture et de l’éducation du Québec a fait la recommandation au gouvernement provinciale de réinstaurer l’éducation à la sexualité dans les écoles.

Les agressions sexuelles que subissent encore trop les femmes, les “thérapies de conversions” présentes au Québec² qui visent à “guérir” les personnes homosexuelles, l’intimidation scolaire souvent à caractère sexiste, homophobe ou encore transphobe que subissent de nombreux jeunes **ont un impact significatif sur la santé mentale³, la santé sexuelle et l’émancipation des jeunes.**

Depuis la rentrée scolaire de septembre 2018, toutes les écoles du Québec doivent mettre en oeuvre le nouveau curriculum d’éducation à la sexualité élaboré par le ministère. En réalité de **nombreuses barrières entravent le droit des jeunes à accéder à la meilleure santé et à la meilleure éducation.**

Le curriculum mis en place par le gouvernement Québécois ne respecte aucunement les lignes directrices de l’Agence de la santé publique du Canada⁴ ni les principes directeurs

¹ Étude de la pétition n° 258-20140918 concernant les cours d’éducation sexuelle

² Article du journal Le Soleil : [Homosexualité: les «thérapies de réorientation» bien présentes au Québec](https://www.lesoleil.com/actualite/homosexualite-les-therapies-de-reorientation-bien-presentes-au-quebec-9a8d1fb84e2174edc6277af1b02ce035):
<https://www.lesoleil.com/actualite/homosexualite-les-therapies-de-reorientation-bien-presentes-au-quebec-9a8d1fb84e2174edc6277af1b02ce035>

³ [“Éducation sexuelle, coeurs brisés et santé mentale”](https://www.srhweek.ca/fr/blogueur-invite/education-sexuelle-coeurs-brises-et-sante-mentale/)

<https://www.srhweek.ca/fr/blogueur-invite/education-sexuelle-coeurs-brises-et-sante-mentale/>

⁴ [“Lignes directrices canadienne pour l’éducation en matière de santé sexuelle”](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guideline-s-fra.pdf) :

<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guideline-s-fra.pdf>

internationaux provenant de l'UNESCO⁵ en ce qui à trait aux aspect de la mise en oeuvre concrète des apprentissages.

1. Absence de processus démocratique pour l'élaboration et la mise en oeuvre de l'éducation à la sexualité.

Lors de l'élaboration du curriculum d'éducation à la sexualité, le Ministère de l'éducation n'a pas répondu aux demandes et sollicitations provenant de la société civile d'organiser une large consultation avec les différentes parties prenantes, **il n'a existé aucune collaboration avec les organismes communautaires** pourtant largement impliqué en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire et extra scolaire.

La seule rencontre auquel les organismes communautaires ont été invitée a eu lieu en novembre 2015, soit après la mise en route du projet pilote d'éducation à la sexualité dans 20 écoles Québécoises. Cette rencontre s'est avérée être une réunion d'information, durant laquelle aucune des parties présentes en dehors du ministère n'a pu présenter ses propositions ou revendication. Le ministère a conclu la réunion en suggérant l'envoi de mémoires par les organismes pour faire leurs critiques ou recommandations sur le curriculum déjà bien élaboré.

Plusieurs organismes comme la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) ou le regroupement ESPACE pour une enfance sans violence⁶ ont adressé des mémoires au gouvernement ainsi que de nombreuses demandes de rendez-vous. **Aucune réponse n'a été faite par le Ministère, aucune rencontre n'a été organisée.** C'est ainsi que la pétition "L'éducation à la sexualité, ça va pas s'faire par magie"⁷ revendiquant des moyens dédiés et une collaboration avec les organismes communautaire a été partie à la rentrée scolaire de 2018. Elle réunit à ce jour 90 organismes signataires et près de 2600 signatures individuelle.

Un comité consultatif pour l'éducation à la sexualité a été créé avec des professionnel·les de l'éducation ainsi qu'avec des syndicats d'enseignant·es (comme la FAE Fédération

⁵ [International technical guidance on sexuality education](http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf) :
<http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf>

⁶ [Site internet de ESPACE Pour une enfance sans violence](https://www.espacesansviolence.org/2012/espace-cest-quoi) :
<https://www.espacesansviolence.org/2012/espace-cest-quoi>

⁷ www.fqpn.qc.ca/educsex

autonome des enseignants et enseignantes ou la CSQ Centrale syndicale du Québec) mais la composition de ce comité ainsi que les contenus discutés ne sont pas accessibles ni aux citoyen·nes, ni aux organismes communautaires.

Le curriculum a également été **élaboré sans aucune implication des élèves elles et eux mêmes, ni de leurs familles** et ce contrairement aux recommandations Canadiennes et internationales. D'autres la **collaboration avec le réseau de la santé et les services de planification des naissances est presque inexistante**, se faisant seulement dans quelques territoires selon l'engagement local des commissions scolaires ou des écoles.

2. Privation de moyens adéquats pour l'implantation de l'éducation à la sexualité dans les écoles

Sous-financement de l'éducation à la sexualité dans le réseau scolaire

Le Ministère Québécois de l'éducation a décidé d'allouer 25000\$ par commission scolaire et 1000\$ par école et ce quelque soit le nombre d'élèves inscrit·es sur le territoire⁸, soit un budget total d'un peu moins de 4,5 millions de dollars canadiens donc **un investissement moyen de 4,70\$ par an et par élève.**

Ces montants sont pourtant destinés à soutenir l'ensemble de la mise en oeuvre des apprentissages (plan de mise en oeuvre, formation, communication, rencontres préparatoires de l'équipe pédagogique, rencontres avec les familles, libération du temps des enseignant·es, budget pour l'appel à des ressources externes).

Ces moyens, en plus d'être inéquitables en fonction des écoles, sont largement insuffisants, ils représentent quel que soit le nombre d'élève sur le territoire :

- pour une commission scolaire : un tiers du temps d'un·e professionnel·le à temps plein
- pour une école : trois jours de libération pour trois enseignant·es.

⁸ [Règles budgétaires 2018-2021, page 7, ligne 15220 :](#)

http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/ress_financieres/rb/RenseignementsSpecifiques2018-2019.pdf

Sous-financement des groupes communautaires intervenants en milieu scolaire

En l'absence de curriculum d'éducation à la sexualité durant plusieurs années, un certain nombre d'écoles faisaient appel aux organismes communautaires pour l'animation d'atelier ou de séances d'informations. La plupart du temps **ces interventions sont gracieusement offertes par les organismes communautaires qui pourtant souffrent de sous financement chronique**⁹.

Le ministère de l'éducation a encouragé les écoles à faire appel au communautaire, ce qu'elles font. De nombreux organismes sont débordés depuis la rentrée scolaire de 2018 et nous rapportent ne pas pouvoir répondre à l'ensemble des demandes. Par exemple le groupe communautaire Sexplique qui oeuvre en éducation et santé sexuelle témoigne d'une demande d'interventions par les écoles qui a doublé en regard de l'année dernière alors que leurs financements pour l'intervention en milieu scolaire stagnent.

Manque de formation des enseignant·es et intervenant·es

Les enseignant·es sont appelés à animer les apprentissages au sein de leurs cours. Si certain·es enseignant·es sont volontaires pour le faire **tous·tes accusent le manque de préparation et de formation aussi bien dans la formation initiale des professeur·es que dans la formation continue**. Ils et elles se disent peu outillé·es.

Des enseignant·es de partout au Québec dénoncent les conditions d'implantation du curriculum. Par exemple la présidente du syndicat de l'enseignement de la région de la Mitis déclarait au début du mois de novembre "Pour l'instant, les enseignants ont reçu de l'information et non de la formation. (...) Les enseignants à qui j'ai parlé ne pouvaient pas affirmer qu'ils étaient prêts parce qu'il y a beaucoup de questions qui restent sans réponse, notamment est-ce qu'on va avoir des personnes-ressources disponibles pour faire face à des situations qui pourraient être délicates?"¹⁰

⁹ [Campagne CASSSH](#) menée par la Table des regroupements provinciaux des organismes communautaires et bénévoles:

<http://trpocb.org/lheure-comptes-a-sonne-priorites-budgetaires-soutiennent-communautaires-consultations-prebudgetaires-2018-2019/>

¹⁰ [Éducation à la sexualité : des enseignants ne se sentent pas prêts](#);

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1133852/education-sexualite-ecole-enfants-professeurs>

3. Privation d'accès aux meilleures ressources pour les jeunes

Les organismes communautaires

Les organismes communautaires de par leur implication sociale dans un territoire donné possèdent une **expertise des besoins et attentes des populations**. Leur intervention, que ce soit dans le processus d'implantation du curriculum d'éducation à la sexualité ou en classe pour animer des contenus est d'un apport précieux pour les jeunes. Des organismes comme "À deux mains" proposent par ailleurs des interventions par les pairs ce qui **permet d'ouvrir des espaces de dialogues et d'apprentissages que ne permettent pas des ateliers animés par des enseignant·es ou sexologues** qui ont de fait une autre forme d'autorité.

Les sexologues

Alors que les sexologues détiennent une expertise et un savoir faire universitaire en matière d'éducation à la sexualité, il réside des freins systémique entravant leur embauche dans le réseau de l'éducation. En effet, **le titre de sexologue n'existe pas dans la classification des professionnel·les de l'éducation¹¹** ce qui empêche leur embauche dans le réseau scolaire à ce titre.

4. Absence de processus d'évaluation et de mesures de contrôle

Bien que l'implantation du curriculum des apprentissages en éducation à la sexualité soit obligatoire dans toutes les écoles du Québec depuis septembre 2018, **le Ministère de l'éducation n'a pas prévu de mesures de contrôle ni de processus d'évaluation**. Ainsi le niveau d'implantation réelle, les impacts de ces apprentissages, la réception par les élèves, la satisfaction des enseignant·es, le niveau de collaboration avec les parties prenantes locales resteront des informations inconnues.

¹¹ [Plan de classification des professionnel·les de l'éducation](http://cpn.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/CPNCF/11_Plans_class/professionnel/2017_02_07_Plan_Class_Prof_10_nove) :

http://cpn.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/CPNCF/11_Plans_class/professionnel/2017_02_07_Plan_Class_Prof_10_nove_mbre_2015_FINAL.pdf

L'absence de mesures de contrôle et de processus d'évaluation **entrave assurément le droit à l'information et nous inquiète quand à l'accessibilité universelle des jeunes à la meilleure éducation en santé sexuelle au Québec.**

Recommandations pour l'éducation à la sexualité :

- 1) Impliquer l'ensemble des parties prenantes dans le processus d'implantation, d'évaluation et d'amélioration continue du curriculum d'éducation à la sexualité.
- 2) Rehausser de façon significative le financement de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire
- 3) Augmenter de manière substantielle le financement des organismes communautaires
- 4) Développer la formation initiale et continue du corps enseignant
- 5) Créer un titres d'emploi de sexologue dans le plan de classification des professionnel·les de l'éducation
- 6) Mettre en oeuvre un processus transparent d'évaluation impliquant les différentes parties prenantes

Contraception

Tout d'abord, nous déplorons que la responsabilité de la contraception repose encore très largement sur les femmes et dénonçons l'absence d'efforts pour rendre cet aspect de la santé sexuelle et reproductive plus égalitaire. Au Québec, si la contraception semble accessible au plus grand nombre il existe encore trop de situations particulières où l'accès à la contraception de son choix est impossible.

L'âge du consentement médical est fixé à 14 ans. Avant cet âge, il est nécessaire d'obtenir une autorisation parentale ou tutorale pour obtenir une contraception sous prescription médicale. Ce qui constitue un frein à l'accessibilité pour grand nombre de jeunes.

Pour les personnes couvertes par l'assurance maladie provinciale, la contraception hormonale (injection, pilule, stérilet Mirena, timbre, anneau) est remboursée. Toutefois pour les personnes qui font le choix de la pilule, celle-ci n'est remboursée qu'en partie puisqu'il faut payer pour chaque achat de boîte de pilule une franchise de 16,25\$. Pour les personnes qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie provinciale ou un régime d'assurance privé (sans-statut, en attente de statut ou autre), il faut payer la totalité des contraceptifs hormonaux.

Les méthodes naturelles (calendrier, retrait, observation du cycle) ne nécessitent pas de matériel spécifique ou de prescription mais demandent d'avoir une excellente connaissance de notre corps, de son fonctionnement et un cycle très régulier pour être efficaces. Les méthodes barrières telles que le diaphragme ou la cape cervicale peuvent être difficiles à trouver et demandent une excellente connaissance de notre corps et de son fonctionnement.

Cela ne résout pas la difficulté d'accès à ces méthodes contraceptives pour celles et ceux d'entre nous qui ne sont pas couvert·es par le régime provincial d'assurance maladie ou un régime d'assurance privé car elles et ils devront payer pour la consultation et la méthode de contraception.

1. Non gratuité des méthodes non-hormonales

La FQPN déplore le manque d'accès à certaines méthodes de même que la non gratuité des méthodes contraceptives qui ne sont pas hormonales. Par exemple, **le stérilet de cuivre est une méthode de contraception très efficace mais il peut être difficile de trouver du personnel qualifié pour l'installer, et il n'est pas remboursé par le régime provincial d'assurance maladie.** Le diaphragme, les spermicides, les condoms et la cape cervicale ne sont pas remboursés. Cela fait en sorte que les méthodes hormonales sont privilégiés et cela pourrait contribuer à une médicalisation des processus reproductifs.

2. Nécessité d'une prescription pour les méthodes de contraceptions hormonales

Les méthodes les plus utilisées, comme les méthodes hormonales, requièrent une prescription et donc un accès aux services de santé. Toutefois, plusieurs personnes qui ne sont pas couverts par le Régime d'Assurance Maladie de Québec (RAMQ) ne peuvent obtenir facilement de telles prescriptions. Cette situation est un **frein pour les personnes en situation de précarité.**¹²

3. Absence de politiques égalitaires en matières de contraception

Alors que les personnes qui ont un utérus sont fertile seulement quelques jours par mois contrairement à celles qui ont un pénis et sont fertiles continuellement, c'est encore sur elles que repose majoritairement la responsabilité de la contraception. L'ensemble des politiques gouvernementales appuient ce biais sexiste dans la société, **il n'existe aucune politique incitative pour que les compagnie pharmaceutique mettent en marché des méthodes alternatives et égalitaires de contraception.** La seule méthode prise en charge par le système de régime d'assurance maladie du Québec est une méthode irréversible, à savoir la vasectomie.

¹² Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens dans le cadre des consultations particulières portant sur le document « *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait - Vers un deuxième plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes* », Janvier 2011, 26 p.

Estimé des coûts des contraceptifs (les contraceptifs marqués d'un (*) sont couverts en tout ou en partie par l'assurance maladie du Québec):

- Condoms masculins (boîte de trois): 3 à 5 \$
- Condoms féminins (boîte de trois): 15\$
- (*) Stérilet Mirena: 350\$- (90\$ pour celles qui sont couvertes par la RAMQ)/ 5 ans
- Stérilet de cuivre: à partir de 65\$/ 5 ans
- (*) Pilule combinée: 15\$/ mois
- (*) Minipilule: 17\$/ mois
- (*) Injection (3 mois): 35\$
- (*) Timbre: 23\$/ mois
- (*) Anneau: 25\$/ mois
- Cape cervicale Femcap: 89\$ US + frais de poste/ 1 an ou plus
- Diaphragme: 60\$/ un an ou plus

Recommandations en matière de contraception :

- 1) Que le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) voie à l'instauration d'un programme d'accès gratuit à toutes les méthodes contraceptives sans exception, notamment pour les jeunes et les adultes défavorisées économiquement;
- 2) Que le MSSS poursuive la délégation de certains actes médicaux, tels que la délivrance de la contraception orale d'urgence, auprès d'autres intervenants en santé, plus spécifiquement les sage-femmes ainsi que les intervenants des ressources et organismes communautaires
- 3) Que soient mises en place des politiques incitatives pour le développement de méthodes de contraception plus égalitaires.

Avortement au Québec

L'avortement est un service médical essentiel reconnu. Pourtant, certaines régions du Québec ont peu de points de services, ce qui oblige les personnes qui souhaitent recourir à l'avortement à se déplacer sur de longues distances.

En effet, la FQPN constatait en 2014 leur répartition inégale sur le territoire alors que 12 régions sur 17 disposaient d'un ou deux points de services, que 20 des 48 points de services existants pratiquent des avortements une seule journée par semaine, que le délai d'attente varie de trois à cinq semaines dans 21 d'entre eux, et enfin que 22 d'entre eux ne disposent pas de tables gynécologiques adaptées pour les personnes à mobilité réduite.

À ces obstacles s'ajoutent entre autres, la difficulté d'obtenir de l'information sur les services disponibles ou les démarches à entreprendre, le recours de plus en plus fréquent aux boîtes vocales, les coûts (transport, hébergement à assumer lorsqu'on doit se déplacer en dehors de sa région pour avorter, et ceux reliés à l'avortement lui-même lorsqu'on ne possède pas de carte d'assurance maladie.)

Il existe aussi d'autres barrières d'accès, au delà du territoire géographique: la langue dans laquelle sont fournis les services, l'accessibilité physique pour les personnes en situation de handicap, la méconnaissance des enjeux trans...

Depuis 2008, les services d'avortement sont entièrement financés par l'État et sont donc accessibles gratuitement partout au Québec, y compris dans les cliniques à gestion privées et au sein des Centres de santé des femmes (Montréal, Mauricie et Outaouais). Toutefois, certain-es personnes (immigrants-es non-reçus-es ou en attente de statut, étudiant-es étranger-ères) ne sont pas couvert-es par l'assurance maladie et rares sont les assurances privées qui prennent en charge l'avortement et autres soins liés à une grossesse ; elles doivent donc payer la totalité du ou des services (les coûts d'un avortement varient de 270\$ à 1900\$ selon le lieu et le nombre de semaines de grossesse). Cette situation rend l'avortement complètement inaccessible pour une grande partie de ces personnes.

L'accès aux services d'avortement est également restreint lorsque ces derniers ne sont pas inclusifs. La discrimination – tout comme le manque de pratiques inclusives explicites dans la prestation de services – peut inciter les personnes à retarder ou à se priver de services de santé nécessaires au point de mettre leur état général de santé en danger. Lorsqu'il s'agit de voir à leurs besoins en matière de santé reproductive, la situation est inquiétante pour les personnes jeunes, sans statut, incarcérées, trans, non-conformistes dans le genre, racisées, autochtones ou en situation de handicap.

Le fait d'assurer un accès équitable à la gamme complète de services de santé reproductive – dont l'avortement – nécessite également de tenir compte des barrières complexes auxquelles sont confrontées plusieurs populations et de chercher activement à les démanteler. C'est pourquoi, au cours des dernières années à la suite de nos réflexions dans une perspective de justice reproductive, notre regard s'est déplacé et élargi, nous conduisant à prendre en compte dans nos analyses et revendications la réalité des personnes et des groupes dont les voix sont moins souvent entendues en matière d'avortement.

1. Difficulté d'accès aux services d'avortement chirurgical en régions éloignées des centres urbains

Les cliniques offrant l'avortement chirurgical sont rares en régions rurales et éloignées des centres urbains. Plusieurs cliniques peinent à recruter des médecins formés en avortement chirurgical, ont un personnel restreint ou craignent de ne pouvoir remplacer ceux/celles qui prendront prochainement leur retraite.

Les conséquences de ces difficultés sont concrètes :

- Des délais d'attentes supplémentaires pouvant aller jusqu'à 3 à 4 semaines pour avoir un premier rendez-vous
- Plusieurs déplacements à la clinique avant d'obtenir l'avortement : par ex., jusqu'à 5 déplacements à Chicoutimi
- Difficulté d'accès à la pilule abortive en raison des barrières réglementaires émises par le Collège des Médecins (CMQ)
- Bris de services occasionnés par un manque de personnel qualifié. Par ex., à Rouyn-Noranda, ville de 42 000 habitants, un seul médecin était habilité à faire des

avortements chirurgicaux ; lors de son départ, le service d'avortement a cessé d'être offert. La situation, a, depuis, été rétablie, mais les ressources restent très fragiles.¹³

2. Difficulté d'accès à la pilule abortive dans toutes les régions

Le déploiement de l'accessibilité à la pilule abortive (Mifegymiso) a été plus longue au Québec que dans les autres provinces canadiennes. Le désir d'encadrement du domaine de pratique de l'avortement par le Collège des Médecins (CMQ) est en grande partie responsable de cette situation. Leur recommandation à l'effet que seuls les médecins déjà formés en avortement chirurgical aient la possibilité de prescrire la pilule abortive a considérablement ralenti le processus d'implantation, avec **pour conséquence directe une restriction des choix et d'accessibilité en matière d'avortements pour la population**. Depuis, même si le CMQ a modifié ses exigences, la persistance d'une obligation de faire un stage pratique de 3 jours en pratique en clinique de planning certifiée pour pouvoir prescrire la pilule abortive demeure une barrière pour les professionnels visés. **Une telle exigence n'est pas compatible avec la disponibilité des médecins généralistes et des infirmières praticiennes spécialisées, elle méprise leur qualifications à faire face à des situations cliniques complexes et elle nie leurs aptitudes à gérer de nouveaux médicaments, aucun autre médicament n'étant soumis à de telles barrières.**

La FQPN reconnaît l'importance du développement des compétences et des habiletés de counseling et d'accompagnement des professionnels visés. La FQPN a confiance que les médecins généralistes et les infirmières praticiennes spécialisées sont en mesure de développer ces compétences de façon autonome comme ils le font dans tous les domaines de leur pratique et d'offrir un accompagnement adéquat aux personnes ayant un besoin d'un avortement. Le fait que seuls les obstétriciens-gynécologues ayant eu une pratique en planning familial dans les trois dernières années soient en mesure de prescrire la pilule abortive en restreint grandement l'accessibilité et porte atteinte aux droits reproductifs de la population du Québec.

¹³ Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), *Bottin des ressources en avortement au Québec-2018*, 2018, 78 p.

3. Atteinte aux droits à l'exercice de choix en matière de choix reproductifs : la présence des centre anti-choix

La montée des mouvements d'extrêmes droites et le conservatisme religieux partout en Occident a des conséquences réelles et concrètes pour la population sur la possibilité d'exercer sans contraintes ses droits sexuels et reproductifs. Les mouvements politiques et religieux qui prônent une idéologie conservatrice sur le rôle des femmes dans la société, sur la contraception et sur le contrôle des naissances ont également comme projet politique la recriminalisation de l'avortement. Ces mouvements, que l'on appelle anti-choix, sont actifs au Québec et bénéficient de ressources financières considérables. Selon la dernière recension de la FQPN, entre 20 et 30 centre anti-choix sont présentement actifs au Québec. Ces centres sont un obstacle sérieux à l'accessibilité aux services d'avortements : par leur techniques de désinformations et de manipulation des personnes en situation d'ambivalence de grossesse, ils tentent d'influencer les personnes ambivalentes et contribuent à restreindre les droits sexuels et reproductifs en les décourageant de choisir l'avortement.¹⁴

Cela peut avoir les impacts suivants :

- Rendre impossibles de faire un choix éclairé
- Poursuivre une grossesse alors que la personne ne se sent pas avoir les ressources nécessaires
- Retarder la prise de décision et ne plus avoir accès à l'avortement dans son région ou sa province parce que le délai est dépassée
- Créer de la détresse psychologique et une angoisse face à sa santé ou à sa fertilité future en donnant de fausses informations

4. Atteinte aux droits à l'accessibilité à des services en avortements adaptés pour personnes marginalisées

Plusieurs membres de la population québécoises qui sont déjà marginalisées vivent des obstacles supplémentaires pour l'obtention des services en avortement. Par exemple, les personnes en situations de handicaps ou à mobilité réduite n'ont pas accès à tous les

¹⁴ Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), *"Mieux comprendre les ressources conseil grossesse les ressources anti-choix au Québec"*, 2014, 47 p.

points de services. En effet, toutes les ressources en avortement ne disposent pas de rampes d'accès ou de toilettes et/ou d'ascenseurs adaptés. Aussi, pour les personnes qui ne bénéficient pas de la couverture du Régime d'Assurance Maladie (RAMQ) les coûts peuvent être prohibitif. Il n'est de plus pas possible d'avoir un service d'interprétation dans toutes les ressources. Les personnes trans ou non binaire peuvent également faire face à de la discrimination dans les services du réseaux de la santé¹⁵. Ces situations créent des barrières additionnelles dans l'exercice des droits sexuels et reproductifs pour une partie de la population qui est déjà marginalisée¹⁶

Recommandations concernant l'accès à l'avortement :

- 1) **Pour assurer la continuité des services** : que le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), en collaboration avec les facultés de médecine et les instances professionnelles concernées, s'assure que les étudiant·es en médecine et les étudiant·es appelées à devenir infirmier·es praticien·nes spécialisé·es reçoivent systématiquement une formation en planification des naissances et en avortement afin de garantir la relève des médecins pratiquants des avortements et d'avoir les effectifs médicaux nécessaire pour assurer la continuité des services à court, moyen et long terme en matière d'avortement;
- 2) **Concernant l'accès à la pilule abortive** : qu'à l'instar de tous les autres collègues médicaux provinciaux, le Collège des médecins du Québec reconnaisse aux médecins et aux infirmières praticiennes spécialisées leurs compétences à développer adéquatement leur pratique en avortement par médicament sans exiger de formation ou de stage particulier.
- 3) **Concernant les centres anti-choix et leur action de sabotage d'accès aux services:**
 - a) Sensibiliser la population à l'existence de ces centres anti-choix et à leurs objectifs politiques et religieux et travailler sur la déstigmatisation de l'avortement, entre autres, par l'éducation en milieu scolaire
 - b) Créer un site web gouvernemental sur l'avortement réalisé en partenariat avec la FQPN et les milieux de pratique qui offrent des services aux personnes en ambivalence de grossesse: www.avortement.qc.ca

¹⁵ Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) "*Services d'avortement adaptés aux réalités trans*", 2017, 36 p.

¹⁶ Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), *Bottin des ressources en avortement au Québec-2018*, 2018, 78 p.

-
- c) Créer un tutoriel en ligne sur l'avortement et la référence destiné aux professionnel·les et intervenant·es susceptibles d'interagir avec une clientèle faisant face à une grossesse imprévue ou non désirée dans une perspective inclusive de toutes les personnes concernées (à statut précaire, en situation de handicap, trans et non-binaires...)

4) Concernant l'accès aux services pour les personnes marginalisées:

- a) Assurer l'accessibilité universelle aux points de services en avortement aux personnes en situation de handicaps ou à mobilité réduite
- b) Que les personnes sans RAMQ puissent avoir accès aux services en avortements gratuitement
- c) Que les professionnel·les du réseau de la santé bénéficient de formation spécifique sur l'intervention auprès des personnes marginalisées afin d'éviter la reproduction d'une discrimination systémique et qu'ils-elles puissent offrir des services respectueux qui tiennent compte des besoins spécifiques de ces populations

Le droit à la reproduction et à l'expérience de la parentalité

Alors que le mouvement de défense pour les droits sexuels et reproductifs se concentrait sur l'accessibilité à la contraception et le droit à l'avortement, d'autres membres de la population du québécoise étaient laissés pour compte dans leur désir d'accéder ou d'exercer leur parentalité. En effet, la possibilité de donner naissance et d'élever des enfants n'est pas une évidence pour de nombreux groupes marginalisés. Pour les personnes des Premières Nations, Inuit ou Métis, pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes d'orientations sexuelles autre qu'hétérosexuelle, les compétences parentales ou même le droit même à la parentalité sont souvent remis en question par des normes sociales et culturelles racistes, capacitistes et hétéronormatives.

Nous ne souhaitons pas prendre la parole à la place de ces groupes ou de ces personnes, ni à émettre des recommandations en leur noms. Mais nous tenons à mentionner et reconnaître l'existence d'une discrimination à leur égard et nous encourageons le rapporteur à écouter les recommandations spécifiques issus des membres de ces communautés.

1. Atteinte aux droits à la parentalité pour personnes autochtones

Si la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec* devrait remettre son rapport en septembre 2019, un constat demeure : Actuellement, les enfants des Premières Nations, Inuit ou Métis (PNIM) constituent près de la moitié de la population placée en famille d'accueil, alors que les PNIM ne représentent que 4,3 % de la population totale du Canada.¹⁷ En effet, les résultats de l'Enquête Nationale auprès des Ménages (ENM) ont révélé que 3,6 % des enfants autochtones âgés de 14 ans et moins (14 225) étaient des enfants en famille d'accueil, comparativement à 0,3 % des enfants non autochtones (15 345).¹⁸ Certaines études démontrent en effet *“que les signalements impliquant des familles des Premières Nations sont plus susceptibles d'être retenus, que les enfants sont deux fois plus à risque que les non-Autochtones d'être placés en milieu extrafamilial, et que les cas traités sont plus enclins à être judiciairisés”*¹⁹ Nous considérons que cette situation est inacceptable et qu'elle est possiblement symptomatique d'une discrimination systémique envers les membres des Première Nations des Inuits et de Métis. Cette discrimination a un impact négatif quant à la possibilité d'exercer leur parentalité.

2. Atteinte aux droits à la reproduction et à la parentalité pour personnes en situation de handicap physique

Les personnes en situation de handicap, parce qu'elles sont perçues comme étant asexuées et incapables d'être parents, peuvent être contraintes à la stérilisation, à l'avortement ou au retrait de leurs enfants par les services de protection de la jeunesse. Les personnes en situation de handicap peuvent même subir des violences, que ce soit physique, psychologique ou obstétricales, qui peuvent survenir dès la grossesse. On

¹⁷ Fédération du Québec pour le Planning des Naissances (FQPN), *“Un pas vers la justice reproductive”*, Montréal, 2014, 31 p.

¹⁸ Statistiques Canada, *“Enquête Nationale auprès des Ménages (ENM)”*, <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.cfm>, (page consultée le 01 novembre 2018)

¹⁹ Croteau, K.. *“État des connaissances sur les enjeux relatifs à l'exercice de la parentalité des mères autochtones en situation de protection de la jeunesse”* Université de Montréal, INTERVENTION 2017, numéro 145 : 53-62
Sinclair, R.. *« The Indigenous Child Removal System in Canada : An Examination of Legal Decision-Making and Racial Bias »*, First Peoples Child and Family Review, 2016, vol. 11, no 2.

dénotent que les personnes en situation de handicap peuvent également vivre des traumatismes graves et ne reçoivent peu de soutien psychologique.

Par exemple : “Les mères en situation de handicaps rapportent que les professionnels de la santé leur suggèrent de mettre un terme à leur grossesse dès qu’elles en ont l’information. Aussi, les mères vivant en situation de handicaps vivent la menace de la perte de leur enfants, les obstacles à l’adoption, le fait de ramener leur enfant à la maison et le fait de maintenir la garde de leur enfants après une séparation ou un divorce.”²⁰

3. Atteinte aux droits à la reproduction et à la parentalité pour personnes de la communauté LGBTQ+

Selon la Coalition des Familles LGBT “Des milliers d’enfants au Québec vivent dans des familles avec parents lesbiens, gais, bisexuels et trans (LGBT). Les familles LGBT sont parfois absentes des représentations sociales de la famille et de l’image globale de la diversité familiale au Québec. L’exclusion et le silence constituent les obstacles les plus fréquemment rencontrés par les membres d’une famille LGBT. Comme ces familles sont souvent invisibilisées, les pratiques ne sont pas toujours bien adaptées pour répondre à leurs besoins, ce qui pourrait avoir un impact significatif sur le bien-être des parents et, surtout, des enfants.”²¹

Recommandations concernant le droit à la reproduction et à la parentalité :

- 1) **Consulter les personnes des Premières Nations, Inuit ou Métis** afin d’élaborer des recommandations selon leurs besoins en matière de parentalité et de droits sexuels et reproductifs

- 2) **Concernant les personnes en situation de handicap :**
 - a) Consulter les personnes en situation de handicap afin d’élaborer des recommandations selon leurs besoins en matière de parentalité et de droits sexuels et reproductifs

²⁰ DisAbled Women's Network of Canada-Réseau d'action des femmes handicapées DAWN-RAFH Canada, *Fiche de faits : Les mères et le handicap*, 2015.

²¹ “Une place pour toutes les familles : Une formation pour créer des milieux plus inclusifs à la diversité sexuelle et de genre”

-
- b) Reconnaître les défis de la parentalité en situation de handicap en offrant un soutien financier adéquat pour soutenir les parents dans les soins à leur enfants.
- 3) **Consulter les personnes de la communauté LGBTQ+** afin d'élaborer des recommandations selon leurs besoins en matière de parentalité et de droits sexuels et reproductifs
 - 4) Que des images positives de parentalités "différentes" soient mise de l'avant dans tous les milieux, politiques, culturels et sociaux afin de favoriser une sensibilisation de la population québécoise à cette réalité.

Conclusion

La FQPN est d'avis que toute politique gouvernementale devrait viser à l'élimination des systèmes d'oppressions influencent négativement la santé et le bien être de tous.tes. En ce sens, elle croit que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit également tenir compte des inégalités de santé découlant de la situation sociale particulière des femmes, ce qu'on appelle communément les déterminants sociaux de la santé. La pauvreté, la violence et l'exclusion sont les trois principaux déterminants sociaux de la santé qui ont émergé d'une recherche terrain faite par la Chaire Claire-Bonenfant de l'Université Laval en collaboration avec le Fonds de soutien à l'innovation sociale de l'Université Laval et le Regroupement des groupes de femmes de la Capitale-Nationale, présentement en rédaction finale. Cette recherche démontre comment ces déterminants affectent particulièrement les femmes dans l'accès à des conditions de santé favorables.

En terminant, au delà des recommandations spécifiques, nous souhaitons que le gouvernement du Québec élabore de nouvelles Orientations ministérielles en matière de santé reproductive et sexuelle misant sur le développement de services de première ligne et sur la prévention, afin de s'assurer que des services de base en matière de planification des naissances soient offerts et accessibles à toutes les personnes, dans toute leur diversité, et ce, indépendamment de leur âge ou de leur statut socioéconomique.