



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

TABLE DES MATIÈRES

COORDONNÉES DE LA FQPN.....	3
PRÉSENTATION	4
APPUIS.....	4
INTRODUCTION	
La santé reproductive et sexuelle, une question d'égalité?.....	5
ORIENTATION 1 : POUR LA PROMOTION DE MODÈLES ET DE COMPORTEMENTS ÉGALITAIRES	
L'éducation à la sexualité : un besoin urgent.....	7
Changement prometteur à l'horizon, mais encore... ..	8
ORIENTATION 4 : POUR DES APPROCHES DE SANTÉ ADAPTÉES AUX SPÉCIFICITÉS DES FEMMES	
L'absence d'orientations ministérielles en matière de santé reproductive et sexuelle : un autre besoin urgent	9
Le droit à l'avortement : une lutte qui ne finit jamais	12
Les services d'avortement : des améliorations toujours nécessaires.....	14
L'accès à la contraception : pour la gratuité	14
Procréation assistée : un encadrement insuffisant, des enjeux toujours aussi grands.....	16
Le plan d'action en santé et bien-être des femmes	20
LES INSTRUMENTS POUR LA GOUVERNANCE.....	21
LE FINANCEMENT : UN DÉTERMINANT DE NOTRE CAPACITÉ D'ACTION	22
SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS DE LA FQPN	
Orientation 1 : Pour la promotion de modèles et de comportements égalitaires.....	23
Orientation 4 : Pour des approches de santé adaptées aux spécificités des femmes	23
Les instruments pour la gouvernance.....	25
Le financement.....	25

COORDONNÉES DE LA FQPN

Fédération du Québec pour le planning des naissances

110, rue Ste-Thérèse, bureau 405

Montréal (Québec)

H2Y 1E6

Téléphone : 514 866-3721

Télécopieur : 514 866-1100

Courriel : info@fqpn.qc.ca

PRÉSENTATION DE LA FQPN

La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) est un regroupement féministe d'éducation populaire et de défense de droits des femmes en matière de santé reproductive et de sexualité. La Fédération regroupe plus de 65 organismes communautaires et personnes préoccupées par ces questions. La FQPN est un organisme pro-choix et qui favorise le consentement éclairé face aux décisions concernant la maternité, la fertilité et la sexualité. Elle fait la promotion d'une approche féministe et globale de la santé, en plus de défendre le caractère public et universel du système de santé et de services sociaux.

Depuis bientôt 40 ans, la FQPN concentre ses actions sur les questions liées à la contraception, l'avortement, la procréation assistée, les services de planning des naissances, l'éducation sexuelle et la médicalisation de la santé reproductive des femmes. La FQPN est le seul organisme communautaire au Québec à travailler sur ces questions dans une perspective féministe afin de promouvoir la santé des femmes et leur bien-être, accroître leur capacité d'autodétermination et favoriser la justice reproductive et l'égalité entre les femmes et les hommes.

APPUI

La FQPN souhaite, dans un premier temps, souligner son appui à l'analyse et aux recommandations du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), dont nous sommes membres, ainsi que celles du Regroupement Naissance-Renaissance (RNR). Nous appuyons toutes les recommandations que ces groupes présentent dans le cadre de leurs mémoires respectifs, sans les reprendre ici. Le présent document portera surtout sur les questions touchant directement notre principal champ d'expertise, soit la santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité. La première partie fera donc état de nos principales recommandations à cet égard, en s'attardant principalement aux orientations 1 et 4 du document *Vers un deuxième plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes*. Puis, la deuxième partie de ce mémoire abordera les mécanismes de consultation, les instances de gouvernance et les besoins de financement.

INTRODUCTION

La santé reproductive et sexuelle, une question d'égalité?

La sexualité est au cœur de la vie et de l'identité de tous les êtres humains. Or, encore aujourd'hui, et bien que les choses changent tranquillement, ce sont encore surtout les femmes qui assument la responsabilité de la contraception dans le cadre des relations hétérosexuelles, ce sont elles qui vivent avec les contrecoups d'un échec de la contraception et ce sont elles qui se retrouvent le plus souvent à la tête d'une famille monoparentale¹. Ce sont surtout les femmes qui subiront les interventions médicales ou prendront des médicaments, indépendamment des raisons qui les poussent à recourir à la procréation assistée (infertilité masculine ou féminine, ou orientation sexuelle).

En fait, les différentes étapes de la vie reproductive et sexuelle des femmes les amènent à être les principales utilisatrices des services de santé et de médicaments (contraception, hormonothérapie de remplacement, dépistage par test de Pap, stimulation hormonale, etc.). Au cours de toute leur vie, les femmes auront à faire appel aux services de médecins, d'infirmières et autres intervenants en santé.

La santé reproductive et sexuelle implique, pour les femmes, qu'elles vivent dans un contexte leur permettant de vivre leur sexualité de façon positive et satisfaisante, d'avoir accès à des services et à des méthodes efficaces et sécuritaires afin de contrôler leur fertilité, d'avoir la capacité d'avoir des enfants ainsi que la liberté de décider de leur nombre et du meilleur moment dans leur vie pour élever une famille. Les services de santé reproductive et sexuelle doivent donc les soutenir sans jugement dans leurs choix face à leur corps et leur sexualité, tout en protégeant leur santé et leur contrôle sur leur fertilité.

La santé reproductive et sexuelle est aussi une question de droit, reconnue au niveau international depuis la Conférence internationale sur la population et le développement des Nations Unies tenue au Caire en 1994. Les droits reproductifs et sexuels y ont été reconnus dans ces termes :

« Les droits en matière de procréation... reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure

¹ En 2001, il y avait plus de 335 595 familles monoparentales au Québec, soit une famille sur quatre (27 %), et plus de 500 000 enfants. 267 570 d'entre elles (près de 80 %) étaient dirigées par une femme. Il s'agit d'une augmentation de 3 % du nombre de familles monoparentales depuis le recensement de 1996 ([Statistique Canada](#), 2001 et [FAFMRQ, 2006](#)). Source : Site Internet de la FAFMRQ.

santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme... »

De plus, le plan d'action découlant de la Conférence du Caire précise que :

Pour respecter ces droits, les gouvernements sont encouragés à faire en sorte que des informations complètes et factuelles de même que toute la gamme des services de santé en matière de reproduction, y compris la planification des naissances, soient accessibles, abordables et acceptables pour tous... Les gouvernements doivent s'efforcer de permettre l'accès aux services de santé en matière de reproduction à toutes les personnes par l'entremise de leur réseau de soins de santé. »

Rappelons ici que le Québec et le Canada sont signataires de ce plan d'action et qu'ils se doivent ainsi de voir au respect de ces engagements.

Plusieurs organismes internationaux, incluant l'Organisation mondiale pour la santé, WomenWatch² et le Fonds des Nations Unies pour la population, reconnaissent aussi que la santé, incluant la santé reproductive, est intimement reliée à l'égalité entre les sexes et l'autonomie des femmes. L'une influence et détermine l'autre. Cette perspective sur l'importance de la santé reproductive dans la question de l'égalité entre les sexes découle largement de la Conférence du Caire, mais aussi de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing tenue en 1995. Dans le document Déclaration et Programme d'action de Beijing, dont le Canada est signataire, on affirme que :

La reconnaissance et la réaffirmation expresses du droit de toutes les femmes à la maîtrise de tous les aspects de leur santé, en particulier leur fécondité, sont un élément essentiel du renforcement de leur pouvoir d'action.³

La possibilité de prendre des décisions en regard de leur vie reproductive et sexuelle et de leur maternité dans un contexte exempt de toutes contraintes, discriminations ou de toute pression, constitue l'un des fondements de l'autonomie des femmes, de leur sécurité, de leur intégrité physique et de leur capacité à se réaliser. Cette possibilité constitue un déterminant essentiel de

² WomenWatch est un portail de l'Organisation des nations unies (ONU) pour de l'information et des ressources au sujet de la promotion de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes à travers le système de l'ONU.

³ Annexe 1, Déclaration de Beijing : article 17.
www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf.

leurs conditions de vie. En fait, c'est l'une des conditions essentielles à l'atteinte de l'égalité de droit et de fait entre les femmes et les hommes.

ORIENTATION 1 : POUR LA PROMOTION DE MODÈLES ET DE COMPORTEMENTS ÉGALITAIRES

L'éducation à la sexualité : un besoin urgent

L'orientation 1 du plan d'action gouvernemental 2007-2010 pour l'égalité entre les femmes et les hommes, découlant de la politique intitulée *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, a pour but de contrer la division traditionnelle des rôles sexuels renforcée par les stéréotypes sexistes en promouvant des modèles et des comportements égalitaires. Le dernier plan d'action conviait les milieux de l'éducation, de la culture, des médias et du sport à participer à l'évolution des mentalités par la présentation de modèles égalitaires. Une des actions privilégiées pour ce faire soulignait ainsi la nécessité d'inclure l'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires et lors des formations offertes au personnel des écoles.

L'éducation à la sexualité demeure un enjeu important dans le contexte du Québec, car depuis la réforme scolaire en 2001, elle a été transformée d'un cours obligatoire à une « discipline interdisciplinaire ». Elle ne relève toujours pas d'une seule matière ou d'un seul intervenant, mais devient la responsabilité d'un ensemble de partenaires. Au lieu de souligner la nature transversale de la sexualité et sa pertinence à travers une diversité de matières enseignée à l'école, tel qu'il avait été souhaité, cette transformation a fait de l'éducation à la sexualité une activité volontaire et aléatoire. Tout le personnel enseignant peut être mis à contribution, sans pour autant être formé, ni outillé pour ce faire.

En attendant la réinstauration d'un programme d'éducation à la sexualité, nous assistons depuis de nombreuses années à une importante recrudescence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Le *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*⁴ publié en 2010 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) démontre une augmentation choquante des ITSS, surtout chez les jeunes, au cours des dernières années. Le rapport a dévoilé qu'en 2010, environ 15 000 nouveaux cas de chlamydie seront déclarés, principalement chez les jeunes de 15 à 24 ans⁵. Le rapport a aussi dévoilé que de 2004 à 2008, l'augmentation du nombre de cas déclarés de gonorrhée a été 5 fois plus importante chez les femmes, en majorité les jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans. Le fait

⁴ publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf

⁵ Le MSSS, dans son Quatrième rapport, précise que les infections par chlamydie connaissent une hausse importante depuis 1997. Au cours de la dernière décennie, plus de 100 000 cas ont été déclarés. On y précise que la chlamydie et la gonorrhée font des ravages chez les jeunes (p. 6).

que surtout les jeunes soient affectés par cette « épidémie silencieuse » souligne la nécessité de mettre plus d'efforts à les outiller afin de protéger leur santé.

L'éducation à la sexualité n'est pas seulement nécessaire à cause de l'épidémie des ITSS, elle est aussi essentielle au développement toutes les Québécoises et tous les Québécois. L'éducation en général a pour but la formation personnelle et sociale, ainsi que le développement des individus. Elle est reconnue comme un droit social et collectif, car toutes et tous ont le droit d'y avoir accès pour le bien-être de notre société. L'éducation sexuelle fait partie de ce droit social et collectif, la vie sexuelle étant essentielle au développement de l'identité et des relations sociales. Sa responsabilité doit donc être assumée par la collectivité en plus de l'être par la famille. Elle doit donc faire partie du programme d'éducation publique et être accessible à toutes et à tous.

En matière d'égalité entre les hommes et les femmes, l'éducation à la sexualité est un rare lieu où nous pouvons intervenir au niveau des mythes et stéréotypes sexistes et hétérosexistes ancrés dans les relations sexuelles et amoureuses. C'est un des seuls domaines permettant aux jeunes de développer leur analyse critique sur comment les stéréotypes sexistes, hétérosexistes, racistes et discriminatoires envers les personnes handicapées influencent leur identité et leurs pratiques sexuelles. Par exemple, les femmes handicapées sont trop souvent représentées comme asexuées et dans l'incapacité d'avoir des enfants. Il faut donc offrir des images qui contrent ce portrait limité et limitant, et lutter contre la discrimination envers elles lors des cours d'éducation sexuelle. À l'instar du Conseil du Statut de la femme, nous reconnaissons les cours d'éducation à la sexualité comme un facteur essentiel dans le développement des rapports sociaux de sexe exempts de stéréotypes et basés sur le respect et l'égalité⁶.

Changement prometteur à l'horizon, mais encore...

Le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MÉLS) a récemment consulté divers groupes et organismes afin de définir une façon de réintégrer systématiquement des séances ou ateliers d'éducation à la sexualité dans nos écoles. Cette ouverture à la réinstauration d'un programme d'éducation à la sexualité donne raison d'être optimiste, le MÉLS reconnaissant ainsi les désavantages découlant de l'absence d'une approche cohérente et intégrée.

Par contre, le nouveau plan est toujours en train d'être défini et plusieurs enjeux restent à considérer. L'éducation à la sexualité a souvent été décriée par les jeunes comme étant répétitive et trop axée sur les aspects négatifs de la sexualité (grossesses non désirées et ITSS)

⁶ Conseil du Statut de la femme (2010). Mémoire 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 », p. 32.

ou sur les aspects mécaniques de la contraception. Selon Marie-Andrée Bossé⁷, « ... le discours préventif sur les relations sexuelles adolescentes semble davantage centré sur le “comment” des relations sexuelles au détriment des éléments affectifs et psychosociaux qui y sont rattachés. » Pour parler de sexualité de façon à intéresser les jeunes et à répondre à leurs préoccupations, il faut aller au-delà des aspects techniques et miser davantage sur les dimensions pratiques, affectives, psychosociales et relationnelles liées à leur vie sexuelle. Cela inclut, notamment, une approche intersectionnelle qui reconnaît comment le genre, le sexe, l’orientation sexuelle, la culture, la classe socioéconomique, et les capacités physiques et mentales influencent la réalité sexuelle et reproductive de chacun. Face à toute la complexité de nos identités et de nos réalités, il faut des séances à la fois obligatoires et assez flexibles pour pouvoir répondre aux besoins spécifiques et aux préoccupations des jeunes.

C’est pourquoi la **Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande** :

- **Que le MÉLS et le MSSS instaurent un programme d’éducation à la sexualité, dès le primaire, qui encourage les rapports égalitaires et non violents, dans une perspective non sexiste et non hétérosexiste, et collée à la réalité et aux préoccupations des jeunes;**
- **Que le MÉLS et le MSSS facilitent la collaboration intersectorielle, incluant la participation des organismes communautaires jeunesse et des groupes qui travaillent pour l’égalité entre les sexes, afin de définir le contenu de ce programme d’éducation à la sexualité;**
- **Que le gouvernement accorde l’importance et le soutien financier nécessaires à l’éducation à la sexualité autant dans les écoles que dans les services de santé et les organismes communautaires.**

ORIENTATION 4 : POUR DES APPROCHES DE SANTÉ ADAPTÉES AUX SPÉCIFICITÉS DES FEMMES

L’absence d’orientations ministérielles en matière de santé reproductive et sexuelle : un autre besoin urgent

L’orientation 4 du plan d’action gouvernemental 2007-2010 pour l’égalité entre les femmes et les hommes parle de la nécessité de développer des approches de santé adaptées aux spécificités des femmes et fait référence à différentes politiques et objectifs ministériels en matière de santé des femmes. Or, d’emblée, nous ne pouvons passer sous silence le fait qu’il n’existe en ce moment aucune politique ni plan d’action en matière de santé reproductive et

⁷ Bossé, M-A. (2002). Les relations sexuelles adolescentes. Est-ce banal? *Le petit Magazine. Printemps 2002*. 6 p.

sexuelle au Québec. Les dernières *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, qui datent de 1996, sont désuètes et ne sont plus appliquées.

L'absence de directives et de priorités gouvernementales en la matière pourrait laisser croire que la question de la santé reproductive et sexuelle n'est pas prioritaire pour le MSSS. Pourtant, le gouvernement a récemment investi des sommes colossales dans les questions en lien avec la santé reproductive des femmes. Pensons notamment aux 75 millions de dollars investis dans les trois premières années de la campagne de vaccination contre le VPH, aux 80 millions de dollars estimés pour la couverture des services de fécondation *in vitro*, ou aux 13 millions de dollars devant être remboursés par le gouvernement à la suite du recours collectif en matière d'accès gratuit aux services d'avortement.

Malgré l'importance des sommes y ayant été allouées, ces divers programmes semblent avoir été instaurés de façon aléatoire. En fait, l'absence d'orientations ministérielles ne permet pas le développement d'une vision globale et cohérente. Nous n'avons pas de portrait à jour de la situation, ni de façon de déterminer les besoins et les priorités, ni la possibilité d'identifier les meilleures façons d'intervenir en fonction des ressources disponibles. Cet état de fait conduit à des mesures appliquées à la pièce, incohérentes, et qui parfois vont à l'encontre les unes des autres. À cet effet, les exemples abondent.

L'absence de programme d'éducation sexuelle dans les écoles a retiré aux étudiants leur première source d'information sur la sexualité⁸, alors que par ailleurs, on s'inquiète du phénomène de sexualisation de l'espace public, des grossesses non désirées à l'adolescence, des taux d'avortement et de l'augmentation fulgurante des ITSS.

Le MSSS lui-même le reconnaît : les ITSS ont reçu moins d'attention dans les dernières années que dans les décennies précédentes.⁹ À titre comparatif, le Québec investit 20 millions \$ par année dans la prévention de l'ensemble des ITSS (qui affectent quelque 40 000 Québécois et Québécoises — surtout des jeunes) alors que la campagne de vaccination contre le VPH, qui permettra de prévenir le cancer du col de l'utérus affectant près de 280 Québécoises par année, coûte environ 45 millions annuellement.

Même vaccinées, les femmes devront toujours recourir au dépistage du col de l'utérus par test de Pap. Or, il n'existe pas encore, à l'heure actuelle, de stratégie organisée ni de lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus au Québec. Ainsi, le taux de Québécoises participant à ce dépistage est le plus bas au Canada¹⁰. Ceci signifie que plus de

⁸ Source : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>.

⁹ *Ibid*, p. 4.

¹⁰ INSPQ (2007) *Prévention par la vaccination des maladies attribuables aux virus du papillome humain au Québec*, p.23

725 000 femmes de plus de 18 ans n'ont pas subi de test de Pap depuis les trois dernières années ou n'en ont jamais eu¹¹.

Alors que les ITSS augmentent de façon fulgurante, et que le dépistage se doit d'être amélioré, de même que l'accès à un médecin de famille pour ce faire, le MSSS investit-il dans les stratégies les plus efficaces ou les plus rentables?

La chlamydie – qui touchera à elle seule plus de 15 000 personnes en 2011 – et la gonorrhée – qui augmente en flèche chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans – constituent des facteurs de risque pouvant mener à l'infertilité. Ici aussi, le MSSS reconnaît que « Les séquelles associées à l'infertilité sont considérables pour les individus et les couples. Cette conséquence pourrait se traduire par une demande accrue de services de procréation assistée, avec les coûts financiers que cela comporte pour la collectivité. »¹²

Pourtant, plutôt que d'investir dans la prévention de l'infertilité, le gouvernement a préféré investir dans les services de fécondation *in vitro* de troisième ligne, et ce, malgré le manque d'obstétriciens gynécologues décrié dans toutes les régions. Soulignons aussi qu'au Québec, les services de première ligne en infertilité sont quasi-inexistants.

Du manque d'orientation ministérielle découle également l'effritement des services de planification des naissances offerts dans le réseau public de la santé et des services sociaux, effritement que nous observons depuis le début des années 1990. Notre recensement des services offerts effectué en 2008 révèle en effet que seulement 40 % des établissements du réseau de la santé offrent l'un ou l'autre des cinq volets de base des services de planning des naissances (contraception, avortement, stérilisation, infertilité, ITSS). Moins de 4 % offrent l'ensemble des services de façon intégrée.

Sur les 120 établissements qui offrent des services d'avortement (soit 25 % des installations du réseau), seulement 40 pratiquent l'intervention comme telle. Une proportion encore moindre d'entre eux, soit 24 %, offrent des services de contraception. Les services de stérilisation sont offerts dans 19 % des établissements, et seulement trois points de service offrent le soutien à la prise de décision. Enfin, moins de 4 % des établissements offrent des services en lien avec l'infertilité¹³.

Le manque de lignes directrices a aussi pour conséquence une très grande variation dans l'offre de services d'un établissement à l'autre, ou d'une région à l'autre. En effet, le choix des services offerts semble être laissé entièrement à la discrétion des professionnels en place (médecins ou

¹¹ Statistique Canada – Indicateurs de santé. No au catalogue 82-221, vol. 2004 n°1.

¹² MSSS (2010). *ITSS : L'épidémie silencieuse. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, p. 16.

¹³ FQPN (2008). *Répertoire des services de santé reproductive et sexuelle*.

infirmières) et certains endroits ne publicisent pas tous les services offerts de façon à éviter les débordements. D'autres en limitent l'accès à certains groupes d'âge, faute de ressources humaines et financières adéquates. En réalité, alors que les femmes de tous âges ont besoin de ces services, la grande majorité des établissements (90 %) qui les offrent les réservent à une clientèle jeunesse¹⁴.

L'absence de politique ou d'orientations en matière de santé reproductive et sexuelle ne permet pas le développement d'une véritable approche globale, transversale et intersectionnelle cohérente. Cet état de fait ne permet pas non plus de répondre aux obstacles qui subsistent dans l'accès aux services pour certaines femmes, tels que les obstacles linguistiques auxquels se butent les femmes immigrantes et le manque de services adaptés pour les femmes handicapées, de l'entrée de l'établissement à la table pour les examens gynécologiques. À l'heure actuelle, aucune attention n'est accordée aux besoins spécifiques des femmes handicapées, immigrantes ou vivant de multiples discriminations en lien avec leur vie sexuelle et reproductive. Pourtant, la santé reproductive et sexuelle joue un rôle central, comme nous l'avons vu plus tôt, dans la capacité d'autodétermination des femmes et l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes.

C'est pourquoi la **Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande** :

- **Que le MCCCQ encourage le MSSS à élaborer 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 femmes, dans toute leur diversité, et ce, indépendamment de leur âge ou de leur statut socioéconomique.**

Le droit à l'avortement : une lutte qui ne finit jamais

Le droit à l'avortement est certainement un des fondements du droit à la sécurité et à l'intégrité physique des femmes, et un des facteurs essentiels à leur égalité aux hommes. Au Québec, le droit à l'avortement est largement reconnu et respecté, en attestent les réactions consensuelles – dont celle de la ministre de la Condition féminine, Christine St-Pierre – pour dénoncer les propos récents du Cardinal Ouellet en matière d'avortement. En atteste également la motion de l'Assemblée nationale du 19 mai 2010 réaffirmant le droit des femmes au libre choix et demandant au gouvernement Harper de mettre fin à l'ambiguïté qui subsiste relativement à cette question. Soulignons que cette motion réaffirmait également que « le fait de soutenir le

¹⁴ FQPN (2001). *Le planning des naissances au Québec : portrait des services et paroles de femmes*.

droit des femmes à l'avortement ne doit en aucun cas être invoqué par le gouvernement fédéral pour couper les subventions aux groupes de femmes. »

Cela dit, le Québec n'est pas entièrement à l'abri du courant anti-choix, un mouvement très influent aux États-Unis et de plus en plus présent sur la scène politique fédérale et au Canada. En effet, depuis 2006, la FQPN constate l'accroissement des menaces au droit à l'avortement par l'entremise notamment de nombreux projets de loi qui visent des reculs importants dans l'exercice du libre choix. En fait, nous constatons l'expression de ce mouvement ici même au Québec avec l'émergence, depuis quelques années, de plus d'une vingtaine de centres d'aide à la grossesse anti-choix¹⁵. Ces centres, qui se présentent souvent comme un service neutre de soutien aux femmes enceintes, ont des visées opposées à l'avortement et visent à dissuader les femmes d'y recourir. Ils n'indiquent pas toujours leur position anti-choix et donnent souvent des informations erronées aux femmes.

Voici quelques exemples de propos recensés lors d'une recherche¹⁶ réalisée auprès de ces centres : « la procédure est atroce », « les instruments de succion utilisés par ces médecins sont 30 fois plus puissants qu'un aspirateur domestique », « le bébé est pleinement développé à 12 semaines, donc l'avortement est un meurtre ». On y prétend également que les femmes qui avortent risquent de devenir stériles, de développer un cancer du sein ou encore, que la plupart des femmes regrettent leur avortement, ou que la vie des femmes qui choisissent d'interrompre leur grossesse est ensuite détruite.

La présence accrue de tels groupes au Québec constitue, à notre avis, un des principaux enjeux en matière de menace au droit à l'avortement.

C'est pourquoi **la Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :**

- **Que le MCCCFF finance la recherche sur l'émergence et les pratiques des centres d'aide à la grossesse anti-choix;**
- **Que le MCCCFF et le MSSS encouragent la mise en place d'un mécanisme de certification pro-choix.**

Et, à l'instar de la Fédération des femmes du Québec, **nous recommandons :**

- **Que les ministres québécois à la Condition féminine, aux Affaires intergouvernementales, ainsi qu'à la Santé et aux Services sociaux interviennent avec leurs collègues des autres provinces dans le but de mettre fin aux tentatives récurrentes de revenir sur le droit à l'avortement.**

¹⁵ FQPN et ACLC (2010). *Le point sur les services d'avortement au Québec.*

¹⁶ FQPN et ACLC (2010). *Le point sur les services d'avortement au Québec.*

Les services d'avortement : des améliorations toujours nécessaires

Le droit à l'avortement ne peut être exercé sans la possibilité de recourir à des services de qualité. En la matière, le Québec fait certainement l'envie de plusieurs provinces canadiennes et même de plusieurs pays dans le monde. Cependant, dans notre récente recherche intitulée *Le point sur les services d'avortement au Québec*, réalisée conjointement avec l'Association canadienne pour la liberté de choix (ACLC), nous faisons état des obstacles qui subsistent en matière d'accès aux services d'avortement. Nous avons entre autres constaté que les services d'information et de référence sont souvent problématiques et que les délais d'attente, qui représentent un véritable obstacle d'accès, excèdent les normes reconnues dans plus de 56 % des points de service. Alors qu'il faut agir le plus rapidement possible en matière d'avortement, des délais d'attente de 4 à 5 semaines peuvent toujours subvenir dans certains établissements ou lors de certaines périodes de pointes¹⁷. Enfin, la question de la relève médicale demeure une source de préoccupation. Au Québec, environ une cinquantaine de médecins pratiquent des avortements et ces derniers le font depuis souvent plus de 20 ou 30 ans, et plusieurs établissements ont de la difficulté à recruter les médecins formés pour la pratique de l'avortement.

Pour toutes ces raisons, la **Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :**

- **Que le MSSS explore la faisabilité de développer un site Web et une ligne 1-800 afin de faciliter la recherche et faire connaître les services d'avortement offerts, notamment par les réseaux public et communautaire, ainsi que les organismes de soutien pro-choix;**
- **Que le MSSS débloque les budgets nécessaires afin que l'ensemble des points de services d'avortement puisse respecter le délai d'attente maximal de deux semaines et avoir la flexibilité d'augmenter leur offre de service dans les périodes de pointe;**
- **Que le MSSS, en collaboration avec les instances professionnelles concernées, développe des stratégies afin d'encourager la formation et la relève de médecins pratiquant des avortements et d'avoir les effectifs médicaux nécessaires pour assurer la continuité des services à court, moyen et long termes.**

L'accès à la contraception : pour la gratuité

Le nouveau plan d'action en santé et bien-être des femmes fait état de la persistance des grossesses non planifiées et du recours aux interruptions volontaires de grossesses. Il propose

¹⁷ Selon les compilations de la FQPN découlant du *Bottin des ressources avortement 2010*, les délais d'attente peuvent être de 3 semaines dans 31 % des établissements, de 4 semaines dans 20 % des établissements et de 5 % dans 6 % des points de services d'avortement.

de « promouvoir les méthodes de contraception auprès de la clientèle jeunesse, de soutenir l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle adaptés aux jeunes, et la consolidation des services de planification des naissances dans le cadre du Programme national de santé publique. » Nous souscrivons à ces recommandations, quoique celles-ci demeurent incomplètes.

Ces dernières années, l'accès à la contraception a été amélioré par deux mesures, tout d'abord par l'implantation du programme d'ordonnance collective de la contraception hormonale, qui permet aux infirmières de prescrire ces méthodes pour une période de six mois. Cette mesure, bien que fort intéressante, demeure temporaire, car l'accès à un médecin de famille sera toujours nécessaire après six mois. De plus, elle mise seulement sur la contraception hormonale. Or, ces méthodes sont pratiques et efficaces, mais les femmes qui ne peuvent ou ne désirent pas y recourir sont aux prises avec un manque d'information et un manque d'options importants. La promotion de toutes les méthodes, sans exception, devrait être effectuée, car la meilleure méthode contraceptive pour une femme est celle qui lui convient le mieux. L'autre mesure, instaurée en 2001, consiste en l'accès accru à la contraception d'urgence en pharmacie. Cette mesure répond à un besoin important, car en 2006, plus de 67 000 contraceptions orales d'urgence ont été données en pharmacie. Soulignons également que 82 % des femmes qui y ont eu recours étaient âgées de plus de 18 ans¹⁸. L'accès accru à la contraception auprès des jeunes est certainement important, mais les mesures doivent également favoriser l'accès à la contraception pour les personnes de tous âges.

Ces deux mesures visent à pallier les obstacles d'accès à la contraception occasionnés par le manque de médecins de famille, d'information et de services de premières lignes. La bonification des services dans le réseau et la délégation d'actes médicaux à d'autres professionnels de la santé sont des enlignements à poursuivre. Devrait aussi être développé l'accès à ces services dans les ressources et organismes communautaires.

Ces mesures ne s'attaquent pas non plus à l'un des principaux obstacles à la contraception, soit le coût des méthodes contraceptives. Ceci est particulièrement vrai pour les jeunes et pour les femmes de tous âges vivant dans la pauvreté.

C'est pourquoi **la Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :**

- **Que le MSSS voit 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;**

¹⁸ MSSS (2010). *Au féminin, à l'écoute de nos besoins. Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013*, p. 51.

- **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, dont les intervenants des ressources et organismes communautaires;**
- **Que le MSSS poursuive ses efforts en vue d'accroître l'accès aux médecins de famille.**

Procréation assistée : un encadrement insuffisant, des enjeux toujours aussi grands

L'action 46 du premier plan d'action lié à la politique sur l'égalité incluait l'adoption d'un projet de loi visant notamment à *protéger* la santé des femmes utilisant des techniques de procréation assistée et à encadrer la recherche dans ce domaine. Dans le bilan de ce premier plan d'action, on modifie cet objectif en lui ajoutant maintenant la notion de « *faciliter* l'accès à la procréation assistée », ajout qui n'est discuté dans aucun autre document.

Le bilan fait état des derniers développements en matière de procréation assistée au Québec, dont l'adoption en juin 2009 du projet de loi no 26 visant à encadrer les activités cliniques et de recherche en lien avec la procréation assistée, et l'entrée en vigueur de deux règlements en août 2010, dont celui permettant la couverture de trois cycles de fécondation *in vitro*. On mentionne également que les corridors de services avec les centres de 3^e ligne seront précisés prochainement et que la réglementation des activités de recherche sera déposée ultérieurement.

Or, malgré l'adoption de ce cadre réglementaire longuement attendu et réclamé, les préoccupations de la FQPN demeurent entières. Notre organisme a toujours porté un regard critique sur ce champ d'activités, qui constitue une réponse médicale à un désir individuel d'enfant. Comme organisme de promotion de la santé reproductive, nous demeurons préoccupées par les conséquences sur la santé des femmes et des enfants de pratiques et de technologies lourdes, toujours en développement et souvent mal évaluées. Nous demeurons inquiètes des conséquences de la maternité à saveur technologique, de la commercialisation du matériel reproductif humain, de la marchandisation du corps des femmes, de l'instrumentalisation des enfants, de la science qui chamboule les règles du jeu naturel de la reproduction et aussi des dérives eugénistes pouvant découler de ces technologies et pratiques. Nous déplorons et demeurons outrées par le manque de véritables débats publics sur les multiples enjeux éthiques qui découlent de ces pratiques, et par l'influence qu'ont eu les enjeux politiques et la pression exercée par certaines personnalités publiques sur une question aussi importante que l'inclusion de la procréation assistée dans le panier de services de santé assurés par l'État. Cette décision nous semble davantage être à l'écoute d'intérêts politiques, économiques et biomédicaux, que basée sur un consensus social construit par des débats et un processus démocratique auprès de l'ensemble de la société québécoise.

La FQPN demeure préoccupée, car ni dans la loi, ni dans les règlements qui en découlent, on ne voit la mise en place de mesures visant à protéger la santé des femmes et des enfants qui sont issues de la procréation assistée. Aucune mesure permettant la collecte de données nécessaires au suivi des impacts à long terme du recours à ces technologies n'est prévue. De plus, toutes les techniques de procréation assistée, qu'elles soient novatrices ou pratiquées depuis plusieurs années, sont maintenant assurées. Ainsi, notre système de santé couvrira des techniques telles que la maturation d'ovules *in vitro*, jugée comme étant toujours expérimentale par la Commission d'éthique de la science et de la technologie¹⁹ et des techniques telles que l'ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïdes), soupçonnées de perpétuer les problèmes d'infertilité chez les enfants qui en sont issus.

Le fait que le programme gouvernemental exige la réduction du nombre d'embryons pouvant être transférés simultanément permettra certes de réduire l'incidence des grossesses multiples, un des principaux problèmes de santé associés à la procréation assistée. Par contre, la réglementation permet tout de même le transfert de plus d'un embryon dans certaines circonstances, et ce, surtout chez les femmes plus âgées. Par ailleurs, le problème des grossesses multiples en lien avec la stimulation ovarienne utilisée seule ou avec insémination artificielle n'est pas du tout considéré ni circonscrit, tout comme le suivi des problèmes de santé liés à la prise de médicaments, tels que le syndrome de l'hyperstimulation ovarienne.

Les activités de procréation assistée soulèvent aussi bon nombre d'enjeux éthiques. Or, en la matière, aucune des 19 recommandations de la Commission de l'éthique de la science et de la technologie (CEST) n'a été retenue dans les mécanismes d'encadrement de la pratique. Rappelons que la CEST a émis un avis intitulé *Éthique et procréation assistée : des orientations pour le don de gamètes et d'embryons, la gestation pour autrui et le diagnostic préimplantatoire* à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, après deux ans de travaux auxquels la FQPN avait participé.

La FQPN n'a pas accueilli favorablement l'entrée en vigueur de la gratuité des services de procréation assistée. Plusieurs commentateurs ont déploré l'absence de débat et le manque de rigueur du processus décisionnel menant à l'adoption d'une politique aussi coûteuse. Nous ne pouvons que rester perplexes devant le choix du gouvernement de financer des services qui permettent à quelques personnes de réaliser leur désir d'enfant, pendant qu'il impose du même souffle des taxes et contributions santé régressives à l'ensemble de la population québécoise afin d'assurer le financement des services de santé. Nous ne pouvons que rester perplexes devant le choix du gouvernement de financer ces pratiques et technologies médicales de 3^e ligne, alors que la première ligne en matière d'infertilité est quasi inexistante, et alors que le

¹⁹ CEST (2009). *Éthique et procréation assistée : des orientations pour les dons de gamètes et d'embryons, la gestation par autrui et le diagnostic préimplantatoire*, p. 15.

manque d'accès pour les femmes enceintes aux obstétriciens gynécologues, aux omnipraticiens accoucheurs et aux sages-femmes est décrié partout au Québec.

En mars 2009, le ministre de la Santé et des Services sociaux précisait lui-même que les services de santé de première ligne étaient la pierre angulaire des systèmes de santé les plus performants, les plus propices à une bonne santé de la population et les plus « efficaces » sous l'angle économique²⁰. Or, en matière d'infertilité, le ministre ne suit pas ses propres conseils. En finançant les essais de FIV, le ministre investit dans des technologies de pointe, lourdes, coûteuses et risquées pour la santé et envers lesquelles nous avons peu de recul, plutôt que dans les services de base à la population et dans la prévention de l'infertilité.

Il nous semble inconcevable d'encourager l'accès à la fécondation *in vitro* sans qu'autant d'efforts et d'argent ne soient investis dans la prévention, dans des campagnes d'information visant à informer les personnes sur les façons de protéger leur fertilité et dans la recherche de causes et de traitements réels de l'infertilité. De plus, des approches alternatives et naturelles devraient également être davantage encouragées.

On appréhende ainsi une augmentation des problèmes d'infertilité au Québec en raison de l'augmentation des ITSS, des risques d'exposition à différents polluants qui affectent le système reproducteur et de la tendance à reporter l'âge de la première grossesse. En effet, en 2003, l'âge moyen des femmes à la naissance de leur enfant se situait au Québec à 29,1 ans, l'âge le plus élevé observé au cours des trente dernières années. Or, voilà trois facteurs connus sur lesquels il serait possible d'intervenir en amont. Par exemple, le dépistage systématique de la chlamydie lors d'examen gynécologiques de routine pourrait prévenir l'une des principales causes connues de l'infertilité chez les femmes. L'encouragement la recherche sur les liens entre l'environnement et la fertilité favoriserait l'adoption de mesures visant à identifier et à éliminer les contaminants affectant la fertilité. Puis, l'offre aux étudiantes et aux couples dans la vingtaine des mesures socioéconomiques facilitant leur projet de fonder une famille telles qu'une plus grande assistance financière, un délai du remboursement de la dette étudiante ou l'amélioration des conditions de travail et du système de garderie serait une bonne réponse au report en âge de la première grossesse. Ne serait-il pas préférable de voir à l'instauration de mesures sociales adaptées au cycle de fertilité plutôt que d'adapter les cycles de fertilité et le corps des femmes aux courants sociaux?

Le discours justifiant la nécessité de financer les services de procréation assistée laisse souvent croire que ces techniques sont la SEULE option pour les personnes infertiles d'avoir ou non un enfant. Or, ce n'est jamais le cas. L'adoption existe aussi. En finançant les services de procréation assistée, le ministre de la Santé et des Services sociaux a déséquilibré l'équilibre qui

²⁰ QUÉBEC. « Le ministre Yves Bolduc annonce la mise en place d'une table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne ». Communiqué du 4 mars 2009.

existait entre ces deux possibilités. En effet, un crédit d'impôt de 50 % du total des frais liés à la fécondation *in vitro* ou des frais d'adoption, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, était en vigueur au Québec. Maintenant cependant, le choix de recourir à la fécondation *in vitro* devient plus attrayant financièrement comparativement à l'adoption internationale. En remboursant la fécondation *in vitro*, le gouvernement québécois semble favoriser l'option d'avoir des enfants issus de nos propres gènes, au détriment de l'adoption.

Enfin, la politique de financement des services de procréation assistée menace également le principe d'étanchéité entre la pratique médicale publique et privée – principe fondamental à la préservation et à l'intégrité du système public de la santé. La réglementation prévoit que les centres de procréation assistée devront regrouper exclusivement soit des médecins participants, soit des médecins non participants au régime public. Or, les premiers essais de fécondation *in vitro* offerts par les centres de procréation assistée composés uniquement de médecins non participants seront assurés et remboursés par le gouvernement. Ainsi, les médecins non participants pourraient, sans entente en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, être rémunérés par la RAMQ. Parallèlement, les médecins participants, après avoir effectué le nombre d'essais de fécondation *in vitro* assurés, pourront-ils charger des frais directement aux femmes pour les essais subséquents? Comme on le voit, l'inclusion des services de procréation assistée dans le panier de services assurés semble ouvrir de nombreuses brèches au principe d'étanchéité et au maintien nécessaire d'un mur entre la pratique médicale publique et privée. Ici, nous souscrivons entièrement aux préoccupations du Conseil du statut de la femme quant à la pratique des CMS qui pourraient contrevenir aux principes qui servent d'assises à notre système public de santé.

C'est pourquoi la **Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :**

- **Que le MSSS voie à la mise en place d'un mécanisme de collecte de données permettant la surveillance et l'évaluation à long terme de l'utilisation des techniques de procréation assistée sur la santé des femmes et des enfants qui en sont issus;**
- **Que le MSSS revoie la liste des pratiques et techniques de procréation assistée permises et que seules celles dont l'innocuité a été démontrée soient assurées et mises à la disposition du public;**
- **Que des mesures pour contrer le potentiel de commercialisation des fonctions reproductives des femmes et des gamètes humains soient prévues, notamment par des mesures visant à interdire la rémunération et la possibilité de gains financiers;**
- **Que des sommes importantes soient investies dans la prévention ainsi que dans la recherche des causes de l'infertilité et de l'évolution de cette condition au Québec;**
- **Que la prévention de l'infertilité devienne une des priorités du Programme national de santé publique;**

- **Que le MCCCCF favorise l’harmonisation et l’adoption de mesures pouvant faciliter le projet d’avoir un enfant au moment où la fertilité s’y prête le mieux, notamment dans le cadre d’élaboration de politiques familiales, périnatales ou de conciliation travail-famille-étude;**
- **Que le MCCCCF encourage le MSSS à mettre en place un plan d’action environnemental visant à identifier et à éliminer les contaminants susceptibles d’affecter la fertilité des femmes et des hommes;**
- **Qu’un véritable mécanisme de débat et de délibération publique sur les enjeux éthiques que soulève l’évolution de la pratique de la procréation assistée soit instauré et que la participation des groupes communautaires y soit soutenue.**

À l’instar du Conseil du statut de la femme, nous recommandons aussi :

- **Que le gouvernement du Québec empêche la pratique mixte;**
- **Que le MSSS mette l’accent sur le déploiement des services de premières lignes en matière de santé, notamment en infertilité, en se concentrant sur les organisations publiques et les organisations privées à but non lucratif, plutôt que sur les entreprises privées à but lucratif.**

Le plan d’action en santé et bien-être des femmes

Le deuxième plan d’action visant à promouvoir la santé et le bien-être des femmes a été publié en décembre 2010. Lors des consultations sur le document bilan en préparation à ce deuxième plan d’action, la FQPN, de concert avec d’autres groupes de femmes²¹, avait noté certaines lacunes, notamment : le manque d’approche globale, d’analyse différenciée selon les sexes et d’analyse intersectorielle des enjeux en santé des femmes, le manque d’attention aux menaces à l’accès universel et gratuit aux services de santé, le manque d’attention aux impacts sur la santé des femmes en lien avec la privatisation et la tarification accrues du système de la santé et des services sociaux. Enfin, presque aucun élément favorisant la participation des femmes et des groupes de femmes à la planification des politiques en santé n’y était prévu.

Bien que le temps de faire une analyse en profondeur manque, il semble que ces constats soient toujours de mise en ce qui concerne le deuxième plan d’action. En effet, ce plan continue de « regrouper l’ensemble des actions ministérielles ayant pour objet la santé des femmes », plutôt que de proposer des stratégies et des actions cohérentes pouvant se renforcer mutuellement et visant le développement d’une véritable approche globale et transversale de la santé des femmes. De plus, bien que l’importance de consulter les partenaires gouvernementaux et non

²¹ Les autres organismes sont, respectivement, le Réseau québécois d’action en santé des femmes (RQASF), le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR), l’R des centres de femmes et le Réseau des tables régionales de groupes de femmes.

gouvernementaux y soit soulignée, les actions de consultation prévues ne concernent que la participation à des comités interministériels ou coordonnés par d'autres partenaires gouvernementaux. Nous ne voyons ici aucune reconnaissance de l'expertise développée par les groupes de femmes, ni aucune intention de travailler de concert avec ces derniers. Or, le manque de mise en place de mécanismes de consultation avec les acteurs de la société civile, dans l'élaboration de politiques, de stratégies et de plans d'action, contribue à la fragilisation de l'espace démocratique. Sans de tels mécanismes, la voix et les préoccupations des femmes ne seront pas entendues.

C'est pourquoi **la Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :**

- **Que le MCCCCF initie un comité de travail interministériel et intersectoriel sur l'accessibilité, l'universalité, la gratuité et la qualité des services de première ligne en santé des femmes. Ce comité de travail réunirait minimalement des représentantes des groupes de femmes, des groupes en santé des femmes, du MCCCCF, du MSSS, du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du Territoire (MAMROT), du MÉLS et des Directions de la santé publique (DSP);**
- **Que le MCCCCF incite le MSSS à réaliser une politique gouvernementale en matière de santé des femmes avec des orientations claires qui intègrent une approche globale de la santé, une analyse différenciée selon les sexes (ADS), une analyse intersectionnelle et un renforcement des espaces de participation citoyenne. Cette politique se concrétisera dans un plan d'action national, de même que des plans d'action régionaux.**

LES INSTRUMENTS POUR LA GOUVERNANCE

À l'instar de plusieurs de nos collègues du mouvement des femmes, nous souhaitons ajouter notre voix en faveur du maintien et de la consolidation des principaux instruments de gouvernances liés au travail de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes au Québec. Nous souhaitons ainsi que le ministère de la Culture, Communications et Condition féminine (MCCCCF) cesse d'être rattaché à d'autres ministères et soit représenté par une ministre qui n'aurait que ce mandat à suivre. Il en va de même pour ce qui est du Secrétariat à la condition féminine. Enfin, il est primordial que le Conseil du statut de la femme préserve son indépendance en tant qu'instance de recherche et de production d'avis en matière de droit des femmes. La FQPN est à même de constater que les recherches et avis du Conseil se sont avérés, aux fils des ans, une contribution essentielle à l'avancement de dossiers tels que le droit à l'avortement et la procréation assistée. La diminution des ressources, qui affecte la capacité de recherche et d'intervention de la part du Conseil, doit cesser : au contraire, son rôle doit être renforcé.

À l'instar de nombreux groupes de femmes, la **Fédération du Québec pour le planning des naissances** recommande :

- **Que le gouvernement maintienne et renforce les instances actuelles;**
- **Que le ministère de la Condition féminine ne soit pas jumelé à d'autres ministères et que la promotion du droit des femmes à l'égalité soit le seul mandat de la ministre de la Condition féminine;**
- **Que le Secrétariat à la Condition féminine soit maintenu et le rôle de sa sous-ministre, renforcé;**
- **Que le Conseil du Statut de la femme soit maintenu et que son rôle soit renforcé;**
- **Que ces trois instances soient dotées de ressources humaines et financières à la hauteur de leur mission.**

LE FINANCEMENT : UN DÉTERMINANT DE NOTRE CAPACITÉ D'ACTION

Le premier plan d'action gouvernemental 2007-2010 pour l'égalité entre les femmes et les hommes, découlant de la politique intitulée *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* a permis certains gains parce qu'il était accompagné d'un budget en appui aux actions proposées et que plusieurs des actions ont été réalisées par ou en collaboration avec les groupes de femmes. Le financement récurrent, régulier et adéquat des groupes de femmes, est donc aussi essentiel à la concrétisation du plan d'action, et à la poursuite de notre marche collective vers l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes. Il est de notoriété publique que les groupes communautaires et les groupes de femmes sont sous-financés. Cependant, depuis quelques années, nous observons également la diminution du soutien au travail de recherche, de défense de droits et de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes. Certains groupes, surtout parmi nos consœurs canadiennes, ont vu leur financement retiré en raison de leur travail de défense des droits des femmes, dont le droit au libre choix.

Il est primordial, non seulement de poursuivre le soutien existant, mais encore de le bonifier. Ceci est particulièrement vrai pour les groupes de défense des droits des femmes, dont la survie financière devient un enjeu, comme pour la Fédération des femmes du Québec.

La Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :

- **Que le deuxième plan d'action soit accompagné d'un budget adéquat afin d'en assurer la concrétisation;**
- **Que les enveloppes de soutien aux groupes de femmes soient maintenues et bonifiées, notamment pour les organismes de défense des droits tels que la Fédération des femmes du Québec.**

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS DE LA FQPN

Orientation 1 : Pour la promotion de modèles et de comportements égalitaires

La Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :

- Que le MÉLS et le MSSS instaurent un programme d'éducation à la sexualité, dès le primaire, qui encourage les rapports égalitaires et non violents, dans une perspective non sexiste et non hétérosexiste, et collée à la réalité et aux préoccupations des jeunes;
- Que le MÉLS et le MSSS facilitent la collaboration intersectorielle, incluant la participation des organismes communautaires jeunesse et des groupes qui travaillent pour l'égalité entre les sexes, afin de définir le contenu de ce programme d'éducation à la sexualité;
- Que le gouvernement accorde l'importance et le soutien financier nécessaires à l'éducation à la sexualité autant dans les écoles que dans les services de santé et les organismes communautaires.

Orientation 4 : Pour des approches de santé adaptées aux spécificités des femmes

La Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :

- Que le MCCCC encourage le MSSS à élaborer 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 femmes, dans toute leur diversité, et ce, indépendamment de leur âge ou de leur statut socioéconomique;
- Que le MCCCC finance la recherche sur l'émergence et les pratiques des centres d'aide à la grossesse anti-choix;
- Que le MCCCC et le MSSS encouragent la mise en place d'un mécanisme de certification pro-choix;
- Que les ministres québécois à la Condition féminine, aux Affaires intergouvernementales, ainsi qu'à la Santé et aux Services sociaux interviennent avec leurs collègues des autres provinces dans le but de mettre fin aux tentatives récurrentes de revenir sur le droit à l'avortement;
- Que le MSSS explore la faisabilité de développer un site Web et une ligne 1-800 afin de faciliter la recherche et faire connaître les services d'avortement offerts, notamment par les réseaux public et communautaire, ainsi que les organismes de soutien pro-choix;

- Que le MSSS débloque les budgets nécessaires afin que l'ensemble des points de services d'avortement puisse respecter le délai d'attente maximal de deux semaines et avoir la flexibilité d'augmenter leur offre de service dans les périodes de pointe;
- Que le MSSS, en collaboration avec les instances professionnelles concernées, développe des stratégies afin d'encourager la formation et la relève de médecins pratiquant des avortements et d'avoir les effectifs médicaux nécessaires pour assurer la continuité des services à court, moyen et long termes;
- Que le 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;
- 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, dont les intervenants des ressources et organismes communautaires;
- Que le MSSS poursuive ses efforts en vue d'accroître l'accès aux médecins de famille;
- Que le MSSS voit à la mise en place d'un mécanisme de collecte de données permettant la surveillance et l'évaluation à long terme de l'utilisation des techniques de procréation assistée sur la santé des femmes et des enfants qui en sont issus;
- Que le MSSS revoie la liste des pratiques et techniques de procréation assistée permises et que seules celles dont l'innocuité a été démontrée soient assurées et mises à la disposition du public;
- Que des mesures pour contrer le potentiel de commercialisation des fonctions reproductives des femmes et des gamètes humains soient prévues, notamment par des mesures visant à interdire la rémunération et la possibilité de gains financiers;
- Que des sommes importantes soient investies dans la prévention ainsi que dans la recherche des causes de l'infertilité et de l'évolution de cette condition au Québec;
- Que la prévention de l'infertilité devienne une des priorités du Programme national de santé publique;
- Que le MCCCC favorise l'harmonisation et l'adoption de mesures pouvant faciliter le projet d'avoir un enfant au moment où la fertilité s'y prête le mieux, notamment dans le cadre d'élaboration de politiques familiales, périnatales ou de conciliation travail-famille-étude;
- Que le MCCCC encourage le MSSS à mettre en place un plan d'action environnemental visant à identifier et à éliminer les contaminants susceptibles d'affecter la fertilité des femmes et des hommes;
- Qu'un véritable mécanisme de débat et de délibération publique sur les enjeux éthiques que soulève l'évolution de la pratique de la procréation assistée soit instauré et que la participation des groupes communautaires y soit soutenue;
- Que le gouvernement du Québec empêche la pratique mixte;
- Que le MSSS mette l'accent sur le déploiement des services de premières lignes en matière de santé, notamment en infertilité, en se concentrant sur les organisations

- publiques et les organisations privées à but non lucratif, plutôt que sur les entreprises privées à but lucratif;
- Que le MCCCFF initie un comité de travail interministériel et intersectoriel sur l'accessibilité, l'universalité, la gratuité et la qualité des services de première ligne en santé des femmes. Ce comité de travail réunirait minimalement des représentantes des groupes de femmes, des groupes en santé des femmes, du MCCCFF, du MSSS, du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du Territoire (MAMROT), du MÉLS et des Directions de la santé publique (DSP).

Les instruments pour la gouvernance

La Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :

- Que le MCCCFF incite le MSSS à réaliser une politique gouvernementale en matière de santé des femmes avec des orientations claires qui intègrent une approche globale de la santé, une analyse différenciée selon les sexes (ADS), une analyse intersectionnelle et un renforcement des espaces de participation citoyenne. Cette politique se concrétisera dans un plan d'action national, de même que des plans d'action régionaux;
- Que le gouvernement maintienne et renforce les instances actuelles;
- Que le ministère de la Condition féminine ne soit pas jumelé à d'autres ministères et que la promotion du droit des femmes à l'égalité soit le seul mandat de la ministre de la Condition féminine;
- Que le Secrétariat à la Condition féminine soit maintenu et le rôle de sa sous-ministre, renforcé;
- Que le Conseil du Statut de la femme soit maintenu et que son rôle soit renforcé;
- Que ces trois instances soient dotées de ressources humaines et financières à la hauteur de leur mission.

Le financement

La Fédération du Québec pour le planning des naissances recommande :

- Que le deuxième plan d'action soit accompagné d'un budget adéquat afin d'en assurer la concrétisation;
- Que les enveloppes de soutien aux groupes de femmes soient maintenues et bonifiées, notamment pour les organismes de défense des droits tels que la Fédération des femmes du Québec.