



Le seul organisme politique pancanadien de défense du libre choix

B.P. 2663, succ. princ., Vancouver (C.-B.) V6B 3W3 • info@arcc-cdac.ca • www.arcc-cdac.ca

Prise de position No 5

La pénurie de médecins pratiquant l'avortement au Canada : aujourd'hui et demain

Depuis la décision Morgentaler de 1988, il n'y a pas de lois qui restreignent les services d'avortement au Canada, et en théorie l'avortement est traité comme toute autre procédure médicalement nécessaire. Malheureusement, pour des millions de femmes ainsi que des personnes transgenres, l'accès à l'avortement est loin de satisfaire aux normes de la Loi canadienne sur la santé. À la base de cette insuffisance se trouve une pénurie de professionnels de la santé ayant reçu la formation nécessaire pour offrir des services d'avortement sécuritaires et légaux, ainsi que les soins qui entourent l'avortement.

Obstacles géographiques et politiques

Le Canada est le deuxième plus vaste pays au monde; si ces vastes étendues de terre caractérisent notre pays, elles forment un obstacle formidable à l'accès à des soins médicaux complets. Même si la majorité des Canadiens vivent à moins de 250 km de la frontière américaine, les services d'avortement sont concentrés dans les grands centres urbains. Actuellement, les services d'avortement de premier trimestre sont disponibles dans toutes les provinces et tous les territoires, mais dans plusieurs villes et banlieues du Canada, les femmes et les personnes transgenres doivent se déplacer sur 50 km ou plus pour obtenir des services d'avortement. Dans les endroits plus isolés, ces distances peuvent facilement atteindre et dépasser plusieurs centaines de kilomètres¹. Par exemple, au Yukon, le seul fournisseur de services d'avortement est l'hôpital général de Whitehorse.

Présentement, seulement un hôpital canadien sur six offre des services d'avortement². Plusieurs facteurs expliquent ce petit nombre, mais une des raisons les plus importantes est la pénurie de professionnels de la santé qui offrent ces services, particulièrement dans les communautés plus petites et dans les régions nordiques. Au Canada, environ deux avortements sur 3 ont lieu dans des cliniques spécialisées³, mais celles-ci ne sont situées que dans les grandes villes. Hors de ces grands centres urbains, la plupart des personnes dépendent des hôpitaux. Si un hôpital accepte d'offrir des services d'avortement (et plusieurs ne le font pas), ils doivent trouver un médecin disposé à effectuer la procédure dans leur collectivité. Hors des grands centres, il est souvent impossible de trouver un médecin qui puisse et veuille effectuer des avortements, à cause du stigmate encore lié à l'avortement, de la peur d'être connu et ciblé par des militants anti-choix dans une petite communauté, et du manque de formation spécifique sur l'avortement dans les écoles de médecine⁴.

De plus, les médecins qui travaillent dans des hôpitaux catholiques (hors du Québec, pour le moins) n'ont pas le droit d'effectuer des avortements; au fur et à mesure que les hôpitaux fusionnent, la doctrine catholique anti-choix en vient à dominer les nouvelles politiques hospitalières. Environ 12 % de tous les hôpitaux au Canada sont d'allégeance catholique. De plus, les professionnels de la santé au Canada peuvent refuser de fournir des avortements pour des raisons personnelles ou religieuses, et ne sont même pas obligés d'aiguiller les patients de manière appropriée, sauf en Ontario, ce qui restreint encore davantage l'étendue des soins liés à l'avortement⁵.

Manque de services d'avortement de deuxième trimestre

Les procédures de deuxième trimestre sont disponibles dans un très petit nombre d'établissements au pays. En 2019, environ 11 % des avortements en milieu hospitalier⁶ ont lieu entre 12 et 20 semaines de gestation au Canada, et à peine 1,3 % ont lieu après 20 semaines. La plupart des personnes qui mettent fin à leur grossesse après 12 semaines le font pour des raisons diverses, mais toutes impérieuses. Par exemple, c'est souvent en raison de résultats erronés d'un test de grossesse, ou d'un manque d'accès à des services d'avortement de premier trimestre. D'autres femmes se trouvent dans des circonstances sociales désespérées, telles qu'une relation abusive, ou sont des adolescentes très jeunes qui ont retardé le recours au service d'avortement parce qu'elles refusaient d'admettre leur grossesse.

Il arrive aussi que certaines personnes reçoivent un diagnostic foetal inattendu, par exemple une malformation congénitale, qui met en danger la santé du parent ou de l'enfant si la grossesse est menée à terme. On parle d'« interruptions génétiques » pour désigner les avortements pratiqués dans ce contexte. Avec les technologies actuelles de dépistage maternel, ces malformations sont habituellement repérées au deuxième trimestre de grossesse – souvent vers 18-20 semaines de grossesse⁷. Malgré le caractère difficile en soi de la décision d'interrompre une telle grossesse, le processus est aggravé par le manque de médecins formés à la pratique de ce type d'avortements. Après environ 14 semaines de gestation, et surtout après 20 semaines, les procédures de deuxième trimestre deviennent des chirurgies assez complexes. À cause de la pénurie de médecins pratiquant l'avortement, les besoins dépassent largement l'offre de ces services au Canada, et plusieurs patients doivent se rendre aux États-Unis pour bénéficier de cette procédure, y compris les personnes qui sont à 24 semaines de grossesse ou plus.

Les médecins de famille et leurs obligations

Au Canada, la plupart des fournisseurs d'avortement sont des médecins de famille ou des obstétriciens-gynécologues. Mais seulement la moitié des 17 écoles de médecine du Canada offrent une certaine discussion sur l'avortement, limitée aux cours magistraux ou aux cours d'éthique⁴. Les étudiants intéressés qui veulent devenir médecins de famille doivent chercher à se former par eux-mêmes. Dans les programmes de résidence en obstétrique et gynécologie, la formation sur l'avortement ne fait partie du programme que dans environ la moitié des programmes et est facultative dans les autres. La majorité des résidents (71 %) d'une étude de 2006 ont participé à une formation sur l'avortement, et la moitié d'entre eux prévoyaient de pratiquer des avortements facultatifs après leur résidence (moins de 40 %)⁸.

La plupart des médecins de famille au Canada ne font pas d'avortements, ou en font seulement quelques-uns par année pour leurs patients réguliers. Une fois de plus, cette situation est causée par des menaces à la sécurité du médecin et de sa famille, par le manque de formation, mais aussi par le manque de prestige, de rémunération et de support institutionnel associé au statut de « praticien d'avortements ». La principale cause d'avortement est la grossesse non

désirée; par conséquent, un déterminant majeur des taux d'avortements est l'accès à la contraception.

Même si la plupart des médecins choisissent de ne pas effectuer d'avortements, tous les médecins œuvrant en première ligne ont l'occasion de fournir des méthodes de contraception efficaces à leurs patientes, et peuvent ainsi réduire le nombre de femmes qui ont recours à l'avortement. Malheureusement, certains médecins limitent l'accès des femmes tant à la contraception qu'à l'avortement, sous prétexte d'un « impératif moral », souvent ancré dans leurs croyances religieuses. Ces médecins ne se contentent pas de refuser d'offrir des services d'avortement, ils peuvent aussi refuser d'aiguiller des patients vers d'autres fournisseurs de soins qui les offrent⁹.

La CDAC croit que toute femme, personne transgenre ou non binaire devrait avoir accès à tous les aspects de la santé gynécologique, y compris la contraception, ainsi que le droit d'être référée avec précision et neutralité à des fournisseurs légitimes de services d'avortement. Nous affirmons aussi que c'est un manque de professionnalisme de la part d'un médecin que de refuser un avortement à une femme référée par un autre médecin ou de refuser une demande de contrôle de fertilité.

L'avenir des soins liés à l'avortement

Le Canada fait face à une crise du système de soins de santé à mesure que la population des médecins vieillit, que la demande de soins de santé augmente et que le nombre de places dans les écoles de médecine et les postes de résidents ne compense pas ces changements. Les soins liés à l'avortement sont un domaine de la médecine qui subit une crise similaire.

En 2013, une étude a suggéré que 15 % des médecins de famille et 12 % des autres spécialistes allaient prendre leur retraite d'ici 2016, et que 30 % de tous les médecins prévoient de réduire leurs heures de travail ou leur champ d'exercice¹⁰.

L'avortement par médication, discuté de manière plus détaillée dans la Prise de position n° 28 de la CDAC, a le potentiel d'atténuer grandement la pénurie imminente de médecins qui pratiquent l'avortement. Mais il va sans dire que les médecins de famille ont un rôle à jouer pour assurer le libre accès à l'information sur le contrôle de la fécondité et les contraceptifs.

La CDAC va continuer à travailler avec d'autres organisations, incluant les Étudiants en médecine pro-choix (*Medical Students for Choice*), pour s'assurer que, au fur et à mesure que les médecins pratiquant l'avortement prennent leur retraite, il y a assez de professionnels formés qui sont prêts à prendre la relève – afin que les prochaines générations de femmes aient accès à des soins de santé

¹ <https://globalnews.ca/news/2351133/where-in-canada-can-you-get-an-abortion-its-secret-for-security-reasons/>
This article provides a "heat map" of the availability of abortion providers in Canada.

² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830677/>

³ Statistiques – Avortement au Canada, compilées par la Coalition pour le droit à l'avortement au Canada.
<https://www.arcc-cdac.ca/wp-content/uploads/2020/06/Statistiques-actuelles.pdf>

⁴ <http://www.chatelaine.com/living/features-living/abortion-education-canada-medical-schools-smarten-up/>

⁵ <https://www.arcc-cdac.ca/wp-content/uploads/2021/05/05-penurie-medecins-pratiquant-lavortement.pdf>

⁶ Statistiques – Avortement au Canada, compilées par la Coalition pour le droit à l'avortement au Canada.
<https://www.arcc-cdac.ca/wp-content/uploads/2020/06/Statistiques-actuelles.pdf>

⁷ Le nombre de scans et de dépistages varie selon la province (bien que dans les provinces où il n'est pas couvert, une femme peut payer une clinique privée pour le dépistage). En Ontario, par exemple, le dépistage sous la forme d'un dépistage prénatal intégré (DPI) consiste en une analyse de sang et une échographie entre la 11e et la 13e semaine, puis une autre analyse de sang entre la 16e et la 20e semaine, les résultats étant fournis à la 18e semaine. D'autres options sont le test prénatal non invasif (NIPT ou Harmony). L'échographie pratiquée entre la 18e et la 22e semaine, que la plupart des gens assimilent à l'échographie de « détermination du sexe », est en réalité une échographie morphologique qui consiste en un examen détaillé du corps et des organes du fœtus afin de déterminer si le fœtus souffre du syndrome de Down, d'une fente palatine ou de malformations cardiaques. Cette échographie n'est pas pratiquée avant 18 semaines au plus tôt et, pour ceux qui renoncent au dépistage facultatif, c'est peut-être la première fois qu'ils découvrent que le fœtus présente une anomalie génétique - bien après le deuxième trimestre.

⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16880300>

⁹ En Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario exige que les médecins qui ont une objection morale au traitement demandé par un patient l'orientent vers un autre professionnel de santé. Cette disposition a été contestée en 2015, mais a été maintenue par les tribunaux. <https://globalnews.ca/news/3998505/doctor-treatment-moral-grounds-referral/>. Voir également la Prise de position No 95 de la CDAC - Le refus de fournir des soins de santé au Canada.

¹⁰ <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/189/49/E1517.full.pdf>