Document généré le 16 avr. 2024 11:44

Recherches sociographiques

L'avortement, un acte médical? L'évolution des attitudes des médecins

Béatrice Godard

Volume 33, numéro 1, 1992

URI : https://id.erudit.org/iderudit/056660ar
DOI : https://doi.org/10.7202/056660ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)
1705-6225 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Godard, B. (1992). L'avortement, un acte médical? L'évolution des attitudes des médecins. *Recherches sociographiques*, *33*(1), 29–54. https://doi.org/10.7202/056660ar

Résumé de l'article

L'avortement est devenu un acte auquel les femmes ont droit. Il est, depuis 1988, interdit de le leur refuser si elles le demandent. Après avoir recensé les arguments et les dispositions favorables et défavorables à l'avortement dans le corps médical, l'auteure examine la prévalence de l'avortement au Canada, l'accessibilité des services, puis l'évolution des attitudes des médecins envers cet acte. L'analyse révèle une grande diversité d'expériences et d'opinions. Et malgré le fait que la Cour suprême du Canada ait recommandé un accès équitable et raisonnable à des services d'avortement, la population médicale demeure divisée sur les normes d'acceptabilité et sur les conditions d'accessibilité.

Tous droits réservés © Recherches sociographiques, Université Laval, 1992

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

L'AVORTEMENT, UN ACTE MÉDICAL? L'ÉVOLUTION DES ATTITUDES DES MÉDECINS

Béatrice GODARD

L'avortement est devenu un acte auquel les femmes ont droit. Il est, depuis 1988, interdit de le leur refuser si elles le demandent. Après avoir recensé les arguments et les dispositions favorables et défavorables à l'avortement dans le corps médical, l'auteure examine la prévalence de l'avortement au Canada, l'accessibilité des services, puis l'évolution des attitudes des médecins envers cet acte. L'analyse révèle une grande diversité d'expériences et d'opinions. Et malgré le fait que la Cour suprême du Canada ait recommandé un accès équitable et raisonnable à des services d'avortement, la population médicale demeure divisée sur les normes d'acceptabilité et sur les conditions d'accessibilité.

Jusqu'en 1969, l'avortement était interdit au Canada. On le considérait comme un acte criminel passible d'emprisonnement à perpétuité. En 1969, dans le cadre des réformes législatives prévues ou le bill «omnibus», la loi canadienne sur l'avortement fut amendée. L'interruption de grossesse demeurait un crime mais les dispositions législatives créaient une exception à l'interdiction générale: selon l'article 251 du Code criminel, l'avortement devenait légal quand il était pratiqué dans un hôpital accrédité ou approuvé et avec l'autorisation d'un comité «d'avortement thérapeutique». L'autorisation de ce comité devait se fonder sur le danger pour la vie ou la santé de la femme. Mais la nouvelle loi ne prévoyait pas de pourvoi en appel, et le corps médical l'a interprétée de différentes façons. Les autorisations, les délais et l'accessibilité à des services d'avortement variaient d'un hôpital à l'autre à tel point que le gouvernement canadien nomma en 1975 un comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement dans le but d'établir si cet acte, prévu par le Code criminel, était offert équitablement à travers le pays (Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, 1977). Dans leur rapport, les enquêteurs précisaient que tel n'était pas le cas. Une grande confusion, des normes

Recherches sociographiques, XXXIII, 1, 1992: 29-54.

imprécises et des injustices caractérisaient l'application de la loi. Les directives et les règlements régissant la formation des comités d'avortement thérapeutique changeaient d'une province à l'autre. Les conseils d'administration des hôpitaux et les médecins avaient différentes interprétations des indications à l'avortement. En outre, les réactions de la population canadienne et du corps médical faisaient que plusieurs femmes souhaitant interrompre leur grossesse devaient se rendre dans un État américain ou s'adresser à une clinique privée (Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, 1977). Déjà, en 1969, le Dr Morgentaler avait ouvert une telle clinique au Québec. On l'avait poursuivi, arrêté, acquitté, et finalement ses opposants furent déboutés en appel. Le gouvernement du Québec décida en 1976 de cesser les poursuites contre lui et d'autres cliniques et recommanda au fédéral de modifier la loi sur l'avortement en raison de l'impossibilité de l'appliquer au Québec, tout au moins. (McLAREN et McLAREN, 1986.) À la suite de ces procès et du rapport du Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, le gouvernement québécois décidait en 1978 de verser des fonds spéciaux aux hôpitaux pour qu'ils se dotent de cliniques de planification des naissances, les « Cliniques Lazure ». Celles-ci devaient inclure des services d'avortement, mais seulement un certain nombre d'entre elles allaient en implanter (O'NEILL, 1986).

Pendant les années 1980, le débat sur l'avortement s'est déplacé sur le terrain constitutionnel. Après l'avènement de la Charte canadienne des droits et des libertés en 1982, les opposants au droit à l'avortement ont tenté de faire reconnaître une personnalité juridique au fœtus. Par contre, les personnes favorables ont soutenu que « les droits enchâssés dans la Charte à l'article 7 englobaient le droit constitutionnel d'une femme de mettre fin à sa grossesse et que l'article 251 du Code criminel était nul parce qu'il empiétait sur ce droit » (*R c. M*ORGENTALER, 1984). En 1988, lors du « jugement Morgentaler », la Cour suprême du Canada leur donnait raison en invalidant la loi sur l'avortement : selon la Charte, l'article 251 du Code criminel était effectivement inconstitutionnel, il allait à l'encontre des droits et des libertés garantis aux femmes. Plus précisément, il portait atteinte à leur intégrité corporelle. La Cour rendait donc l'avortement légal. De plus, elle précisait que toute nouvelle loi, « pour être constitutionnelle ne devait pas faire obstacle à l'accès équitable et raisonnable à l'avortement » (Conseil consultatif canadien de la situation de la femme 1990, p. 25). Cette décision changeait le paysage politique en matière d'avortement à travers le pays : le droit à l'égalité devant la loi défini dans l'article 15 de la Charte faisait partie d'un texte constitutionnel, ce qui donnait plus de force aux défenseurs du droit à l'avortement. Des pressions pour qu'une nouvelle législation soit adoptée n'allaient pas tarder. Puisque le Code criminel ne contenait plus de disposition sur l'avortement, on invoqua la notion de « vide juridique »[1] ; deux injonctions accordées selon

1. Dans son mémoire présenté au Comité parlementaire sur le projet de loi C-43, le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme rappelle que « la criminalisation des actes n'est pas la règle mais l'exception. L'avortement étant retiré des dispositions criminelles, il devient un acte médical comme d'autres » (1990 : 25). Selon le Conseil, il n'y a donc pas de vide juridique en matière d'avortement.

le code civil[2] servirent aussi d'argument. En 1989, le gouvernement canadien proposa donc un nouveau projet de loi sur l'avortement (Projet de loi C-43). L'avortement serait légal si « un médecin arrivait à la conclusion que, sans l'avortement, la santé ou la vie de la femme serait vraisemblablement menacée et si l'avortement était provoqué par ledit médecin ou sur ses instructions ». Finalement, en 1991, le projet de loi C-43 était rejeté. Le Canada devenait le seul pays industrialisé à ne pas avoir de législation sur cette question.

Étant donnée cette longue controverse, il nous est apparu utile d'examiner certains changements qui ont eu lieu depuis 1969 et qui concernent non pas les aspects éthiques et juridiques de la question, mais les attitudes médicales à l'égard de l'avortement. L'opinion du corps médical nous semble essentielle car, d'une part, celui-ci a joui dans le passé d'une grande latitude pour prendre la décision de pratiquer ou non un avortement, quel que fût le cadre législatif. D'autre part, ce sont les médecins qui rencontrent les femmes et les couples, qui siègent sur les comités d'éthique, qui donnent du poids aux groupes de pression comme ceux qui défendent les intérêts des femmes ou les milieux « pro-vie » et qui sont en contact avec les organismes subventionnaires et les responsables de la santé publique. Ils jouent donc un rôle primordial et constituent sur la question de l'avortement un groupe de pression important.

Après deux décennies de militantisme actif de la part des groupes défavorables et favorables au droit à l'avortement, nous verrons qu'il existe parmi les médecins une grande diversité d'expériences et d'opinions. Après 30 ans de polémique, parfois acrimonieuse, ils demeurent divisés sur l'acceptabilité de l'avortement.

Dans un premier temps, nous examinerons la prévalence de l'avortement au Canada en comparaison avec les États-Unis puis nous nous pencherons sur les services offerts aux Canadiennes qui souhaitent interrompre une grossesse, selon des données de Statistique Canada, d'enquêtes et de sondages sur l'accessibilité des services d'avortement (Association des hôpitaux du Québec, 1988; BÉLANGER, 1988; Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1990). Nous analyserons ensuite l'évolution des attitudes des médecins envers l'avortement selon des données d'enquêtes et de sondages (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1985; CARLOS et CLOUTIER, 1976; Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, 1977; RENAUD *et al.*, 1991; WEITZ, 1979).

La prévalence de l'avortement au Canada

Avant l'amendement à la loi sur l'avortement en 1969, il existait très peu de données sur la fréquence de l'avortement au Canada. Seules des approximations à partir de la situation dans d'autres pays étaient possibles. Ainsi, on parlait de 20 000 à 120 000 avortements subis chaque année par des Canadiennes, selon une estimation

2. Affaires *Dodd* et *Daigle*, 1989.

de 200 000 à 1 200 000 avortements pratiqués annuellement aux États-Unis (CALDERONE, 1958). Une autre hypothèse était basée sur une estimation de gynécologues britanniques selon lesquels 10% des grossesses étaient en moyenne interrompues (RHODES, 1966), ce qui donnait de 35 000 à 40 000 avortements par an au Canada.

Après 1969, la fréquence des avortements pratiqués en milieu hospitalier a pu être connue. Si les chiffres sont nettement moins importants que les estimations précédentes, le tableau 1 montre que le nombre a cependant considérablement augmenté durant les vingt dernières années. Pour l'ensemble des hôpitaux canadiens, le taux pour 100 naissances vivantes est passé de 3% en 1970 à 18% en 1988,

TABLEAU 1

Les avortements au Canada, 1970-1988

	NOMBRE				POUR 100 NAISSANCES VIVANTES			
ANNÉE	Hôpital*	États-Unis**	Clinique québécoise***	Total	Hôpital	États Unis	Clinique québécoise	Total
1970.....	11 152			11 152	3,00			3,00
1971.....	30 923	6 309		37 232	8,50	1,70		10,20
1972.....	38 853	6 573		45 426	11,20	1,90		13,10
1973.....	43 201	5 501		48 702	12,60	1,60		14,20
1974.....	48 136	4 299		52 435	13,70	1,20		14,90
1975.....	49 311	4 394		53 705	13,70	1,20		14,90
1976.....	54 478	4 234		58 712	15,10	1,20		16,30
1977.....	57 564	2 300		59 864	15,90	0,60		16,50
1978.....	32 290	1 802	2 618	66 710	17,40	0,50	0,70	18,60
1979.....	65 043	1 073	3 629	69 745	17,80	0,30	1,00	19,10
1980.....	65 751	1 644	4 704	72 099	17,70	0,40	1,30	19,40
1981.....	65 053	2 651	4 207	71 911	17,50	0,70	1,10	19,30
1982.....	66 254	4 311	4 506	75 071	17,80	1,20	1,20	20,20
1983.....	61 750	3 983	3 635	69 368	16,50	1,10	1,00	18,60
1984.....	62 247	3 631	3 571	69 449	16,50	1,00	0,90	18,40
1985.....	62 712	2 798	3 706	69 216	16,70	0,70	1,00	18,40
1986.....	63 462	2 612	3 498	69 572	17,00	0,70	0,90	18,60
1987.....	63 585	2 757	3 681	70 023	17,20	0,70	1,00	18,90
1988.....	66 137	1 939	4 617	72 693	17,60	0,50	1,20	19,30

SOURCES: Statistique Canada (1990) et TIETZE et HENSHAW (1983).

* Désigne les avortements pratiqués dans les hôpitaux canadiens conformément aux dispositions législatives sur l'avortement.

** Désigne les avortements subis par des Canadiennes aux États-Unis.

*** Désigne les avortements pratiqués dans des cliniques québécoises participant à la Régie d'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q). Le Québec déclare les avortements pratiqués dans les cliniques depuis 1978. Les interruptions de grossesse faites dans les autres cliniques ne sont pas déclarées, de même que celles pratiquées dans les C.L.S.C. et dans les centres de santé pour femmes lorsqu'elles ne sont pas facturées à l'acte.

croissant très vite dans les années qui ont suivi l'amendement à la loi puis à un rythme plus lent. Il s'est ensuite stabilisé. C'est en 1982 qu'il a atteint son sommet. Même si cette augmentation résulte en partie d'une diminution des naissances, elle demeure très forte, le nombre d'avortements dans les hôpitaux canadiens passant de 11 152 en 1970 à 66 137 en 1988 (Statistique Canada, 1990). Il est certain cependant qu'une fraction de la croissance tient au fait d'un recensement plus rigoureux.

Au Québec, les tableaux 1, 2 et 3 montrent que si l'on tient compte des avortements effectués en dehors du cadre prévu par l'ancienne loi[3], le taux d'avortements pour 100 naissances vivantes est passé de 1 % en 1971 à 20 % en 1988, soit un taux légèrement plus faible que ceux de la Colombie-Britannique (25 %) et de l'Ontario (21 %). Il faut cependant noter qu'au Québec, ce n'est que depuis 1978 que les avortements effectués dans les cliniques privées participant à la R.A.M.Q. sont

TABLEAU 2

Les avortements au Québec, 1970-1988

Année	Nombre			Pour 100 naissances vivantes		
	Hôpital	Clinique québécoise	Total	Hôpital	Clinique québécoise	Total
1970.....	541		541	0,60		0,60
1971.....	1 903		1 903	2,10		2,10
1972.....	2 912		2 912	3,40		3,40
1973.....	3 217		3 217	3,00		3,00
1974.....	4 460		4 460	5,20		5,20
1975.....	5 597		5 597	6,00		6,00
1976.....	7 177		7 177	7,50		7,50
1977.....	7 562		7 562	8,00		8,00
1978.....	7 583	2 618	10 201	8,30	2,90	11,20
1979.....	8 609	3 629	12 238	8,70	3,70	12,40
1980.....	8 940	4 704	13 644	9,20	4,80	14,00
1981.....	9 042	4 207	13 249	9,50	4,40	13,90
1982.....	9 671	4 506	14 177	10,70	5,00	15,70
1983.....	9 406	3 635	13 041	10,70	4,10	14,80
1984.....	9 720	3 571	13 291	11,10	4,10	15,20
1985.....	11 311	3 706	15 017	13,10	4,30	17,40
1986.....	12 410	3 498	15 908	14,70	4,10	18,80
1987.....	11 871	3 681	15 552	14,20	4,30	18,50
1988.....	12 773	4 617	17 390	14,70	5,30	20,00

Sources: Statistique Canada (1990) et Tietze et Henshaw (1983).

3. Avortements qui étaient pratiqués dans des cliniques et dans des centres de santé de femmes où il n'y avait pas de comités d'avortement thérapeutique et donc ne répondant pas aux critères de l'ancienne loi.

TABLEAU 3

Les avortements en Ontario et en Colombie-Britannique, 1970-1988

	Ontario		Colombie-Britannique	
	Nombre	Pour 100 naissances vivantes	Nombre	Pour 100 naissances vivantes
Année	Hôpital		Hôpital	
1970.....	5 657	4,10	2 981	7,90
1971.....	16 244	12,40	7 090	20,20
1972.....	20 314	16,20	8 211	23,70
1973.....	22 661	18,30	9 192	26,70
1974.....	24 844	20,00	10 084	28,30
1975.....	24 983	19,80	10 149	27,80
1976.....	26 862	21,80	10 742	29,90
1977.....	27 852	22,60	11 312	30,70
1978.....	29 374	24,20	12 574	33,50
1979.....	30 871	25,20	12 834	33,10
1980.....	31 131	25,10	12 868	31,60
1981.....	30 592	24,90	12 761	30,40
1982.....	31 379	25,10	12 712	29,40
1983.....	28 466	22,40	11 650	27,00
1984.....	28 304	21,50	11 509	26,10
1985.....	27 433	20,70	11 316	26,10
1986.....	27 028	20,10	11 440	27,10
1987.....	28 037	20,80	11 476	27,30
1988.....	28 920	20,90	11 047	25,50

Sources: Statistique Canada (1990) et Tietze et Henshaw (1983).

répertoriés. Les interruptions de grossesse faites dans les autres cliniques ne sont pas déclarées, de même que celles pratiquées dans les C.L.S.C. et dans les centres de santé pour femmes lorsqu'elles ne sont pas facturées à l'acte. La proportion des interruptions de grossesse faites dans des cliniques québécoises représente environ le quart des avortements pratiqués au Québec. Depuis l'invalidation de la loi en 1988, elle tend à remonter.

Par ailleurs, en 1977, le Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement soulignait qu'il y avait plus de Québécoises que d'Ontariennes qui allaient subir un avortement aux États-Unis parce que moins d'hôpitaux au Québec en pratiquaient et parce qu'un plus grand nombre de ceux-ci avaient fixé des conditions de résidence et des quotas de patientes. Aujourd'hui, la situation serait inversée. Il serait plus facile de subir un avortement au Québec que dans les autres provinces. Quelle que soit la situation canadienne, on estime que chaque année, en moyenne

3 500 avortements thérapeutiques sont subis par des Canadiennes aux États-Unis. Bien que les États américains communiquent leurs données sur une base volontaire et utilisent des critères d'enregistrement différents, Statistique Canada estime que les données fournies constituent une évaluation minimale. Depuis l'amendement à la loi canadienne en 1969, le nombre d'interventions pratiquées sur des Canadiennes aux États-Unis a décru tandis qu'il augmentait au Canada. Pour mesurer la fréquence des avortements au Canada, il faudrait ajouter ceux pratiqués aux États-Unis ainsi que ceux effectués au Québec par des médecins qui ne facturent pas cet acte. Le Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement (1977, p. 82) estimait qu'en 1974, « le nombre d'avortements provoqués obtenus en violation des dispositions de la loi sur l'avortement était de 45 % supérieur au nombre d'avortements thérapeutiques déclarés. Ce qui faisait que pour cinq naissances vivantes, il y avait eu un avortement provoqué » plutôt qu'un avortement pour sept naissances vivantes.

Enfin, le même Comité s'attendait à ce que le nombre d'avortements provoqués augmente sensiblement dans les années 1980. Pour que ce nombre stagne, il aurait fallu que des programmes complets d'éducation sur la planification des naissances soient établis et que changent les habitudes de contraception des groupes présentant un risque plus élevé de grossesse non désirée. Or, la situation en 1977 était loin de réunir ces deux conditions. Aujourd'hui, la stabilisation du nombre d'interruptions de grossesse semble atteinte. D'autres auteurs rapportent qu'à l'exemple de certains pays comme la Hongrie, il faut parfois attendre trente ans après la légalisation de la pratique d'avortement pour arriver à un équilibre et à une stabilisation du nombre d'avortements (TIETZE et HENSHAW, 1986).

La comparaison avec les États-Unis

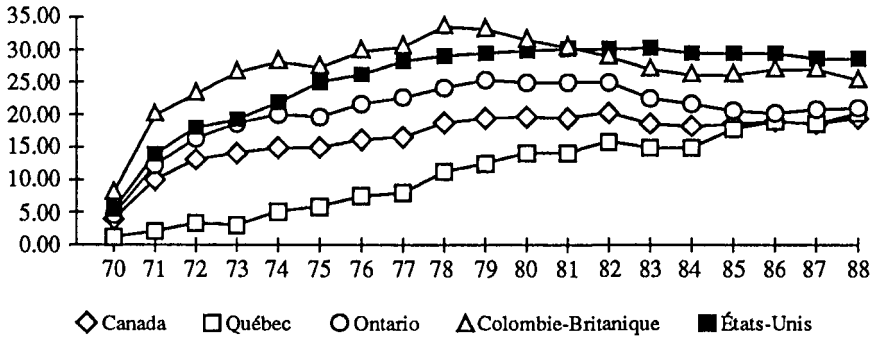
Comme le montre le graphique, le taux d'avortements au Canada est inférieur à celui des États-Unis. Il y a plusieurs raisons à cela.

Premièrement, la loi canadienne sur l'avortement était jusqu'à récemment plus stricte que la loi américaine et autorisait l'avortement seulement lorsque la vie ou la santé de la femme étaient mises en danger. D'autres restrictions telles que l'exigence d'un comité d'avortement thérapeutique composé d'au moins trois médecins réduiraient l'accessibilité à des services d'avortement. La loi américaine stipule par contre qu'une femme a le droit absolu d'obtenir un avortement pendant les trois premiers mois de sa grossesse (ROE c. WADE, 1973). Comme on le sait, dans tous les pays où la loi autorise l'avortement à la demande des femmes, les taux d'interruption de grossesse sont plus élevés (TIETZE et HENSHAW, 1986).

Deuxièmement, les services de santé canadiens et américains ne sont pas organisés de la même façon. Le Canada a un système d'assurance-santé couvrant presque tous les soins médicaux et hospitaliers et accessible à tous et à toutes. Les États-Unis ont une politique de « laisser-faire » basée sur l'assurance-santé privée. Les programmes *Medicare* et *Medicaid* couvrent moins de frais médicaux et hospi-

GRAPHIQUE

Évolution du taux d'avortement thérapeutique pour 100 naissances vivantes, Canada et États-Unis, 1970-1988



SOURCES: Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, Rapports sur la santé*, 2, 1, 1990. HENSHAW et VAN VORT, «Abortion Services in the United States», *Family Planning Perspectives*, 22, 3, 1990.

taliers et ils ne s'adressent qu'aux bénéficiaires de l'aide sociale et aux personnes âgées. En conséquence, les services canadiens de planification familiale sont plus facilement accessibles et moins coûteux. La prescription de contraceptifs de ce côté-ci de la frontière est moins souvent réservée à des médecins spécialistes[4], ce qui diminue le coût des consultations. Les politiques familiales sont aussi plus généreuses et le programme de bien-être social plus large (GLENDON, 1987). Par exemple, la loi américaine, en autorisant l'avortement sur demande, sous-entend que la vie potentielle du fœtus ne peut en aucun cas prévaloir sur la décision de la femme enceinte de recourir à l'avortement, et ce, jusqu'au dernier trimestre de la grossesse. Par contre, la loi canadienne, en n'autorisant l'avortement qu'en cas de danger pour la vie ou pour la santé de la femme, laissait entendre que la vie fœtale constitue un intérêt important pour la société. Comme il n'y avait pas de droit à l'interruption volontaire de grossesse, les politiques sociales canadiennes devaient offrir plus de support aux familles et aux enfants: «le bien-être de chaque enfant est une question où la société entière est fondamentalement intéressée» (GLENDON, 1987, p. 50).

Troisièmement, en instaurant un système d'assurance-santé accessible à toute la population, le gouvernement canadien n'encourage pas les services privés d'avortement, car l'universalité du système ne s'applique pas aux services d'avortement. Selon Glendon, le gouvernement canadien n'incite pas non plus à la privatisation des services d'avortement peut-être par crainte que le système de santé n'échappe au

4. La majorité des médecins américains sont spécialisés. Seulement 16% sont omnipraticiens (DARROCH FORREST 1988; HENSHAW et JONES, 1988).

contrôle des autorités publiques qui le financent[5]. Ce n'est pas le cas du gouvernement américain qui, lui, encourage les services médicaux privés. Il n'y existe aucun règlement exigeant que les avortements soient pratiqués dans des hôpitaux ; en fait, depuis que l'avortement est autorisé, le nombre d'interruptions de grossesse dans ces institutions n'a cessé de diminuer au profit de celui des cliniques. En 1973, 46 % des avortements étaient effectués dans celles-ci et en 1988, 86 % (HENSHAW et JONES, 1988). Au Canada, la proportion des avortements pratiqués dans des cliniques québécoises n'a crû que de 26 % en 1978 à 27 % en 1988 (Régie d'assurance-maladie du Québec, 1990).

Quatrièmement, le taux d'avortement chez les adolescentes canadiennes est moins élevé que chez les américaines. En 1983, il était de 30 % chez les femmes âgées de 15 à 19 ans comparativement à 44 % aux États-Unis. HENSHAW et VAN VORT (1990) estiment que ce haut taux chez les jeunes Américaines est dû à une plus faible utilisation de la contraception à cause de son coût et au fait qu'elle soit prescrite par un plus petit nombre de médecins. D'autres sources indiquent que la plus ou moins grande accessibilité des services d'avortement, les relations sexuelles à un âge précoce et le peu d'éducation sexuelle concourent à son explication (HENSHAW *et al.*, 1989). Au Canada, les adolescentes peuvent plus facilement obtenir une prescription pour des contraceptifs oraux et, bien souvent, elles les reçoivent gratuitement.

Cinquièmement, aux États-Unis, quel que soit leur âge, les femmes noires et hispaniques risquent de devoir recourir à l'avortement bien plus que les femmes blanches. Lorsqu'elles ne sont pas mariées, cette probabilité s'accroît. Par ailleurs, les femmes non blanches recourent à l'avortement pour espacer les naissances ou comme moyen de contraception lorsqu'elles ne veulent plus d'enfants alors que les femmes blanches l'utilisent plus souvent pour reporter la maternité. En 1983, à âge égal, parmi les femmes qui avaient interrompu une grossesse, 61 % des non-blanches avaient déjà un enfant contre 37 % des blanches. Quant aux adolescentes, le taux d'avortement est presque deux fois plus haut chez les adolescentes non blanches et hispaniques (68 %) que chez les blanches[6] (38 %). Chez les moins de 15 ans, ce taux est même cinq fois plus élevé (28 % contre 5 %) (HENSHAW, 1987).

L'accessibilité des services d'avortement au Canada

Entre 1970 et 1986, le nombre d'hôpitaux canadiens pouvant offrir des services d'avortement a plus que doublé (tableau 4).

La comparaison entre le graphique et le tableau 4 montre que dans les provinces où le nombre d'hôpitaux offrant des services d'avortement est plus important, celui des avortements pratiqués est également plus grand. Dès qu'il fut plus facile d'obtenir

5. Les démêlés du Dr Morgentaler avec la justice en témoignent.

6. On observe une différence semblable quant aux taux de grossesse et de naissance.

TABLEAU 4

Hôpitaux accrédités dotés d'un comité d'avortement thérapeutique, 1970-1986

	Canada	Colombie-Britanique	Ontario	Québec
1970.....	120	25	33	15
1975.....	254	47	102	32
1980.....	258	52	104	29
1986.....	245	54	94	32

Source: Statistique Canada (1990).

une interruption de grossesse[7], leur nombre officiel augmenta et, les avortements des Canadiennes aux États-Unis baissa. La légalisation et la disponibilité des services a aussi provoqué une réduction de la mortalité et de la morbidité féminines.

Malgré l'augmentation des services canadiens d'avortement, leur répartition demeure inégale. En 1977, le rapport du Comité fédéral sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement au Canada montrait que moins de la moitié (48 %) des hôpitaux satisfaisant aux normes provinciales dans le domaine avaient établi des comités d'avortement thérapeutique. Pour l'ensemble du pays, on comptait un hôpital doté d'un comité d'avortement thérapeutique et pratiquant des interruptions de grossesse pour chaque groupe de 23 026 femmes âgées de 15 à 44 ans. C'est au Québec que cette proportion était la plus basse : une pour 96 733 femmes. En Ontario, elle était de une pour 20 387 et en Colombie-Britannique, une pour 10 594. En outre, 38 % des hôpitaux canadiens avaient des exigences relatives au lieu de résidence ou avaient fixé des quotas. Au Québec, 67 % des hôpitaux le faisaient, en Ontario, 36 % et en Colombie-Britannique, 33 %. Des médecins interrogés, 22 % avaient déjà été membres d'un comité d'avortement thérapeutique. Parmi les autres, 39 % accepteraient d'y être nommés tandis qu'une proportion presque équivalente (35 %) refuserait, principalement pour des motifs personnels ou professionnels.

Au Québec, une enquête réalisée en 1976 montrait que 6 % de la population médicale avait déjà fait partie d'un comité d'avortement thérapeutique, une proportion moindre que pour l'ensemble du Canada (Carlos et Cloutier, 1976). Par ailleurs, la question de l'avortement était assez souvent abordée lors des consultations médicales puisque 41 % des médecins avaient reçu des demandes. De ce nombre, 38 % avaient dirigé les femmes vers un comité d'avortement thérapeutique. Le quart de ceux qui avaient reçu des demandes disaient avoir eu des difficultés à obtenir une

7. Dans le texte, l'expression « interruption de grossesse » est synonyme du mot « avortement ». Parce qu'une interruption de grossesse n'est jamais volontaire, nous préférons employer l'expression « interruption de grossesse » plutôt que « interruption volontaire de grossesse ».

interruption de grossesse pour leurs patientes. Parmi les médecins qui n'avaient pas conseillé d'adresse, la moitié (51 %) avait essayé de convaincre les femmes d'envisager une autre solution. Finalement, de toutes les demandes, 30 % avaient été acheminées à un comité d'avortement thérapeutique, 21 % à une clinique médicale américaine, 15 % à un autre médecin, 13 % à un centre de références, 10 % à une clinique médicale au Québec, 2 % à une clinique médicale dans une autre province canadienne et dans 9 % des cas, les médecins n'avaient ni dirigé les femmes ni accédé à leur demande. Enfin, un peu plus de la moitié (55 %) des demandes d'avortement avaient abouti à une interruption de grossesse. Donc, les femmes qui souhaitaient interrompre leur grossesse avaient une aussi grande probabilité de rencontrer un médecin favorable à l'avortement qu'un médecin défavorable, surtout dans les petites villes où leur nombre était restreint. Le comité d'avortement thérapeutique constituait un deuxième obstacle potentiel pour elles.

En 1980, une autre enquête québécoise sur les cliniques de planification familiale dans 27 hôpitaux de 8 régions révélait une grande obstruction de la part des conseils d'administration et des conseils de médecins des hôpitaux (Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit, 1986). En réaction, le ministère des Affaires sociales avait menacé de suspendre les budgets spéciaux aux hôpitaux qui n'offraient pas de services d'avortement alors que les fonds reçus leur étaient en partie destinés (O'NEILL, 1986). En même temps, à cause du manque de ressources et de la résistance des hôpitaux et sachant que les interruptions de grossesse pouvaient être pratiquées sans danger, quatre centres de santé de femmes et cinq C.L.S.C. de la région de Montréal avaient commencé à pratiquer des avortements et espéraient que d'autres les suivent. Dans les années 1980, le gouvernement québécois fermait les yeux sur les services d'interruption de grossesse dispensés dans les C.L.S.C. et dans les centres de santé de femmes. En 1987, un avortement sur cinq était réalisé soit dans l'un ou l'autre de ces endroits (HARNOIS, 1987).

En 1987 également, sur 149 centres hospitaliers existants, 35 offraient des services d'avortement, soit 6 de plus qu'en 1980, ce qui représentait presque le quart des hôpitaux québécois (tableau 2). Dans les C.L.S.C., le rapport était de 12 sur 168 (R.A.M.Q., 1990). Quatre centres de santé de femmes sur cinq avaient un service d'avortement. Quant aux cliniques médicales privées pratiquant des avortements, leur nombre est difficile à évaluer. On sait qu'environ le quart des interruptions de grossesse y sont pratiquées (tableau 3). D'autre part, certaines régions disposaient d'un seul service d'avortement[8]. Les régions du Montréal métropolitain et d'Estrie étaient les seules à offrir des services complets, soit des services d'avortement tardifs et des services pour les femmes de l'extérieur. Ce qui faisait qu'en 1987, 76 % des avortements de l'ensemble du Québec étaient pratiqués dans la région métropolitaine de Montréal. Selon certaines estimations, presque la moitié des interruptions de grossesse répertoriées dans la région de Montréal concernaient des femmes de

8. Côte-Nord, Estrie, Laurentides-Lanaudière et Outaouais.

l'extérieur de celle-ci, le pourcentage d'avortements qui y étaient pratiqués y étant supérieur à celui des femmes susceptibles d'y recourir[9] (R.A.M.Q., 1990). Enfin, 40 % des avortements se faisaient dans des hôpitaux anglophones. Toutefois, comme l'indique le tableau 5, la proportion d'avortements effectués dans la région métropolitaine de Montréal n'a pas cessé de diminuer. En 1972, elle était de 97 %, en 1989 de 44 % soit moins de la moitié.

TABLEAU 5

Avortements thérapeutiques pratiqués dans la région métropolitaine de Montréal et dans des cliniques, Québec, 1972-1988

	Région métropolitaine de Montréal	Cliniques Ensemble de la province
	%	%
1972.....	97	–
1978.....	89	26
1980.....	85	34
1985.....	75	25
1988.....	51	27

Source : Régie d'assurance-maladie du Québec (1990).

En Ontario, en 1987, l'accessibilité des services était plus grande qu'au Québec : plus de la moitié des hôpitaux agréés (95 / 176) y dispensaient des services d'avortement (Powell, 1987) et plus de 50 % des avortements effectués dans des hôpitaux l'étaient dans la communauté urbaine de Toronto, mais, à la différence de la région de Montréal, 66 % concernaient des femmes de cette région. De plus, 19 % des interruptions de grossesse étaient pratiquées en dehors du comté de résidence des femmes et 18 % des comtés avaient un service d'avortements tardifs. Pendant les années 1980, à l'instar de la pratique québécoise et en dépit de l'opposition du gouvernement provincial, quelques hôpitaux ontariens avaient outrepassé les règles des comités d'avortement thérapeutique et deux cliniques avaient ouvert leurs portes. Bien que ces dernières aient exigé des frais de la part des femmes, on estimait en 1986, que 5 000 femmes y avaient obtenu une interruption de grossesse (Henshaw et Jones, 1988). Deux ans plus tard, le gouvernement ontarien décidait de financer tous les avortements. Il prévoyait aussi établir des centres régionaux de santé pour femmes qui assureraient des services de contraception et d'avortement (Cook et Dickens, 1988).

9. En 1985, la région de Montréal métropolitain regroupait 30 % des femmes du Québec âgées de 15 à 44 ans.

La façon dont les services de santé sont organisés et leur degré d'accessibilité ont aussi une influence sur le choix des femmes qui demandent une interruption de grossesse. En Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec, les taux d'avortement sont assez semblables; ailleurs, la situation varie beaucoup. Les provinces de l'extrême ouest du pays et l'Ontario ont toujours enregistré les plus hauts. À l'inverse, les provinces maritimes ont toujours eu les taux les plus bas à l'exception de la Nouvelle-Écosse. Ces disparités résultent du mode d'application de la loi et d'une répartition inégale des services d'avortement (Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, 1977). C'est ainsi qu'en 1988, le taux d'avortement pour 100 naissances vivantes était de 3 % à l'Île-du-Prince-Édouard et de 6 % à Terre-Neuve. Par ailleurs, 100 % des femmes de l'Île-du-Prince-Édouard qui avaient demandé un avortement l'avaient subi dans une autre province, de même que 9 % de celles de Terre-Neuve (Statistique Canada, 1990). De 1983 à 1988, à l'Île-du-Prince-Édouard, aucun avortement n'a été déclaré. Toutefois chaque année entre 11 et 35 femmes de cette province ont obtenu une interruption de grossesse en se rendant dans une autre province. À l'exception de celles de la Nouvelle-Écosse, les femmes des Maritimes sont plus susceptibles que celles des autres régions canadiennes de devoir aller dans une autre province pour obtenir un avortement (Statistique Canada). Certes, ce ne sont pas uniquement les services d'avortement qui sont répartis de façon inéquitable à travers le pays ou dans les provinces, mais, à la différence de l'usage dans d'autres services de santé, les femmes à qui un médecin a refusé un avortement ne sont pas toujours dirigées vers un autre. Elles doivent aussi encourir des frais de déplacement vers une autre ville, ce qui pose un problème surtout pour celles des régions éloignées et pour les adolescentes (HARNOIS, ROSENBERG, 1977). Déjà, en 1977, en dépit du régime d'assurance-santé, le Comité fédéral sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement au Canada avait constaté que 20 % des femmes ayant eu un avortement avaient dû payer des frais en sus.

Enfin, quand la loi fédérale fut invalidée en 1988, le ministère québécois de la Santé et des Services sociaux a voulu élaborer un programme cadre en planification des naissances. On effectua deux sondages sur l'effet produit par le jugement de la Cour suprême sur la demande de services d'avortement, l'un auprès des centres hospitaliers québécois offrant des services d'avortement (Association des hôpitaux du Québec, 1988) et l'autre auprès des C.L.S.C. (BÉLANGER, 1988). Tous les hôpitaux sondés sauf un (23 sur 24) indiquaient qu'il n'y avait pas eu de hausse du nombre de demandes d'avortement. Les délais d'attente n'avaient pas non plus augmenté. Mais même s'ils n'avaient plus de comité d'avortement thérapeutique, la grande majorité (20 sur 24) avaient gardé ou mis en place une procédure d'évaluation ou des services de conseil ou d'assistance. Plusieurs hôpitaux estimaient que la principale conséquence de l'abrogation des comités d'avortement thérapeutique avait été de déculpabiliser les professionnels de la santé et les femmes. Enfin, les directeurs d'hôpitaux évoquaient le problème des avortements après douze semaines: il n'y avait pas de ressources bien identifiées même si plus l'interruption se fait tard, plus les risques de complications et de décès sont grands (BUEHLER *et al.*, 1985).

Pour ce qui est des C.L.S.C., contrairement aux hôpitaux, la moitié de ceux qui pratiquaient des avortements avaient noté une hausse des demandes après l'invalidation de la loi. Parmi ceux qui ne pratiquaient pas d'avortement, la très grande majorité (103 sur 106) faisaient des transferts de dossiers; quelques-uns (4) avaient une moyenne de transferts supérieure à 20 ou 30 par mois et un petit nombre (7) se disaient prêts à offrir des services d'avortement. Presque la moitié (41) des répondants de la même catégorie ne pensaient pas que leur C.L.S.C. accepterait de faire ce type d'intervention et la majorité (65) ne savaient pas dans quel sens leur C.L.S.C. irait ou s'abstenaient de répondre. Devant ces résultats, l'auteur du sondage (BÉLANGER, 1988) constatait qu'il n'y avait pas d'unanimité entre les C.L.S.C. sur la pratique de l'avortement: certains avaient une opinion très ferme, parfois au point d'être très engagés, mais la majorité d'entre eux étaient indécis ou la question n'y avait jamais été débattue. Il existait malgré tout une certaine ouverture, puisque presque tous les C.L.S.C. qui ne disposaient pas de services d'avortement faisaient des transferts. Plus un centre semblait favorable au droit à l'avortement, plus le nombre de transferts était élevé. Certains maintenaient quand même des restrictions. Dans quelques cas, les conseils d'administration avaient fixé un maximum d'interruptions de grossesse par mois. La plupart des centres qui pratiquaient des avortements le faisaient uniquement pour les femmes de leur territoire. Les uns hésitaient à développer des services d'avortement parce que leurs médecins manifestaient des réticences ou parce qu'ils estimaient que la proximité de ressources satisfaisantes ne justifiait pas un dédoublement de services. D'autres C.L.S.C. invoquaient le manque de ressources financières ou considéraient que la demande de services n'était pas assez importante, ce qui, selon l'auteur, était relatif. En effet, un sondage effectué auprès d'un C.L.S.C. montrait que sur environ 160 grossesses interrompues chez des mineures de son territoire, un très petit nombre de celles-ci s'étaient adressées au C.L.S.C. Dans un autre cas, sur 407 demandes dans l'année, seulement 90 avortements avaient été pratiqués.

En résumé, les points marquants de ces enquêtes à travers le pays sont que, d'une part, le nombre d'établissements offrant des services d'avortement a augmenté depuis 1970. Même si les comités d'avortement thérapeutique n'existent plus, la plupart des établissements ont maintenu une procédure d'évaluation (Association des hôpitaux du Québec, 1988 et BÉLANGER, 1988). D'autre part, la répartition inégale des services dépend souvent des valeurs dominantes dans le milieu, et dans certains endroits, les besoins des femmes paraissent souvent peu connus, les quelques demandes ne signifiant pas automatiquement qu'ils soient faibles.

Dans ce contexte, malgré la disponibilité des services et malgré le plus grand nombre d'interventions pratiquées, peut-on vraiment dire que de plus en plus de médecins acceptent l'avortement?

Les arguments et dispositions favorables à l'avortement

Dans les pays où la législation sur l'avortement a été libéralisée, le facteur décisif qui a poussé les médecins à demander la libéralisation a été la protection de la vie et de la santé des femmes[10] (WILSON, 1971). Au Canada, pendant les années 1960, par l'intermédiaire de l'Association médicale du Canada, des médecins ont réclamé en plus une libéralisation de la loi lorsqu'il y avait un risque important que le fœtus naisse dans un état tel qu'il requière des traitements sa vie durant ou que son espérance de vie soit abrégée (NISWANDER, 1966; ROVINSKY, 1967). Le cas américain *Finkbine* avait provoqué un nouveau questionnement: une femme ayant donné naissance à un enfant handicapé par suite d'un traitement à la thalidomide contre les nausées, l'état de santé du fœtus devenait un critère d'avortement. Par ailleurs, les progrès de l'obstétrique ont poussé des médecins à réclamer un assouplissement de la loi afin d'être protégés d'une éventuelle responsabilité criminelle, car ils ne pouvaient plus vraiment invoquer les risques purement physiques d'une grossesse pour justifier un avortement. Plus tard, pendant les années 1970, des motifs sociaux se sont ajoutés. Des médecins estimaient que la décision d'avorter appartenait à la femme et qu'il ne leur revenait pas d'en juger. Ce n'était pas à eux non plus de définir le seuil d'acceptabilité de l'avortement: c'était aux femmes et aux couples de poser leurs limites selon leurs propres aspirations (HENSHAW, 1982; POWELL, 1987). Mais c'est tout récemment que des médecins ont souhaité que l'avortement devienne un acte médical auquel toutes les femmes devraient avoir droit. D'autres se sont ralliés dans le camp adverse.

Les médecins favorables à l'avortement ont voulu faire adopter différentes mesures pour rendre la pratique de cet acte plus efficiente et plus accessible. Lors de l'amendement législatif de 1969, l'Association médicale du Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et l'Association psychiatrique du Canada avaient voté contre les comités d'avortement thérapeutique. Elles préconisaient plutôt l'avortement sur demande, soutenant que les médecins ne devaient pas être placés dans des positions d'éthiciens ou de «faiseurs de morale» (SCHWENGER, 1973). D'autres demandaient l'annulation de ces comités parce qu'ils constituaient un frein à la dispensation des services, que leur rigidité était responsable du «magasinage», des complications médicales dues aux avortements tardifs ainsi que d'une plus grande charge de travail dans les hôpitaux plus libéraux en matière d'avortement (WILSON, 1971). D'aucuns proposaient que la loi sur l'avortement soit retirée du Code criminel car l'augmentation du taux et des motifs d'avortements non médicaux

10. En 1968, à la veille de l'amendement à la loi canadienne sur l'avortement, la littérature médicale faisait état de trois catégories d'indications à l'avortement: 1. maladies organiques de la femme: cardio-vasculaires, rénales, infectieuses ou autres comme un diabète grave ou une tuberculose avancée, neurologiques, tumeurs malignes; 2. maladies psychiatriques de la femme: psychoses, névroses, alcoolisme, retard mental...; 3. indications d'origine fœtale et eugénique: incompatibilité sanguine, rubéole, médicaments comme la thalidomide ou la testostérone, changements chromosomiques et malformations du système nerveux central (NISWANDER, 1966; REVINSKY, 1967).

indiquait qu'elle était inefficace (Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, 1977). Par ailleurs, certains recommandaient que les services d'avortement soient intégrés aux services de planning familial. Selon Schwenger, les cliniques de planification des naissances ainsi que le personnel médical ne pourraient pas ignorer la question de l'avortement aussi longtemps qu'existeraient la pauvreté, le manque d'éducation et l'imprévisibilité des comportements humains. Mais, au début, peu de médecins voyaient le planning familial comme une partie intégrante de leur travail (BALL, 1972). Aujourd'hui, les médecins qui sont favorables à l'avortement considèrent généralement qu'une éducation sexuelle plus adéquate et un accès plus facile à la contraception représentent les meilleures mesures préventives pour réduire le taux d'avortement (POWELL, 1987).

Cependant, les médecins n'appliquent pas tous les mêmes critères d'acceptabilité et d'accessibilité. Certains admettent l'avortement par conformité à une figure d'autorité ou à une affiliation sociale ou encore pour des raisons économiques. Par exemple, devant une anomalie fœtale, on fait valoir qu'il en coûte moins cher à la société d'interrompre la grossesse que d'élever un enfant handicapé (FLETCHER et WERTZ, 1989). Pour d'autres, l'avortement est acceptable, car les familles n'ont pas toujours la capacité de prendre en charge un enfant handicapé dans une société très uniformisante (DOUCET, 1984). Enfin, pour certains, la pratique de l'avortement prévient des naissances non désirées, ces dernières pouvant devenir une tragédie personnelle et sociale (POWELL, 1987).

Les arguments et dispositions défavorables à l'avortement

Chez les médecins ayant une attitude défavorable à l'interruption de la grossesse, un des motifs les plus fréquemment invoqués est qu'un avortement constitue un acte criminel car le fœtus a une identité indépendante de celle de la mère. Ensuite, on rappelle que l'avortement est proscrit par l'Église (CALLAHAN, 1986). En effet, le Concile a condamné «l'attentat direct à la vie du fœtus mais pas les traitements qui s'imposent pour sauver la vie de la femme et qui entraîne parfois, sans qu'on la veuille ou la recherche, la mort du fœtus», mais il a aussi reconnu qu'«il est difficile de déterminer avec exactitude le moment où l'on peut être sûr du caractère humain du fœtus mais, aux derniers stades de son développement, le doute, au moins, n'est pas possible» (*Bulletin des infirmières catholiques du Canada*, 1968). D'autres médecins soutiennent que l'interruption de la grossesse a des conséquences psychologiques et physiques trop lourdes pour les femmes (DOUCET, 1984.), d'autant plus que le seuil de viabilité du fœtus s'abaisse; en 1985, il était environ à 24 semaines de gestation. D'autres sont réticents à un avortement thérapeutique à la suite d'une amniocentèse car, disent-ils, une anomalie est si rarement décelée qu'il n'est pas justifié de s'attarder sur la question de l'avortement dans ce cas (BECK, 1990). C'est d'ailleurs ce que pensaient plusieurs médecins canadiens en 1967 lors des propositions de modification à la loi. Certains craignent des effets pervers des diagnostics

génétiques: stigmatisation, discrimination ou encore contradictions entre l'avortement et les buts de la médecine (BECK, 1990). Enfin, des médecins acceptent difficilement l'avortement, influencés qu'ils sont par leur milieu de travail: ambivalence des collègues, crainte des manifestations publiques comme le piquetage par les adversaires de l'avortement, peur des poursuites judiciaires (ROE, 1989).

Les médecins réfractaires à l'avortement ont essayé d'en limiter la pratique par différentes mesures. L'imposition du minimum de trois médecins pour rendre une décision d'avortement thérapeutique empêchait les petits hôpitaux de mettre sur pied le service requis. Il y avait autant d'interprétations de la loi que d'hôpitaux. Par exemple, dans plusieurs, la tendance était d'inclure une infirmière au sein du comité d'avortement thérapeutique (Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, 1977; WILSON, 1971) ou un psychiatre puisque les indications d'avortement étaient en majorité d'ordre psychologique ou psychosocial (FONTAINE, 1973). Parmi d'autres mesures imposées par des services d'avortement, on peut citer l'argument d'un nombre insuffisant de lits, l'exigence du consentement des parents pour les adolescentes, le coût de l'intervention (variable d'un endroit à l'autre), la lenteur à traiter les demandes (KRASS, 1977). Enfin, pour les médecins affiliés à un hôpital, la pratique de l'avortement dépendait des privilèges d'hospitalisation ou de chirurgie que leur accordait l'institution et du règlement hospitalier.

Ces différentes opinions et conduites des médecins peuvent être déterminantes pour limiter l'accès aux services d'avortement. En 1977, le Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement remarquait que la décision prise par les médecins au sujet de l'avortement n'était que peu fondée sur des raisons liées à leur aptitude à pratiquer cette intervention:

> La décision prise par les médecins de famille, les obstétriciens-gynécologues et les chirurgiens généraux était plutôt basée sur leur opinion personnelle à l'égard de l'avortement, sur le type de pratique médicale exercée et sur les coutumes médicales locales qui déterminaient la nature des privilèges en chirurgie que l'hôpital leur avait accordés (Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, 1977, p. 154).

Les attitudes des médecins envers l'avortement

Le tableau 6 présente les résultats de différentes enquêtes sur les attitudes de la population médicale envers l'avortement.

On observe qu'une large proportion des médecins ont toujours accepté d'interrompre une grossesse pour des raisons médicales. Dans les cas d'anomalies fœtales, trisomie 21, *spina bifida* ou autres, la grande majorité y souscrit, les médecins américains le faisant dans une proportion légèrement plus grande que les canadiens. Aux États-Unis, au cours des 20 dernières années, 97% des diagnostics prénatals révélant une trisomie 21 ont conduit à un avortement (TIETZE et HENSHAW, 1983). Mais il faut noter que les avortements faisant suite à un diagnostic prénatal positif représentent moins de 1% de l'ensemble des interruptions de grossesse.

TABLEAU 6

Les attitudes des médecins envers les conditions d'acceptation de l'avortement et la loi

Enquêtes*	Anomalies fœtales %	Santé physique de la femme %	Santé mentale de la femme %	Motifs socio-économiques %	Sur demande %	À la demande de la femme ou sur les recommandations du médecin %	La liberté de choix est un droit absolu %	L'avortement ne devrait jamais être pratiqué %	La loi devrait être changée pour rendre l'avortement illégal après 16 semaines de grossesse %	Orientation idéologique de la loi %
American College of Obstetricians and gynecologists, Washington, 1971[1]						83		17		
Carlos et Cloutier, 1976[2]	83	83	81	39	30	54		14	13	trop libérale 13 trop restrictive 53 satisfaisante 34

Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, Canada, 1977[3]	82	92	82	54	22	31	55	17	59	trop libérale 21 trop restrictive 53 satisfaisante 30
Weitz, Arizona, 1979[4]	96									
American College of Obstetricians and gynecologists, Washington, 1985[5]	91	94	84	71	75			13		
Renaud *et al.*, Québec, 1991[6]	71 (Trisomie 21)						57			

* Enquêtes par questionnaire auprès de
1. 1 300 obstétriciens et gynécologues;
2. l'ensemble de la population médicale: 1 140 médecins ont répondu;
3. 3 133 obstétriciens, gynécologues et médecins de famille;
4. 445 obstétriciens, gynécologues, omnipraticiens et pédiatres;
5. 1 300 obstétriciens et gynécologues;
6. 746 obstétriciens, omnipraticiens, échographes et pédiatres.

Quand il y a risque pour la santé physique ou mentale de la femme, le taux d'acceptation de l'avortement par les médecins est aussi très élevé. Ces résultats ne sont pas surprenants puisque la loi autorise l'avortement justement dans ces conditions médicales.

En revanche, les médecins sont moins nombreux à accepter d'interrompre une grossesse pour des motifs non médicaux. Toutefois, tel qu'indiqué dans le tableau 4, le taux d'acceptation tend à augmenter. On sait par ailleurs qu'aujourd'hui, 31 % des médecins québécois considèrent que l'interruption volontaire de grossesse n'est pas moins acceptable que l'avortement d'un fœtus atteint d'une anomalie (RENAUD *et al.*, 1991). À la lumière de ces chiffres, on peut dire qu'interrompre une grossesse pour des raisons sociales est devenu légitime pour plus de médecins qu'auparavant. Dans les années 1970, Carlos et Cloutier (1976) et l'American College of Obstetricians and Gynecologists (1971) avaient constaté qu'à l'exception d'une grossesse consécutive à un viol, un rapport incestueux ou d'une grossesse chez une mineure, les autres motifs non médicaux d'avortement ne faisaient pas l'unanimité dans la population médicale.

Les attitudes selon les caractéristiques sociodémographiques

L'acceptation de l'interruption de grossesse dépend-elle également de caractéristiques sociodémographiques des médecins? Toujours au Québec, en 1976, les jeunes médecins montraient plus de libéralisme envers l'avortement, tout comme ceux de religion protestante ou juive (CLOUTIER et CARLOS, 1976). C'était surtout l'âge et les antécédents religieux qui influençaient l'opinion de la population médicale. Ainsi, c'est parce qu'ils étaient plus âgés que les omnipraticiens acceptaient moins comme motifs valables d'un avortement les conditions sociales des femmes et non parce qu'ils étaient omnipraticiens. C'est aussi parce qu'elles étaient plus jeunes que les femmes acceptaient plus de motifs à l'avortements, de même que c'est parce qu'ils étaient plus jeunes et non catholiques que les médecins anglophones acceptaient plus fréquemment l'interruption de grossesse. Par contre, l'année suivante, à l'échelle nationale, le Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement observait que, considérés dans leur ensemble, l'âge des médecins, leur sexe, leur religion, leur langue, leur spécialisation ou leur lieu de travail au Canada étaient sans rapport avec la variété des raisons pour lesquelles ils appuieraient une demande d'avortement: la question de l'avortement préoccupait les médecins, quels que fut leur origine sociale et le genre de leur pratique médicale. En 1985, on s'aperçut aussi que les gynécologues et les obstétriciens de Washington D.C. étaient moins réticents à l'avortement dans certaines circonstances lorsqu'ils avaient moins de 35 ans. En 1991, au Québec, il semble que ce soit surtout la pratique religieuse, la langue et la spécialité qui sont déterminants pour l'acceptation de l'interruption de grossesse. Les médecins pratiquants, francophones et les omnipraticiens ont tendance à accepter l'interruption volontaire de grossesse moins souvent que les autres (RENAUD *et al.*, 1991). En conclusion, il est donc difficile de dresser un portrait du médecin favorable ou réfractaire à l'avortement.

Qui doit décider?

En 1971, 83% des gynécologues et des obstétriciens de Washington D.C. estimaient que l'avortement devait être pratiqué à la demande des femmes ou sur les recommandations du médecin (American College of Obstetricians and Gynecologists). Au Canada, six ans plus tard, 31% des médecins partageaient cette opinion et 55% considéraient que la liberté de choix envers l'avortement était un droit absolu des femmes (Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, 1977). L'année précédente, en 1976, au Québec, 54% de l'ensemble des médecins acceptaient aussi l'avortement à la demande des femmes ou sur les recommandations d'un médecin et 30% restreignaient le cercle des personnes dont on devait obtenir l'accord aux seules femmes directement concernées (CARLOS et CLOUTIER, 1976). En 1991, malgré le fait que la majorité des médecins québécois soient favorables à la liberté de choix, 64% d'entre eux pensent que dans certaines situations, il est nécessaire d'influencer la décision des parents de poursuivre ou non une grossesse (RENAUD *et al.*, 1991). Au Québec, les médecins n'étaient en 1976 que 30% à être d'accord pour laisser aux femmes la décision d'interrompre une grossesse. En 1991, c'est plus de la moitié d'entre eux (57%) qui estiment que la liberté de choix est un droit absolu des femmes. Que peut-on conclure? Qu'il est difficile, globalement, de déterminer si, pour le corps médical, la décision d'avorter revient exclusivement aux femmes ou doit être prise en tenant compte de la recommandation des médecins. Il semble cependant se dégager une volonté de la part des médecins d'être consultés, à défaut de pouvoir s'impliquer davantage dans la décision d'interrompre une grossesse.

Les opinions des médecins sur les normes d'acceptabilité de l'avortement et les conditions d'accessibilité sont donc très diverses. Certains acceptent l'avortement pour plusieurs motifs, d'autres lui sont radicalement opposés ou presque; l'acceptation selon des motifs médicaux est restée au fil des ans relativement constante et uniforme. Quant aux motifs non médicaux, ils ne font pas l'unanimité mais on remarque une plus grande flexibilité.

Pourtant, même si maintenant une majorité de médecins canadiens est favorable au droit à l'avortement, même si le nombre d'avortements augmente et même s'il y a en général plus de ressources, celles-ci demeurent restreintes. Dans la plupart des régions du pays, il n'existe pas de services complets d'interruption de grossesse. Par ailleurs, les hôpitaux étaient jusqu'en 1988 les seuls lieux légalement autorisés à effectuer des avortements, mais aucune disposition législative ne les obligeait à le faire. On assiste plutôt à une spécialisation de quelques établissements largement concentrés dans les grands centres urbains plutôt qu'à une offre régionalisée de services complets. Dans plusieurs régions, on tend à réunir les services d'avortement dans un seul hôpital (HARNOIS, 1987 et POWELL, 1987). Quel que soit l'endroit, il est souvent fait mention du manque de médecins acceptant de pratiquer des avortements.

*
* *

Que peut-on tirer de ces observations ? En 1981, Nathanson et Becker observaient que certaines valeurs et attitudes personnelles des médecins pouvaient être modifiées par des structures externes ou par des contraintes normatives comme le lieu ou le type de pratique. En 1987, en Ontario, des médecins se plaignaient d'être victimes de harcèlement du personnel hospitalier ou médical qui était contre le droit à l'avortement. Quelques-uns subissaient une perte de clientèle. Des hôpitaux avaient cessé de dispenser des services d'avortement ou avaient imposé des quotas à la suite de menaces de perdre une partie de l'aide financière (POWELL, 1987). D'autres facteurs entrent aussi en ligne de compte dans la détermintation des taux locaux d'interruption de grossesse. On l'a vu dans la région montréalaise où un rapport très important existe entre le nombre d'avortements pratiqués et le nombre de femmes âgées de 15 à 44 ans. De même les disparités entre les régions ne sont pas liées à des différences de comportement entre les femmes mais plutôt à des circonstances socioculturelles qui, localement, empêchent ou favorisent l'implantation de services d'avortement (GINSBURG, 1989 ; HARNOIS, 1987 ; POWELL, 1987). Par exemple, des raisons de confidentialité peuvent pousser certaines femmes vivant en milieu rural à demander un avortement en ville. Ailleurs, ce sont les valeurs conservatrices du milieu auxquelles les intervenants doivent faire face ou les réticences des médecins pour des motifs religieux ou d'éducation qui expliquent les différences, sans oublier bien sûr l'importance de la proximité de ressources, la perception plus ou moins bonne des demandes d'avortement, etc. (BÉLANGER, 1988 et HARNOIS, 1987).

Pour le moment, ce qui importe surtout, pour nombre de médecins, c'est que les services d'avortement soient intégrés aux programmes de planification familiale, car l'éducation en matière de contraception est une des actions qui leur semblent les plus susceptibles de limiter le nombre croissant d'avortements. Les débats éthiques et juridiques ne résoudront pas à eux seuls le problème de l'avortement. Puisque l'utilisation ou la non-utilisation de contraceptifs est une question sociale et d'éducation, le corps médical peut donner son opinion sur l'avortement, mais ne peut pas apporter toutes les réponses à la myriade de questions soulevées dans le débat qui l'entoure. De plus, vu le rôle important qu'ils jouent dans la pratique des avortements, leur réticence à prendre fermement position peut être bénéfique pour le respect des libertés. Les personnes favorables au droit à l'avortement peuvent y recourir, les médecins qui l'admettent peuvent le pratiquer ; ceux que cet acte répugne n'ont pas à le subir ou à le faire. Malgré le fait que la Cour suprême du Canada ait recommandé un accès à l'avortement équitable et raisonnable, tout comme avant 1988, rien n'oblige les hôpitaux et les médecins à offrir les services nécessaires. Cependant, pour que soit respectée cette décision, les hôpitaux et les médecins doivent le faire sinon ils prennent par le fait même une mesure visant à décourager les femmes d'exercer leur droit constitutionnel à l'avortement (DWORKIN, 1989). Les médecins n'ont certes pas une obligation de supporter l'exercice de tous les droits constitutionnels. Mais, tel que le souligne Dworkin, il en va autrement lorsqu'un hôpital, un médecin utilisent sa maîtrise des ressources essentielles pour empêcher des femmes d'exercer leurs droits, alors qu'il ne leur est pas demandé, indubitablement, de soutenir la décision qu'elles ont prise.

Bien que fréquemment demandé, l'avortement tend donc à rester rare. Au Québec, avec la réforme de la santé de 1991, les instances régionales devront déterminer leurs services prioritaires. Qu'adviendra-t-il des services d'avortement? Si la Loi canadienne sur la santé concède au gouvernement fédéral les moyens d'inciter les provinces à se conformer, sa volonté d'agir dépend à la fois de la priorité qu'il donne aux droits des femmes, de l'importance qu'il attache au financement de leur accès aux soins relatifs à la reproduction, et de sa conception même des relations fédérales-provinciales (MARTIN, 1989). Si le corps médical —ainsi que les législateurs— considère l'avortement comme une question de santé plutôt qu'une question législative et politique, alors les principes d'universalité, d'accessibilité et d'intégralité relatifs aux services d'avortement devront être mieux appliqués qu'ils ne le sont actuellement.

Béatrice GODARD

Centre hospitalier Côte-des-Neiges.

BIBLIOGRAPHIE

AYMÉ, Ségolen, *et al.*, «Prenatal diagnosis of birth defects: Accessibility, acceptability and 1989 effectiveness in the Bouches-du-Rhône area, France», *Prenatal Diagnosis*, IX, 2: 307-309.

American College of Obstetricians and Gynecologists, *Report on A.C.O.G. survey of attitudes toward* 1985 *elective abortions*, Washington, Needham Porter Novelli, 22 p.

Association des hôpitaux du Québec, *Sondage sur les services d'avortement*, 6 p.
1988

BALL, M. J., «Obstacles to progress in family planning», *Canadian Medical Association Journal*, 106, 1972 3: 227-231.

BECK, Malcolm N., «Eugenic abortion: an ethical critique», *Canadian Medical Association Journal*, 1990 143, 3: 181-186.

BÉLANGER, Jean-Pierre, *Faits saillants du sondage-éclair auprès des C.L.S.C. sur l'avortement*, 1988 Montréal, Fédération des C.L.S.C. du Québec, 10 p.

BOUÉ, André, *Médecine prénatale: biologie clinique du fœtus*, Paris, Flammarion, 293 p.
1989

BUEHLER, James W., *et al.*, «The risks of serious complications from induced abortion: do personal 1985 characteristics make a difference?», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 153, 1: 14-20.

Bulletin des infirmières catholiques du Canada, «Statement by the Canadian Catholic Episcopate on 1968 Abortion», 35, 1: 3-10.

CALDERONE, M. S. (dir.), «Abortion in the United States», *Report on the 1955 Arden House Conference* 1958 *on Abortion*, New York, Hoeber Harper.

CALLAHAN, Daniel, «How Technology is Reframing the Abortion Debate», *Hastings Center Report*, 1986 February, 33-43.

CAMPBELL, Robert M. et Leslie A. PAL, *The Real Worlds of Canadian Politics*, Peterborough, 1989 Broadview Press.

CARLOS, Serge et Édouard CLOUTIER, *Les médecins québécois et l'avortement*, Montréal, Corporation 1976 professionnelle des médecins du Québec, 96 p.

CLARKE, Alan B., «Abortion: an analysis and survey of empirical data concerning the abortion issue» 1978 *Crime and Justice*, 6, 16.

COLLINS, Anne, *L'avortement au Canada: l'inéluctable question*, Montréal, Éditions du Remue- 1987 Ménage, 319 p.

Comité Famille-Enfance, *Avis sur la grossesse à l'adolescence*, Québec, Association des hôpitaux du 1987 Québec.

Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, *Rapport du Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement*, Ottawa, Ministère des approvisionnements et des services, 1977.

Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, *Mémoire présenté au Comité législatif sur le* 1990 *projet de loi C-43*, Ottawa, 46 p.

Conseil de recherches médicales du Canada, *Document de consultation concernant la recherche sur la* 1989 *thérapie génique somatique*, Ottawa, Conseil de recherches médicales du Canada, 41 p.

Conseil du statut de la femme, *La question de l'avortement au Québec*, Québec, Gouvernement du 1990 Québec, 4 p.

Conseil du statut de la femme, *Avis sur la question de l'avortement au Québec*, Québec, Gouvernement 1988 du Québec, 49 p.

COOK, Rebecca J. et Bernard M. DICKENS, «International developments in abortion laws», *American* 1988 *Journal of Public Health*, 78, october, 1305-1311.

Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit, *L'avortement: la résistance tranquille du* 1986 *pouvoir hospitalier*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 94 p.

DARROCH FORREST, Jacqueline, «The delivery of Family Planning Services in the United States», 1988 *Family Planning Perspectives*, 20, 2.

DARROCH FORREST, Jacqueline, *et al.*, «Abortion in the United States, 1976-1977», *Family Planning* 1978 *Perspectives*, 10, September-October.

DOUCET, Henri, «Le diagnostic prénatal: interprétation culturelle et réflexions éthiques», *Laval* 1984 *théologique et philosophique*, 40, 1: 31-48.

DWORKIN, Ronald, «La controverse sur l'avortement aux États-Unis», *Esprit*, 155: 64-84, 1989.

Fédération des centres locaux de services communautaires du Québec, *Position de la Fédération des* 1978 *C.L.S.C. du Québec sur la planification des naissances et l'avortement*, Québec, La Fédération des centres locaux de services communautaires du Québec, 22 p.

FLETCHER, John C. et Dorothy C. WERTZ, *Ethics and Human Genetics? A Cross-Cultural Perspective*, 1989 New York, Springer-Verlag, 536 p.

FONTAINE, Jean-Guy, «Work of the therapeutic abortion committee at Notre-Dame Hospital», *Union* 1973 *médicale du Canada*, 102, 11: 2328-2330.

FRANCOME, Colin, *Abortion freedom: a worldwide movement*, London, G. Allen and Unwin, 241 p. 1984

GINSBURG, Faye D., *Contested Lives: The Abortion Debate in an American Community*, Berkeley, 1989 University of California Press, 315 p.

GIOVANNI, Édouardo, *Discours d'ouverture du congrès suisse de bioéthique*, Lausanne. 1986

GLENDON, Mary-Ann, «Abortion and Divorce in Western Law: American Failures, European 1987 Challenges», *Contemporary Sociology*, 19, 2.

HARNOIS, Luce, *L'accessibilité et la qualité des services d'avortement au Québec*, Montréal, 1989 Regroupement des centres de santé de femmes du Québec, 136 p.

HARNOIS, Luce, *Rapport de recherche sur l'avortement au Québec*, Montréal, Regroupement des centres 1987 de santé de femmes du Québec, 101 p.

HENSHAW, Stanley, «Characteristics of U.S. Women Having Abortions, 1982-1983», *Family Planning* 1987 *Perspectives*, 19, 1.

HENSHAW, Stanley, «*Free Standing Abortion Clinics:* Services, Structures, Fees», *Family Planning* 1982 *Perspectives*, 14, 5: 248-256.

HENSHAW, Stanley, *et al.*, *Teenage Pregnancy in the United States: The Scope of the Problem and State* 1989 *Responses*, The Alan Guttmacher Institute, New York.

HENSHAW, Stanley et Elise F. JONES, «The delivery of family planning services in Ontario and 1988 Quebec», *Family Planning Perspectives*, 20, March-April: 80-87.

HENSHAW, Stanley et Jennifer VAN VORT, «Abortion Services in the United States, 1987 and 1988», 1990 *Family Planning Perspectives*, 22, 3: 102-108.

HENSHAW, Stanley et Jennifer VAN VORT, «Teenage abortion, birth and pregnancy statistics: an 1989 update», *Nursing Outlook*, 21, 33: 121-133.

JULIAN, Christiane, *et al.*, «Physicians' acceptability of termination of pregnancy after prenatal 1989 diagnosis», *Prenatal Diagnosis*, 9, 2: 77-89.

KEOWN, John, *Abortion, Doctors and the Law: Some aspects of the Legal Regulation of Abortion in* 1988 *England from 1803 to 1982*, Cambridge, Cambridge University Press, 212 p.

KRASS, M. E., «Assessment of the structure and function of the therapeutic abortion committee», 1977 *Canadian Medical Association Journal*, 116, 7: 786-790.

LUKER, Kristin, *Abortion and the politics of motherhood*, Berkeley, University of California Press, 1984 324 p.

MARGOLIN, C. R., «Attitudes Toward Control and Elimination of Genetic Defects», *Social Biology*, 25, 1978 1: 33-37.

MARTIN, Sheilah L., *La reproduction féminine, la Charte canadienne des droits et libertés et la loi* 1989 *canadienne sur la santé*, Ottawa, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 128 p.

MCDONNELL, Kathleen, *Not An Easy Choice. A Feminist Re-Examines Abortion*, Toronto, The 1984 Women's Press, 157 p.

MCLAREN, Angus et Arlene TIGAR MCLAREN, *The Bedroom and the State. The Changing Practices of* 1986 *Contraception and Abortion in Canada, 1880-1980*, Toronto, McClelland & Stewart Limited, 186 p.

NATHANSON, C. A. et M. H. BECKER, «Professional Norms, Personal Attitudes and Medical Practice: 1981 The Case of Abortion», *Journal of Health and Social Behavior*, 22: 198-211.

NISWANDER, K. R., «Therapeutic abortion: Indications and technics. Review of 504 therapeutic
1966 abortions in 2 medical school hospitals», *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28: 124-129.

O'NEILL, Michel, *Innovative Practices in State funded community health agencies: the case of Quebec's*
1986 *community health departments*, Québec, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.

PETCHEVSKY, Rosalin P., *Abortion and women's choice: the state, sexuality and repression*, Boston,
1985 Northeastern University Press, 404 p.

POWELL, Marion, *Rapport sur l'avortement thérapeutique en Ontario*, Toronto, Ministère de la Santé,
1987 58 p.

R c. Morgentaler, 47 O.R. (2d) 353.
1984

Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.), *Données non publiées*, Service de l'analyse et de
1990 la prévision démographiques.

RENAUD, Marc, *et al.*, «Diagnostic prénatal et choix de société: le non dit du développement
1991 technologique», *Santé publique Revue multidisciplinaire pour la recherche et l'action.*

RHODES, P., «A gynecologist's view», in *Abortion in Britain Proceeding of a Conference at the*
1966 *University of London*, London, Pitman.

ROVINSKY, Joseph J., «Current trends in therapeutic termination of pregnancy», *American Journal of*
1967 *Obstetrics and Gynaecology*, 98, 1: 11-17.

ROE, Kathleen M., «Private Troubles and Public Issues: Providing Abortion amid Competing
1989 Definitions», *Social Science and Medicine*, 29, 10: 1191-1198.

Roe c. *Wade*, 410 U.S. 113, 93 S.Ct.705.
1973

ROSENBERG, M. W., «Linking the geographical, the medical and the political in analysing health care
1988 delivery systems», *Social Science and Medicine*, 26, 1: 179-186.

SAVAGE, Wendy et Colin FRANCOME, «Gynaecologists' Attitudes to Abortion», *The Lancet*, Decem-
1989 ber 2: 1323-1324.

SCHWENGER, Cope W., «Abortion in Canada as a public health problem and as a community health
1973 measure», *Canadian Journal of Public Health*, 64, 3: 223-230.

Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, Rapports sur la santé*, 2, 1-3, 63 p. 1990

TIETZE, Christopher et Stanley HENSHAW, *Induced abortion: a world review*, New York, Population
1983 Council, 143 p.

WEITZ, Rose, «Barriers to Acceptance of Genetic Counseling Among Primary Care Physicians», *Social*
1979 *Biology*, 26, 3: 189-197.

WILSON, Edward, «The organization and function of therapeutic abortion committees», *Canadian*
1971 *Hospitals*, 48, 12: 38-40.