

La SOGC plaide en faveur de l'accès aux soins d'avortement de haute qualité

Wendy V. Norman, M.D., MHSc;^{1,2} R. Douglas Wilson, M.D.;^{3,4} Diane Francoeur, M.D.^{4,5}

¹Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.

²Faculté de santé publique et de politiques, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, R.-U.

³Département d'obstétrique et gynécologie, Cumming School of Medicine, Université de Calgary, Calgary, Alb.

⁴Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa, Ont.

⁵Département d'obstétrique et gynécologie, Université de Montréal, Montréal, Qc.

Nous traversons une période sans précédent. À une époque où les restrictions limitent l'accès à l'avortement dans à peine une poignée de territoires dans le monde, les Américaines ont maintenant moins de droits reproductifs qu'en avaient leurs mères et grands-mères^{1,2}. Malgré la crise sanitaire qui pointe à l'horizon chez nos voisins du sud, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) demeure fermement en faveur du choix reproductif et de l'accès équitable à des soins d'avortement sécuritaires de haute qualité pour toutes les personnes du Canada et du monde entier. Elle joint sa voix à celles de la FIGO et de plus de 100 organismes de santé dans le monde pour condamner la décision de la Cour suprême des États-Unis de revenir en arrière en matière de droit à l'avortement. Maintenant plus que jamais, la SOGC affirme l'objectif énoncé dans sa [déclaration de principes de 2019 sur l'accès aux services d'avortement](#) : « de veiller à ce que toutes les Canadiennes obtiennent le même accès à des fournisseurs de soins de santé bien formés et disposés à offrir un choix d'interruption chirurgicale ou médicamenteuse, dans un réseau de soins sécuritaire, près de chez elles ».

L'accès équitable à des soins d'avortement est un droit fondamental de la personne. Au Canada, l'ensemble des options reproductives sont disponibles depuis la légalisation de l'avortement en 1969. Puis, en 1988, l'accès s'est amélioré lorsque le Canada est devenu l'un des premiers pays à complètement décriminaliser l'avortement. En 2017, la mifépristone a fait son entrée sur le marché canadien pour l'avortement médicamenteux précoce et a rapidement été adoptée, ce qui a amélioré l'accès dans l'ensemble des provinces et territoires (excepté le Québec)³ tout en assurant la sûreté des soins⁴. Même si près de la moitié des avortements réalisés dans les provinces hors du Québec sont médicamenteux, les besoins concernant l'avortement chirurgical, surtout au deuxième trimestre,

demeurent. En ce qui concerne l'avortement chirurgical, il est difficile pour le Canada de garantir une répartition des effectifs de fournisseurs de soins qualifiés qui permettrait de répondre aux besoins des patientes aux quatre coins de notre vaste pays. La SOGC s'efforce d'améliorer l'accès équitable à des services d'avortement médicamenteux et chirurgical de haute qualité par ses activités stratégiques d'élaboration de directives cliniques, de formation et de défense des intérêts.

Depuis 1996, elle a rédigé les directives cliniques nationales pour orienter les soins d'avortement. La SOGC suit d'ailleurs un processus des plus rigoureux pour leur élaboration afin de veiller à ce que ses recommandations restent à jour en s'appuyant sur l'évaluation méthodique et la synthèse des données probantes les plus récentes et de la plus haute qualité. En plus des directives cliniques pour l'avortement médicamenteux et chirurgical, le comité sur la santé sexuelle et l'équité en matière de reproduction de la SOGC a publié récemment une orientation sur la [prestation de soins d'avortement par télémédecine](#) et sur l'[accès aux soins d'avortement pendant la pandémie](#).

La SOGC et ses membres ont élaboré et offrent des programmes de formation et des outils pratiques sur les soins d'avortement. Lorsque la mifépristone a été homologuée au Canada, la SOGC, en collaboration avec Santé Canada, a convoqué le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des pharmaciens du Canada pour

J Obstet Gynaecol Can 2022;44(9):948-950

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.08.002>

© 2022 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

concevoir ensemble le programme canadien d'auto-formation destiné aux membres des trois organismes. Ce programme avait pour objectif d'empêcher que les fournisseurs du Canada rencontrent les mêmes obstacles de formation sur l'avortement médicamenteux que leurs homologues d'autres pays, où les projets de formation s'adressent exclusivement ou en priorité aux fournisseurs qui pratiquent déjà des avortements ou en pratiquent beaucoup. La SOGC a également fourni une subvention de développement et des conseils d'expert au Groupe de recherche sur l'avortement et la contraception du Canada pour la création du site de communauté de pratique « Canadian Abortion Provider's Support — Communauté de pratique canadienne sur l'avortement » (www.caps-cpca.ubc.ca). Cette plateforme de conseils d'expert et de ressources destinées aux fournisseurs et aux patientes est offerte aux professionnels de la santé autorisés à prodiguer des soins d'avortement au Canada.

L'avortement médicamenteux est désormais largement offert partout au pays dans divers milieux de soins. Une récente étude ontarienne présentée lors de notre congrès clinique et scientifique annuel en juin dernier montre que le nombre de fournisseurs de services d'avortement par 100 000 femmes en Ontario a plus que triplé dans les deux ans suivant l'adoption de la mifépristone comme mode de prestation courant. Elle indique aussi que la densité de fournisseurs qui la prescrivent est plus grande en région rurale qu'en milieu urbain⁵. L'étude n'a constaté aucune hausse des taux d'avortement ou de complications⁴. Les résultats préliminaires pancanadiens corroborent ce taux d'adoption rapide⁶, à l'exception du Québec^{7,8}.

Malgré une forte augmentation du nombre de médecins et d'infirmières praticiennes offrant actuellement l'avortement médicamenteux à leurs patientes, les gens qui souhaitent y recourir éprouvent tout de même parfois de la difficulté à trouver un fournisseur, car ce type de soins n'est pas toujours annoncé aux patientes en dehors de la pratique du fournisseur. Il existe plusieurs services confidentiels qui peuvent mettre en contact une personne

souhaitant avorter avec un fournisseur de soins. La SOGC encourage fortement ses membres qui offrent des soins d'avortement à s'inscrire sur la liste d'une ou plusieurs des ressources suivantes (voir l'encadré).

L'adoption de l'avortement médicamenteux au Québec a pris du temps en raison des règlements qui limitent la prescription et l'utilisation de la mifépristone. Le 14 juillet, le Collège des médecins du Québec, l'ordre professionnel du Québec, a annoncé qu'il avait levé les restrictions de prescription imposées aux médecins et qu'il allait réévaluer d'autres politiques liées à l'accès, notamment la limite d'âge gestationnel de 9 semaines pour l'avortement médicamenteux. La SOGC espère que ces modifications prévues entraîneront un accès équitable à l'avortement pour toutes les Québécoises.

Même si les centres à l'échelle du Canada offrent des soins d'avortement après le premier trimestre, seule une poignée d'entre eux traitent les patientes qui ont dépassé les 18 semaines d'aménorrhée³. De plus, plusieurs établissements peinent à financer les programmes de formation et stages de perfectionnement requis après l'obtention du permis d'exercice pour former et soutenir un personnel capable de réaliser ces interventions avancées et complexes. Les ministères provinciaux et territoriaux de l'Éducation doivent collaborer avec les membres des corps professoraux partout au Canada pour vérifier que leurs effectifs de professionnels de la santé peuvent répondre aux besoins de leurs résidents, que la formation soit donnée dans la province ou, comme on le voit de plus en plus, que les fournisseurs de soins de santé travaillant dans les petites provinces reçoivent du soutien pour suivre une formation dans les grands centres. Il est plus important que jamais de financer les programmes de formation sur l'avortement du deuxième trimestre pour maintenir l'accès aux services aujourd'hui et demain. En 2020, nos collègues américains ont reconnu la *planification familiale complexe* comme une surspécialité d'obstétrique et gynécologie. Bien que cette surspécialité ne soit pas reconnue au Canada, les besoins des Canadiennes concernant cette catégorie de soins existent néanmoins dans tout le pays.

L'accès équitable aux services représente le plus grand défi du Canada en matière de prestation de services d'avortement de haute qualité. La SOGC reconnaît le dévouement de ses membres qui offrent ce service essentiel et les remercie de leur contribution à l'amélioration de l'accès à l'autonomie et au choix des femmes quant à leur santé reproductive. Elle incite les médecins et les infirmières praticiennes qui traitent des patientes en âge de procréer à envisager d'offrir des services d'avortement

Encadré. Exemples de services qui mettent en contact des personnes souhaitant avorter avec des fournisseurs de soins de santé

Action Canada pour la santé et les droits sexuels

Choice Connect Canada

National Abortion Federation

Options for Sexual Health, en Colombie-Britannique

médicamenteux à celles qui en ont besoin. Elle demande aussi aux fournisseurs de services d'avortement, ne serait-ce qu'occasionnellement, de s'inscrire sur la liste de l'une des lignes d'assistance nationales reconnues destinées aux patientes. La SOGC implore le Collège des médecins du Québec de s'en remettre aux meilleures données probantes tandis qu'il continue d'examiner ses politiques sur l'accès à l'avortement médicamenteux. Enfin, elle exhorte les ministères de l'Éducation du Canada à fournir des programmes de financement dédiés au soutien de la formation des médecins de famille et des obstétriciens-gynécologues sur la prestation de services de planification familiale complexe, y compris l'avortement chirurgical du deuxième trimestre.

Comme elle redoute les répercussions de la décision dans l'affaire *Dobbs c. Jackson Women's Health Organization*, la SOGC réitère sa promesse de soutenir ses membres et cliniciens, au Canada et partout dans le monde, dans l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires pour assurer un accès équitable pour toutes et tous à l'ensemble des options de soins de santé reproductive de haute qualité. Elle continuera de militer en faveur de changements qui soutiennent cet objectif.

RÉFÉRENCES

1. Lewandowska M. The fall of *Roe v Wade*: the fight for abortion rights is universal. *BMJ* 2022 Jun 29;377:o1608.
2. Editors. Lawmakers v. the scientific realities of human reproduction. *N Engl J Med*. 2022 Jun 24. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2208288>. Epub ahead of print. PMID: 35748912.
3. Renner RM, Ennis M, Contandriopoulos D, et al. Abortion Services and Providers in Canada in 2019: Results of a national survey. *CMAJ Open* 2022. Manuscript ID: CMAJOpen-2021-0232.R2. Accepted 2022 May 25.
4. Schummers L, Darling EK, Dunn S, et al. Abortion Safety and Use with Normally Prescribed Mifepristone in Canada. *N Engl J Med* 2022 Jan 6;386(1):57–67.
5. Norman W, Darling E, Dunn S, et al. Mifepristone's Effect on the Abortion Workforce and Rural Services in Ontario. [résumé] *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2022;44(5):622. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.02.088>.
6. Yalahow A, Doctoroff J, Mark A, Foster AM. Trends in medication abortion provision before and after the introduction of mifepristone: A study of the National Abortion Federation's Canadian member services. *Contraception* 2020 Aug;102(2):119–21.
7. Québec. Rdldm. Number of medical and surgical abortions practiced by physicians in Quebec from January 1 2016 to December 31, 2020. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/Pages/professionnels.aspx>. Consulté le 17 mars 2021.
8. Guilbert E, Wagner M-S, Munro S, et al. Explaining slow implementation of mifepristone in Quebec with the transtheoretical model of change. [résumé] *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2020;42(5):677. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.02.050>.