



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 n° 7

L'accès à l'avortement dans les régions rurales ou éloignées

Les femmes et les personnes transgenres vivant dans des régions rurales ou éloignées vivent de grandes difficultés lorsqu'elles veulent mettre fin à leur grossesse. Cela est dû en grande partie à la distance qui les sépare des services d'avortement.

Jusqu'à tout récemment, les options pour interrompre une grossesse étaient divisées entre les hôpitaux et les cliniques. Avant 1988, tous les avortements dits légaux étaient faits en milieu hospitalier¹ (bien que le Dr Henry Morgentaler pratiquât des avortements sécuritaires dans plusieurs cliniques privées illégales). Après 1988, plus de cliniques non reliées à des hôpitaux ont ouvert leurs portes. Après la sortie de la pilule abortive Mifegymiso en 2017, les interruptions de grossesse médicales sont devenues accessibles ailleurs que dans les cliniques d'avortement, notamment dans les cliniques de santé sexuelle et médecine générale, et dans les cabinets de médecin.

Les hôpitaux et les cliniques qui font des avortements sont surtout situés dans les grands centres urbains, et leur accès varie d'une province à l'autre.² Statistiques à noter, moins de 17 % des hôpitaux font des avortements.³

Par ailleurs, il n'y a pas de cliniques privées en Nouvelle-Écosse, au Manitoba, en Saskatchewan, à l'Île-du-Prince-Édouard ou dans les territoires, et seulement quelques-unes à l'extérieur des grandes villes des autres provinces. Toutefois, l'accès à l'avortement dans les hôpitaux de ces provinces et territoires est possible, avec l'I.-P.-É qui s'est jointe à cette liste depuis peu.^{4, 5, Error! Bookmark not defined.} De 1988 à 2010, les statistiques montrent une tendance à la baisse des avortements pratiqués dans les hôpitaux (passant de 91 % à 43 %), ce qui signifie qu'un plus grand nombre de patient.e.s ont dû voyager pour se rendre dans les cliniques pour avoir accès aux services.^{Error! Bookmark not defined.,6} Le déclin dans la proportion des avortements pratiqués dans les hôpitaux représente au minimum un déclin de 58 % dans le nombre d'avortements pratiqué dans les zones rurales. En Colombie-Britannique seulement, les régions ont connu un déclin constant des fournisseurs de service d'avortement⁷.

Les provinces qui ne comptent pas de cliniques sur leur territoire limitent les personnes à subir des avortements chirurgicaux dans les hôpitaux à moins de trouver un médecin qui prescrit du Mifegymiso. Comme l'a indiqué une étude de la Colombie-Britannique^{Error! Bookmark not defined.}, les salles d'opération dans les hôpitaux ruraux sont très occupées et les avortements se font régulièrement repousser pour laisser

la place à des cas plus urgents. Aussi, la stigmatisation et la pression venant des institutions font en sorte que le personnel est moins enclin à surmonter les problèmes logistiques qui permettraient de mettre des avortements à l'horaire.

L'impact des règlements provinciaux

La façon de financer les avortements varie d'une province à l'autre, ainsi que les exigences à rencontrer pour en obtenir un. Par ailleurs, lorsque les services d'avortement les plus près sont dans une autre province, les frais encourus sont couverts (depuis 2015) en raison d'une entente de facturation interprovinciale. Les avortements chirurgicaux pratiqués à l'extérieur d'un centre hospitalier au Nouveau-Brunswick ne sont pas financés (clinique 554 à Fredericton), et ceux faits dans plusieurs cliniques d'avortement en Ontario ne le sont que partiellement. Certains peuvent aussi exiger une référence médicale, ce qui pose un problème aux personnes sans médecin de famille ou avec un médecin anti-choix.⁸ De plus, certains médecins ou hôpitaux exigent une échographie avant l'intervention, ce qui peut demander aux patient.e.s d'organiser un deuxième rendez-vous et dans certains cas, dans un autre établissement.

En raison d'un manque d'accès, les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées sont souvent contraintes à se déplacer à l'extérieur de leur communauté pour se faire avorter.⁹ Cela est un obstacle pour des milliers de Canadiens chaque année. Bien que l'arrivée du Mifegymiso en 2017 à améliorer l'accès dans les milieux ruraux, le nombre de généralistes prescrivant le médicament doit être augmenté, et la télémédecine doit être mise en place dans certaines provinces et renforcée dans d'autres pour que les personnes n'aient plus à voyager. Toutes les provinces et tous les territoires ont un régime universel d'assurance-médicaments qui couvre le coût du médicament, sauf le Nunavut où la couverture est offerte à un peu plus de 90 % de sa population.

L'impact émotionnel et financier d'un accès limité

Trouver de l'information sur les fournisseurs de services d'avortement peut être difficile pour le grand public. Trouver où les services d'avortement sont offerts est particulièrement laborieux pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille ou celles dont le médecin est anti-choix. Cette situation est amplifiée dans les provinces conservatrices comme le Nouveau-Brunswick où plusieurs médecins sont anti-choix et les avortements financés ne se font que dans les hôpitaux. Encore plus, les patient.e.s doivent attendre des semaines à moins de payer de leurs poches les services de la Clinique 554 à Fredericton, et en Ontario, elles doivent payer certains frais. Tout cela contrevient à la Loi canadienne sur la santé. Cette inégalité dans la couverture financière peut avoir des répercussions négatives sur les personnes qui habitent plus proche d'une clinique que d'un hôpital.

En contactant les hôpitaux ou les cabinets de médecin, il est possible de se heurter à du personnel anti-choix qui ne donnera pas de la bonne information ou qui dirigera les patient.e.s vers des centres pour personnes enceintes opposés à l'avortement. Il est essentiel pour les résident.e.s de petites communautés rurales qu'ils soient bien informé.e.s et que la confidentialité soit respectée. En plus, les personnes transgenres pourraient avoir de la difficulté à trouver des services adaptés à leurs besoins.

Aussi, le fait d'avoir à trouver une gardienne, s'absenter du travail, expliquer notre absence de la maison (souvent avec un court préavis), trouver les fonds pour les coûts du voyage, de l'hébergement, et dans bien des cas, de l'avortement sont des démarches très stressantes. D'autant plus pour les adolescent.e.s, les personnes victimes d'inceste ou celles dans une relation abusive. Selon le Dr Henry Morgentaler, chaque semaine de délai augmente le risque médical de 20 %.

Améliorer l'accès

Au Canada, l'accès à des services de santé est garanti par la Loi canadienne sur la santé. L'avortement est habituellement financé par le régime d'assurance maladie des provinces et territoires, sauf au Nouveau-Brunswick et en Ontario où les avortements chirurgicaux ne sont pas couverts. Pour assurer des avortements sécuritaires et faits dans un délai raisonnable, toutes les provinces et tous les territoires doivent augmenter le nombre de cliniques et d'hôpitaux pratiquant des avortements chirurgicaux et s'engager à ce qu'il y ait assez de médecins pouvant prescrire le Mifegymiso

Si on vous a déjà refusé une référence médicale pour vous faire avorter, ou si de l'information pertinente ne vous a pas été transmise, le *National Abortion Federation* a conçu un guide élaborant les mesures à prendre. Voir la référence n°10 ci-bas.

Références:

- ¹ Kaposy C. (2010). *Improving abortion access in Canada*. *Health Care Anal* 18: 17–34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18821017>
- ² Action Canada pour la santé et les droits sexuels. Août 2019. *L'Accès en un clin d'oeil : Services d'avortement au Canada*. <https://www.actioncanadashr.org/fr/ressources/fiches-dinformation/2019-09-19-laces-en-un-clin-doeil-services-davortement-au-canada>
- ³ Shaw, Jessica (2006). Reality Check – a close look at accessing abortion services. http://www.sexualhealthandrights.ca/wp-content/uploads/2015/09/reality-check_EN.pdf
- ⁴ *National Abortion Federation* (nd) *Abortion Coverage by Region*. <http://www.nafcanada.org/access-region.html>
- ⁵ Coalition pour le droit à l'avortement au Canada. Cliniques et services d'avortement au Canada. <https://www.arcc-cdac.ca/wp-content/uploads/2020/09/Liste-cliniques-services-avortement-Canada.pdf>
- ⁶ Norman WV, Soon, J.A., Maughn, N., Dressler, J. (2013). *Barriers to Rural Induced Abortion Services in Canada: Findings of the British Columbia Abortion Providers Survey (BCAPS)*. *PLOS ONE* 8(6). <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0067023>
- ⁷ Dressler, J., Maughn, N., Soon, J.A., Norman, W.V. (2013). *The Perspective of Rural Physicians Providing Abortion in Canada: Qualitative Findings of the BC Abortion Providers Survey (BCAPS)*. *PLOS ONE* 8(6). <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0067070>
- ⁸ Coalition pour le droit à l'avortement au Canada (2013) *L'accès à l'avortement dans chaque province*. <http://www.morgentaler25years.ca/fr/la-lutte-pour-le-droit-a-lavortement/laces-dans-chaque-province/>
- ⁹ Sethna, Christabelle et Marion Doull. (2007). *Far From Home? A Pilot Study Tracking Women's Journeys to a Canadian Abortion Clinic*. *JOGC*. [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)32560-9/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)32560-9/pdf)
- ¹⁰ National Abortion Federation. (nd) *Has Your Physician Refused to Provide a Referral for Abortion Care? A Patient's Guide to Action*. <https://5aa1b2xfmfh2e2mk03kk8rsx-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/patientguide.pdf>