



LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

ÉNONCÉ DE POSITION

Conseil consultatif sur la condition de la femme au N.-B.

Mai 2005

DÉFINITION

Les organismes internationaux de la santé ont défini la santé de la reproduction de la façon suivante :

« [...] bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. »¹

LES FEMMES ET LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Les différences biologiques et sociales entre les sexes sont des déterminants de la santé reconnus et ils interagissent avec d'autres déterminants.² De l'adolescence à la ménopause, la fonction de reproduction des femmes détermine leurs besoins spécifiques sur le plan de la santé. Les femmes peuvent vivre la grossesse, le travail et la naissance seules. Elles assument la responsabilité principale de la contraception et le fardeau des grossesses non désirées. Elles souffrent d'affections gynécologiques, y compris le cancer de l'ovaire et du col de l'utérus. De plus, les infections transmissibles sexuellement peuvent avoir des effets dévastateurs sur la fertilité des femmes.

Des facteurs sociaux et économiques influent aussi sur la santé de la reproduction des femmes et leur capacité à obtenir des soins de qualité. Les femmes de tous âges sont plus souvent victimes de violence sexuelle et physique que les hommes, avec les conséquences que cela entraîne sur leur santé.³ Leurs revenus sont moins élevés et elles vivent plus longtemps que les

¹ Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, New York, Nations Unies, 1994, cité dans le document de l'OMS, *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique*, mai 2004, <http://www.who.int/reproductive-health/>.

² Consulter, par exemple, la Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/stratfem.htm>.

³ Par exemple, des données récentes sur les agressions sexuelles révèlent que sur le total de 15 000 agressions sexuelles qui ont été déclarées aux 122 services de police en 2003, 61% des victimes étaient âgées de 17 ans et moins et environ quatre cinquièmes de ces jeunes victimes étaient des filles.

hommes. Elles sont sous-représentées aux échelons les plus élevés du corps médical et de la prise de décisions en général. Elles ne sont pas représentées de façon équitable dans le domaine de la recherche en santé. Elles ont davantage besoin d'obtenir de l'information de qualité en matière de santé de la reproduction et des services offerts de manière respectueuse et en temps opportun, et elles subissent des conséquences plus grandes si ces besoins ne sont pas satisfaits.

APERÇU DE LA SITUATION ACTUELLE

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick n'a pas de stratégie globale en matière de santé de la reproduction.⁴ Les mesures actuelles de santé publique et d'éducation visent principalement les jeunes de moins de 25 ans, certains programmes étant destinés aux jeunes femmes enceintes qui sont démunies sur le plan économique. Plusieurs lacunes existent quant aux services offerts aux jeunes et à la population de plus de 25 ans. En matière de santé de la reproduction, le Nouveau-Brunswick fait piètre figure.

Accès à de l'information sur la santé sexuelle et aux services cliniques

Les lignes directrices nationales pour l'Éducation en matière de santé sexuelle de Santé Canada identifient l'école comme « le lieu principal pour offrir aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes les connaissances et les habiletés dont ils auront besoin pour prendre des décisions et agir de manière à promouvoir leurs santés sexuelles. »⁵

Les programmes d'études en santé sexuelle offerts dans les écoles anglophones et francophones de la province ont récemment fait l'objet d'une révision. Au niveau intermédiaire (de la sixième à la huitième année), le programme porte une certaine attention à des sujets liés à la santé sexuelle, notamment des relations saines, la prévention de la grossesse et des infections transmissibles sexuellement ainsi que l'orientation sexuelle. Toutefois, l'efficacité de l'éducation sexuelle peut varier selon les régions et les écoles, vu l'influence des administrateurs des districts scolaires, des directions d'école et du personnel enseignant sur le contenu des cours. De plus, il

Statistique Canada, *Le Quotidien*, 20 avril 2005, www.statcan.ca (basé sur les données provenant du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire, auquel participent 122 services de police ayant déclaré 61% des infractions au Code criminel)

⁴Les objectifs généraux du Ministère en matière de santé et de mieux-être ainsi que plusieurs programmes et services concernant les modes de vie sain et la prévention destinés à des groupes en particulier sont précisés dans le *Rapport annuel 2003-2004* du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. Consulter aussi le document du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick intitulé *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick. Plan provincial de la santé 2004-2008*, www.gnb.ca

⁵Voir Santé Canada, *Lignes directrices nationales pour l'Éducation en matière de santé sexuelle* Fiche d'information (2003), et le rapport complet à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/emss_index.htm

se peut que certains enseignants qui doivent donner ces cours ressentent de la gêne et manquent de formation en rapport avec ce sujet. Un sondage mené en 2001 auprès des élèves de la 6^e à 8^e année dans les écoles anglophones du Nouveau-Brunswick a révélé que beaucoup d'entre eux n'étaient pas satisfaits de l'enseignement sur la santé sexuelle, qui selon eux ne correspondait pas à leurs expériences et besoins pratiques.⁶ Des résultats de sondage comparables ne sont pas disponibles pour les écoles francophones.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick dispose d'un programme de santé sexuelle ciblant les jeunes de moins de 25 ans. Ce programme vise à réduire les grossesses non désirées et les infections transmissibles sexuellement et à favoriser une sexualité saine et une prise de décisions éclairée chez les jeunes Néo-Brunswickois ainsi qu'à aider les parents à acquérir de l'assurance en rapport avec leur rôle de principal intervenant en matière d'éducation sexuelle de leurs enfants. Aucun objectif concret ne semble avoir été établi par le Ministère.⁷

Actuellement, l'information et les services cliniques en rapport avec la santé sexuelle sont offerts aux adolescents et aux jeunes célibataires de 20 à 24 ans par l'entremise des centres de santé sexuelle dans les sept régions sanitaires de la province (Centres à Moncton, Saint John, St. Stephen, Fredericton, Miramichi, Bathurst, Shippagan, Campbellton, Edmundston et Grand-Sault). Certaines régions disposent aussi de cliniques satellites. Les infirmières de la Santé publique et les médecins offrent des tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et des traitements, des services individuels de counseling et des activités éducatives de groupe sur la contraception et d'autres questions ayant trait à la santé sexuelle. Les récentes coupures de personnel, particulièrement parmi le personnel de bureau, mettent en péril la qualité et l'accessibilité de ces précieux services.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être vient de mettre en place (le 1^{er} avril 2005) une nouvelle ligne d'information sans frais pour les infections transmissibles sexuellement, y compris le VIH et le sida ainsi que l'hépatite C. Des infirmières bilingues spécialisées en santé sexuelle peuvent répondre aux demandes de renseignements du public et diriger les personnes vers les programmes et les services offerts à l'échelle locale, provinciale et nationale. Il faut noter,

⁶ Voir E. Sandra Byers et al., *New Brunswick Students' Ideas about Sexual Health Education*, novembre 2001, http://www.gnb.ca/0000/pub_public-e.asp et pour un sommaire des sondages parallèles menés auprès du personnel enseignant, des parents et les élèves des écoles intermédiaires et secondaires, voir E. Sandra Byers et al., *Sexual Health Education in New Brunswick Schools : Current Status and Future Directions*, novembre 2001, http://www.gnb.ca/0000/pub_public-e.asp

⁷ Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2003-2004*; consulter aussi le répertoire des services de prévention de la grossesse offerts par certains ministères – Éducation, Services familiaux et communautaires, et Santé et Mieux-être, août 2003.

cependant, que le Nouveau-Brunswick est la seule province à ne pas avoir de stratégie ou de cadre provincial d'action, déjà en place ou en phase d'élaboration, pour contrer le VIH/sida. L'organisme AIDS New Brunswick / SIDA Nouveau-Brunswick affirme qu'une telle stratégie « établirait clairement le rôle des différents intervenants : ministères de la Santé et du Mieux-être, de l'Éducation, de la Sécurité publique, organismes communautaires engagés dans la lutte contre le sida et autres partenaires du Nouveau-Brunswick en matière de prévention, de soutien et de gestion du VIH/sida. Cette stratégie viserait des questions cruciales comme l'éducation en matière de prévention; les initiatives de réduction des risques comme les programmes de traitement d'entretien à la méthadone et d'échange de seringues; ainsi que les soins, le traitement et le soutien des personnes vivant avec le VIH/sida. Un tel document nous permettrait de collaborer à l'établissement d'une orientation, d'une politique et de normes provinciales; d'allouer des ressources; d'assurer des services de santé de qualité; et de mesurer les résultats du système de soins de santé et d'en rendre compte.»⁸

Certaines mesures locales et régionales ciblent aussi les jeunes. Dans la région de Saint John, par exemple, un programme qui vise à sensibiliser les jeunes concernant les difficultés d'être parent est offert dans les écoles et aux individus âgés de 13 à 19 ans. Le programme *Baby Think it Over* (Un bébé, c'est un pensez-y bien!) exige que les jeunes apportent à la maison, pendant deux jours entiers, des « bébés » informatisés simulant les comportements d'un vrai nourrisson. Ce programme repose sur un partenariat entre le centre de santé communautaire de Saint John, le Greater Saint John Teen Pregnancy Committee, les écoles, la Santé publique et les groupes communautaires.

Les jeunes personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et bispirituelles ont besoin d'appui et de ressources pour s'épanouir.⁹ Certains groupes ont développé des programmes visant à réduire l'isolement de ces jeunes, à combattre la discrimination et à promouvoir l'acceptation. Le programme *Roses, Rubbers and Rainbows* (L'amour, ça se protège) s'offre au Centre de santé communautaire de Saint John. Il s'agit d'un atelier éducatif pour les jeunes qui traite des relations amoureuses, de la sexualité saine et de la compréhension de la homosexualité.¹⁰ Le groupe Sain et Sauf / Safe Spaces de Moncton s'efforce de rejoindre les jeunes dans les écoles, tandis que Safe Spaces de la région Fundy organise des activités sociales pour les jeunes de toutes les orientations et identités sexuelles.¹¹ Des lacunes demeurent quant aux programmes et aux

⁸ Voir AIDS NB / SIDA NB, Trousse d'information destinée aux médias, octobre 2004 à http://www.aidsnb.com/2004/french/mediapk_fr.htm

⁹ « Bispirituelle » se réfère aux personnes lesbienne, gaie et bisexuelle d'identité Autochtone.

¹⁰ Voir les renseignements sur les programmes offerts aux jeunes sur le site de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique à : <http://www.ahsc.health.nb.ca/CHC/programs.shtml#youth>

¹¹ Voir les sites web de ces organismes : www.safespaces.ca; <http://ca.geocities.com/rockett15@rogers.com/safespaces/index.html>

services disponibles dans les régions. Il y a notamment des besoins pas satisfaits en matière de counselling pour aider les jeunes à faire face aux enjeux entourant l'orientation sexuelle.

Planned Parenthood Fredericton, le seul organisme du Nouveau-Brunswick affilié à cet organisme national sans but lucratif, offre des ressources aux femmes et aux hommes de tous âges par l'entremise de son site Web et de son bureau unique situé dans le centre-ville de Fredericton. Divers services sont offerts gratuitement en anglais, notamment dans les domaines suivants : tests de grossesse, distribution de condoms, test de Pap, tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et traitement, gestion de la ménopause, information sur la contraception et les questions relatives à la santé sexuelle, activités éducatives à l'intention du public, aiguillage vers d'autres organismes et services, services de consultation et de counseling, et bibliothèque de ressources. Pour obtenir de l'information, un soutien ou un aiguillage vers des services en rapport avec le VIH ou le sida, toute personne, quel que soit son âge, peut avoir recours au service téléphonique sans frais et aux ressources de SIDA Nouveau-Brunswick, à Fredericton, qui a aussi des bureaux à Saint John et à Moncton.

Contraception d'urgence

La contraception d'urgence, également connue comme la « pilule du lendemain », consiste en des comprimés d'hormones à dose élevée qui perturbent l'ovulation ou empêchent l'implantation de l'ovule fertilisé. Lorsqu'on les prend jusqu'à 72 heures après une relation sexuelle non protégée ou l'échec de la contraception, les contraceptifs d'urgence peuvent prévenir une grossesse non désirée. Les contraceptifs d'urgence ne sont pas des pilules abortives (mifepristone ou RU-486) et n'ont aucun effet une fois que la grossesse s'est amorcée. La contraception d'urgence a été approuvée pour l'utilisation au Canada en 1999, mais jusqu'à tout récemment, n'était disponible que sur ordonnance (sauf pour les jeunes de moins de 25 ans, qui pouvaient l'obtenir au Centre de santé sexuelle de leur région). Le 19 avril, 2005, Santé Canada a approuvé un changement qui permet l'accès à la contraception d'urgence directement auprès des pharmaciens, sans ordonnance. La possibilité d'obtenir les contraceptifs d'urgence sans consulter un médecin, souvent difficile les fins de semaine et jours fériés, favorisera l'utilisation en temps opportun, puisque plus ils sont pris tôt, plus ils sont efficaces. Des organismes tel la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada se réjouissent de cette décision puisque la possibilité d'obtenir, en temps opportun, un contraceptif d'appoint sûr et efficace « pourrait réduire de façon significative le nombre de grossesses non prévues, de même que le nombre d'avortements ».¹²

¹² SOGC, Communiqué aux médias, 20 avril 2005, http://sogc.medical.org/SOGCnet/index_f.shtml

Infections transmissibles sexuellement

Les tendances récentes au Nouveau-Brunswick et au Canada font ressortir la nécessité d'une amélioration au chapitre des tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et de la prévention dans ce domaine. Des résultats de sondage indiquent que beaucoup de jeunes ont des comportements à risque et n'ont pas des connaissances adéquates sur la prévention et la transmission des infections. L'Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du N.-B. (Francophones et Anglophones) a révélé qu'au cours des 12 mois précédant l'enquête, 23% des élèves de 9^e année, 33% des élèves de 10^e année et 61% des élèves de 12^e année ont eu des relations sexuelles. 38 p. 100 des élèves n'ont pas utilisé de condom la dernière fois qu'ils ont eu une relation sexuelle et de ce nombre, 20 p. 100 étaient sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues, ou encore le partenaire était intoxiqué.¹³ Un sondage récent financé par Santé Canada révèle que 34% des garçons de 11^e année et 27% des filles de 11^e année croyaient qu'il existe des médicaments pour guérir du virus du sida. Presque la moitié (44%) des garçons et des filles de 9^e année croyaient la même chose.¹⁴

La chlamydia est l'infection transmissible sexuellement la plus fréquemment déclarée tant chez les hommes que les femmes, au Nouveau-Brunswick et au Canada. Dans la seule année 2003, il y avait un total de 1 380 cas déclarés au N.-B.¹⁵ Il arrive souvent qu'elle ne s'accompagne d'aucun symptôme et elle peut entraîner une maladie pelvienne inflammatoire, l'infertilité ou une grossesse extra-utérine. Les cas de chlamydia sont à la hausse depuis les dernières années, particulièrement chez les femmes. En 2003, au Nouveau-Brunswick, les taux étaient de 256 cas par tranche de 100 000 femmes (973 cas déclarés) et de 110 cas par tranche de 100 000 hommes (407 cas déclarés).¹⁶ À l'échelle du Canada, le taux moyen a été constamment légèrement inférieur chez les femmes, s'établissant à 244,1 cas par tranche de 100 000 en 2002 (selon les dernières données disponibles pour le Canada) et supérieur chez les hommes, soit 112,1 cas par tranche de 100 000.¹⁷ Cette infection touche les adolescentes et les femmes dans la vingtaine de manière disproportionnée. Le taux de chlamydia a atteint 451 cas par tranche de 100 000 femmes de moins de 20 ans en 2003. Il s'élevait à 257 cas par tranche de 100 000 hommes appartenant à ce groupe d'âge dans la province. Le taux le plus élevé a été observé chez les Néo-Brunswickoises âgées de 20 à 29 ans, soit 1 089 cas par tranche de 100 000, alors qu'il était de 819 cas par tranche de 100 000 hommes.

¹³ Voir rapport à <http://www.gnb.ca/0051/0378/index-f.asp>

¹⁴ *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada : Facteurs influant sur la santé sexuelle des jeunes au Canada*, 2002, <http://www.cmec.ca/publications/aids/indexf.html>

¹⁵ Ministère de la Santé et du Mieux-être du N.-B., Service provincial d'épidémiologie, www.gnb.ca/0208/cd2003-f.asp

¹⁶ Service provincial d'épidémiologie, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, données révisées, novembre 2003.

¹⁷ Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, données en ligne sur les MTS, tableau 1.2, données révisées.

De nos jours, la syphilis est rare, et le taux de gonorrhée a considérablement diminué au Nouveau-Brunswick et au Canada, étant moins élevé dans la province que dans l'ensemble du Canada. En 2003, les taux de gonorrhée s'élevaient respectivement à 5,0 et à 4,32 cas par tranche de 100 000 personnes chez les femmes et les hommes de la province, en baisse par rapport à 1980, où ces chiffres étaient de 28,5 pour les femmes et de 62,7 pour les hommes.¹⁸ Selon les données les plus récentes (2000), les moyennes canadiennes atteignent 15,3 cas par tranche de 100 000 femmes et 25,3 cas par tranche de 100 000 hommes, en baisse par rapport aux chiffres de 1980, qui s'élevaient respectivement à 166,0 et à 265,6 cas pour les femmes et les hommes.¹⁹

Le VIH et le sida continuent de frapper les Néo-Brunswickois de tous âges, particulièrement les hommes, entraînant des conséquences désastreuses. Entre 1985 et 2003, 40 cas de VIH ont été déclarés chez les femmes du Nouveau-Brunswick et 293, chez les hommes. Au cours de cette période, 16 cas de sida ont été déclarés chez les femmes de la province et 144, chez les hommes. Parmi ces cas déclarés, 9 femmes et 92 hommes sont décédés durant cette période.²⁰ Il est essentiel d'améliorer la prévention et les tests de dépistage, vu la peur et la honte encore associées à cette maladie, ses multiples modes de transmission et les lacunes surprenantes sur le plan des connaissances chez les jeunes.

Grossesse chez les adolescentes

La grossesse chez les adolescentes est un sujet de préoccupation, car les nourrissons et leurs mères adolescentes doivent souvent composer avec de multiples désavantages, notamment un faible poids à la naissance et des problèmes de santé pour l'enfant, de l'anémie et des troubles dépressifs chez la mère, et une situation défavorable à long terme pour les deux sur les plans financier et de la scolarisation.²¹

Malgré une baisse importante du taux de grossesses chez les adolescentes depuis les années 70, on note toujours un taux de grossesses trop élevé chez les adolescentes néo-brunswickoises et canadiennes. Au Nouveau-Brunswick, ce taux demeure sous la moyenne canadienne depuis les années 80. En 2001, on a enregistré 30,2 grossesses par tranche de 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans au Nouveau-Brunswick (ce qui représente

¹⁸ Taux relatifs à 2003 : ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, novembre 2004; taux relatifs à 1980 : Santé Canada, tableaux sur les MTS, http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stddata1201/tab1-2_f.html.

¹⁹ Santé Canada, tableaux sur les MTS, http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stddata1201/tab1-2_f.html.

²⁰ Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick, Service provincial d'épidémiologie, <http://www.gnb.ca/0208/statistics-f.asp>.

²¹ Consulter, par exemple, Heather Dryburgh, « Teenage pregnancy », *Health Reports*, vol. 12, n° 1 (2000), www.statcan.ca.

755 adolescentes enceintes), alors que ce chiffre était de 36,1 dans l'ensemble du Canada. En 1974, ce taux atteignait 63,6 grossesses par tranche de 1 000 adolescentes au Nouveau-Brunswick et 53,7 par tranche de 1 000 dans l'ensemble du Canada.²² Dans la province, ce taux varie considérablement d'un comté à l'autre.²³

Le taux d'accouchements chez les adolescentes du Nouveau-Brunswick est également à la baisse, mais il demeure plus élevé que dans l'ensemble du Canada. En 2002, on dénombrait 18,6 naissances vivantes pour chaque tranche de 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans au Nouveau-Brunswick, en baisse par rapport au chiffre de 54,6 enregistré en 1974. En 2002, la moyenne canadienne était toujours moins élevée, soit 15,0 par tranche de 1 000 adolescentes, en baisse par rapport au chiffre de 35,6 enregistré en 1974. La proportion des bébés nés de mères adolescentes au Nouveau-Brunswick s'élevait à 6,2 % en 2002, en baisse par rapport au taux de 12,9 % observé en 1980.²⁴

Le ministère de la Santé et du Mieux-être fait un suivi du taux de grossesses chez les adolescentes de la province selon l'âge de la mère et, par l'entremise du programme des Initiatives pour la petite enfance (IPE), il offre des soins prénataux aux jeunes femmes enceintes.

Le Ministère ne semble avoir établi aucun objectif concret quant à la réduction du taux de grossesses chez les adolescentes.²⁵ Des services de soutien existants pour adolescentes enceintes et de jeunes mères s'avèrent inadéquats.

Autres grossesses non désirées

Les adolescentes ne sont pas les seules à faire face à des grossesses non désirées. Des données précises sur les grossesses planifiées et non désirées au sein de la population entière ne sont pas disponibles.²⁶ Une étude récente sur le contexte familial des enfants laisse croire qu'un grand nombre de naissances ne sont pas planifiées. L'étude repose sur les données de

²² Statistique Canada, *Santé périnatale : grossesses et taux, Canada, 1974-1993*; Statistique Canada, Indicateurs de la santé (novembre 2003 et janvier 2005); Statistique Canada, tableau CANSIM 102-4505.

²³ En 2001, certains comtés, notamment ceux de Sunbury, de Kent et de York, se situaient dans la partie supérieure de l'échelle, à 33,1, 32,0 et 33,7 respectivement, alors que d'autres, par exemple ceux de Madawaska et de King, occupaient le bas de l'échelle, à 16,4 dans les deux cas. Il est important de souligner que le mode de calcul du taux de grossesses chez les adolescentes par le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick exclut les avortements pratiqués dans des cliniques ou à l'extérieur de la province, ce qui occasionne des taux moins élevés à l'échelle provinciale que ceux calculés par Statistique Canada.

²⁴ Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Statistiques de l'état civil, Rapport annuel 2002*.

²⁵ Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2003-2004*.

²⁶ Selon le Dr André Lalonde, vice-président administratif de la SOGC, « on estime que 50% de toutes les grossesses sont non prévues. » Communiqué aux médias, 20 avril 2005, http://sogc.medical.org/SOGCnet/index_f.shtml

l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, qui utilise des méthodes de sondage pour suivre l'évolution dans le temps des enfants et jeunes Canadiens selon les cohortes ou groupes d'âge. Les renseignements sur les enfants des cohortes les plus âgées et les plus jeunes dans l'enquête – soit ceux nés en 1983/84 et en 1997/98 – montrent une augmentation au Canada et dans les régions de la proportion des enfants nés de mères seules, qui ne sont pas mariées et qui ne vivent pas en union de fait. Pour le Canada dans son ensemble, la proportion des naissances aux mères seules a passé de 6% en 1983/84 à 10% en 1997/98. Les provinces de l'Atlantique ont la proportion la plus élevée de naissances aux mères seules, avec 1 sur 6 (16%) bébés nés de mères seules en 1997/98, alors qu'il était environ 1 sur 10 (11%) en 1983/84. Ces enfants sont beaucoup plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les enfants dont les mères n'étaient pas encore séparées ou divorcées lorsqu'elles ont accouché.²⁷

Accès aux services d'avortement

L'accès à ce service de santé légal est grandement restreint au Nouveau-Brunswick. Les femmes qui n'ont pas de médecin de famille ou dont le médecin est adepte du mouvement pro-vie ne peuvent pas avoir un avortement dans un hôpital public du Nouveau-Brunswick, vu que la réglementation provinciale exige l'approbation de deux médecins.²⁸ De plus, depuis que l'hôpital de Moncton a décidé de cesser presque totalement ces interventions à compter de janvier 2003,²⁹ seuls les hôpitaux de la région de Fredericton pratiquent des avortements. Par conséquent, les femmes qui ne vivent pas à Fredericton ont un accès extrêmement limité à l'avortement. De plus, les francophones n'ont aucun service de ce type dans leur langue. Pour un nombre croissant de Néo-Brunswickoises, la seule option consiste à assumer le coût des services d'avortement offerts à la clinique Morgentaler, à Fredericton, ou à d'autres cliniques ou hôpitaux de l'extérieur de la province. Ainsi, nombre de femmes assument non seulement le prix de l'avortement en clinique, mais aussi les frais liés au déplacement. Les limites imposées quant aux avortements pratiqués dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick et les lacunes qui en découlent en matière de disponibilité des services représentent une atteinte à la sécurité et à la

²⁷ Justice Canada, *Quand les parents se séparent : nouveaux résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Rapport 2004-FCY-6F, 2004. Ce rapport a été commandé par l'Équipe sur les pensions alimentaires pour enfants du ministère de la Justice du Canada, dans le cadre d'un projet d'analyse des données recueillies dans la partie « Antécédents relatifs à la famille et à la garde légal des enfants » de l'ELNEJ, pour déterminer l'incidence des changements familiaux des parents sur l'environnement familial et le bien-être économique des enfants.

²⁸ Les règlements accompagnant la Loi sur le paiement des services médicaux ont été modifiés en 1989, en ajoutant à la liste des services qui ne sont pas réputés être des services assurés : « l'avortement, sauf lorsqu'effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie à un établissement hospitalier approuvé par la juridiction où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire. » Règlement 89-47; présentement fait partie du Règlement 84-20, Annexe 2, (a.1).

²⁹ Il n'y avait que 25 avortements pratiqués à la Moncton Hospital en 2003, alors qu'il y en avait 332 en 2002 et 343 en 2001. Statistiques fournies par la Régie régionale de la Santé Sud-Est.

dignité des femmes. Vu l'accès restreint à l'avortement, on observe parfois des situations difficiles, et certains enfants sont élevés dans des circonstances pénibles.

L'accès limité aux services d'avortement peut expliquer en partie pourquoi le taux d'avortements au Nouveau-Brunswick se situe bien en dessous de la moyenne canadienne. En 2002, ce taux était de 6,5 avortements par tranche de 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans, alors qu'il était de 15,4 dans l'ensemble du Canada pour ce même groupe d'âge. Le taux d'avortements chez les adolescentes du Nouveau-Brunswick représente la moitié du taux moyen au pays. Ainsi, au Nouveau-Brunswick, 9,2 interruptions volontaires de grossesse ont été pratiquées en 2002 par tranche de 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans au Nouveau-Brunswick, alors que ce chiffre était de 18,4 dans l'ensemble du Canada.³⁰ Les taux d'avortements les plus élevés sont constatés parmi les femmes de 20 à 24 ans : 14,8 et 30,8 avortements par tranche de 1 000 femmes au Nouveau-Brunswick et au Canada respectivement en 2002. Toujours en 2002, un peu plus de 60 % des avortements obtenus par des résidentes du Nouveau-Brunswick ont été pratiqués dans des hôpitaux, principalement situés dans la province : 624 avortements pratiqués en milieu hospitalier et 401 en clinique, y compris 13 avortements dans des hôpitaux et 20 avortements dans des cliniques de l'extérieur de la province.³¹

Distance à parcourir pour se rendre à un hôpital où l'on pratique des accouchements

Actuellement, on compte douze hôpitaux dans la province où les femmes peuvent accoucher. Dans cinq des sept régions sanitaires – Saint John, Campbellton, Bathurst, Miramichi and la région de Moncton (des hôpitaux dans chacune des deux sous-régions, Beauséjour et Sud-Est) – les services d'accouchement sont offerts uniquement à l'hôpital régional situé dans la ville principale. Seules la région d'Edmundston et du Nord-Ouest et la vaste région de Fredericton et du Centre-Ouest offrent des services ailleurs qu'à l'hôpital régional.³² Il est important de souligner, toutefois, que dans le deuxième hôpital de la région du Nord-Ouest, situé à Grand-Sault, à 30 minutes de route d'Edmundston par beau temps, on ne pratique des accouchements que lorsqu'une césarienne serait possible au besoin. C'est donc dire que si une femme voulant accoucher se présente à l'hôpital de Grand-Sault lorsqu'il n'y a pas de spécialistes d'anesthésie

³⁰ Statistique Canada, Division de la statistique de la santé, tableau personnalisé.

³¹ Statistique Canada, Division de la statistique de la santé, tableau personnalisé. Il est important de souligner un sous-dénombrement possible des femmes qui obtiennent un avortement à l'extérieur de leur province de résidence dans les données provinciales de Statistique Canada, vu que la province de résidence n'est pas déclarée dans les cas des avortements obtenus aux États-Unis par les résidentes canadiennes et que, dans certaines provinces, notamment le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique, la province de résidence n'est pas inscrite sur les rapports des hôpitaux ou des cliniques.

³² En plus de l'Hôpital régional Dr. Everett Chalmers, à Fredericton, l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Perth-Andover, le Northern Carleton Hospital, à Bath (aucune césarienne) et le Carleton Memorial Hospital, à Woodstock, pratiquent des accouchements.

et de gynécologie disponibles, elle serait d'habitude transférée à l'Hôpital régional d'Edmundston.³³

Cela signifie que, dans nombre de régions de la province, les femmes enceintes doivent passer un temps considérable sur les routes, même par mauvais temps et quel que soit l'état des routes. Cette situation, qui s'est détériorée au cours des dernières années, soulève de graves questions sur les plans de la santé et de la sécurité. Depuis la récente fermeture de l'hôpital de Caraquet, par exemple, les femmes de toute la Péninsule acadienne doivent se rendre à l'Hôpital régional Chaleur, à Bathurst, ce qui représente un trajet d'au moins une heure pour les résidentes de localités telles que Shippagan et Lamèque. Les femmes de St. Stephen, de Grand Manan et d'autres endroits du sud-ouest doivent parcourir des distances semblables pour se rendre à l'Hôpital régional de Saint John, tout comme celles qui habitent le long de la limite ouest de la région, qui reçoivent des services à l'Hôpital régional de Campbellton.

Un certain nombre de facteurs contribuent à ce problème : le nombre à la baisse d'obstétriciens et d'omnipraticiens qui font des accouchements, vu les coûts élevés de l'assurance-responsabilité et le vieillissement des membres de la profession, des difficultés à inciter les omnipraticiens et les spécialistes à s'installer dans les régions rurales et à y rester, et la restructuration du système de santé. Ce problème n'est pas spécifique au Nouveau-Brunswick. Certaines provinces canadiennes ont mis en place des services de sage-femme subventionnés et réglementés par l'État afin d'offrir des services de qualité souples de façon rentable dans les collectivités rurales et éloignées. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada appuie « la poursuite des mesures entreprises pour faire de la profession de sage-femme, au Canada, une profession réglementée, financée par les deniers publics et donnant accès à la pratique en milieu hospitalier. »³⁴ La Société croit que l'intégration des sages-femmes à l'équipe de soins obstétricaux dans la communauté et à l'hôpital contribuera à promouvoir l'excellence en matière de soins de maternité pour les Canadiennes et leur famille. En 2002, le Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé a appuyé le recours aux sages-femmes pour répondre à la crise croissante dans le domaine des soins de maternité.³⁵

Au Nouveau-Brunswick, les sages-femmes n'ont ni capacité juridique ni financement de l'État. La présence de sages-femmes dans les hôpitaux et les centres de santé permettrait de rétablir les

³³ Courriel envoyé par le directeur général de la Régie régionale de la santé 4, le 12 avril 2005.

³⁴ Déclaration de principe de la SOGC, no 126, mars 2003, http://sogc.medical.org/SOGCnet/index_f.shtml

³⁵ Rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité des soins de santé, janvier 2002. Ce Conseil composé de 14 membres a été créé en janvier 2000. Il s'est vu confier un mandat de 2 ans pour élaborer un nouveau système de régies régionales de la santé, préparer un bulletin sur les soins de santé, aider à l'élaboration d'une charte des droits et responsabilités du patient et fournir des conseils sur la mise en œuvre du rapport de l'Étude sur les services de santé de 1998/99.

services d'accouchement, pour les cas de grossesse normale, dans les régions où ces services ont été éliminés, tout en favorisant le recrutement et le maintien de médecins dans les régions rurales. De plus, l'exercice de la profession de sage-femme est lié à des taux d'interventions obstétricales, d'admissions à la salle d'urgence et de réadmissions à l'hôpital moins élevés ainsi qu'à des séjours à l'hôpital plus courts.³⁶ L'allaitement maternel est plus fréquent chez les femmes suivies par une sage-femme et ces dernières sont davantage satisfaites des services qu'elles reçoivent.

Utilisation et surutilisation des technologies médicales

Les interventions pratiquées à l'occasion d'un accouchement, y compris les césariennes, sont de plus en plus courantes depuis les dernières années au Nouveau-Brunswick et dans d'autres provinces, ce qui soulève des questions quant à la possibilité d'une utilisation excessive de telles interventions chirurgicales. Les différences entre les régions sont importantes et inexplicables. Selon les données du ministère de la Santé et du Mieux-être, les césariennes ont représenté 29 % des accouchements en 2003-2004 à l'échelle provinciale, ces taux ayant varié de 36 % à Campbellton (région 5) à 21 % dans la région sanitaire francophone du Sud-Est (Beauséjour). Selon les données les plus récentes, la moyenne canadienne s'élevait à 23 % (2001-2002).³⁷ L'Organisation mondiale de la Santé recommande qu'au plus 15 % des accouchements soient faits par césarienne.

Des données statistiques détaillées pour 2001/02 publiées récemment par l'Institut canadien d'information sur la santé font ressortir d'autres disparités, notamment un taux de césariennes répétées considérablement plus élevé au Nouveau-Brunswick (86 %) comparativement à la moyenne canadienne (73 %) et des taux particulièrement élevés de césariennes primaires dans la région de Bathurst (région 6, 26 %, comparativement à un taux moyen de 17 % au Canada), même dans le cas des femmes de moins de 35 ans (25 % à Bathurst et 16 % en moyenne, au Canada).³⁸ En 2001-2002, le taux d'accouchements vaginaux après une césarienne était beaucoup moins élevé au Nouveau-Brunswick qu'au Canada, soit 14 % comparativement à 27 %. Le recours à l'anesthésie péridurale à l'occasion des accouchements vaginaux varie aussi selon les régions. En 2001-2002, on en comptait 74,6 par tranche de 100 accouchements vaginaux dans la région sanitaire de Saint John (région 2), soit le plus haut taux au Canada. Au

³⁶ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, évaluation du programme de sage-femme en Ontario, *Ten-Year Study : details of the evaluation after the first ten years of midwifery in Ontario*, présentée à la conférence de l'Association des sages-femmes de l'Ontario, Barrie, le 13 mai 2004.

³⁷ Institut canadien d'information sur la santé, *Donner naissance au Canada : Un profil régional*, 2004, www.cihi.ca.

³⁸ *Ibid.*

Nouveau-Brunswick, le taux moyen s'élève à 34,6, en dessous du taux de 45,4 enregistré à l'échelle nationale.³⁹

Une césarienne peut sauver la vie ou la santé, mais comme d'autres interventions chirurgicales importantes, elle comporte des risques et des répercussions à long terme. Diverses raisons médicales peuvent amener à pratiquer une césarienne planifiée, dont le bébé est trop gros pour le bassin et la grossesse multiple, alors que l'hémorragie, procidence du cordon et d'autres conditions peuvent nécessiter une césarienne d'urgence. Certaines femmes demandent une césarienne de convenance, pour des raisons comme la crainte de l'accouchement ou de la douleur, un accouchement difficile par le passé, ou la commodité d'un accouchement prévu d'avance. Toutefois, pour la mère et pour le bébé, il y a des problèmes possibles dont des risques plus élevés de mortalité maternelle, des infections de la plaie et des caillots sanguins, la détresse respiratoire néonatale et les problèmes entourant l'allaitement.⁴⁰

La question des césariennes de convenance fait l'objet de débat dans la communauté médicale. Certains médecins et spécialistes, dont certains qui ont participé à la conférence midi organisée par le Conseil consultatif à Saint John en septembre 2004, ne semblent pas s'inquiéter de la croissance de la demande pour les césariennes, ni de l'accroissement général dans la pratique de cette intervention.⁴¹ La SOGC a toutefois pris position contre des césariennes sur demande, affirmant que l'accouchement par voie vaginale représente l'option la plus sûre pour la plupart des femmes et qu'elle entraîne moins de risques de complications durant les grossesses subséquentes comparativement à l'accouchement par césarienne.⁴² Dans un document traitant de l'autonomisation des femmes et de leurs droits en matière de reproduction, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) souligne le devoir de sensibiliser les professionnels de la santé « de façon à ce qu'ils puissent reconnaître et traiter les résultats des pratiques nuisibles, y compris [...] l'abus des technologies médicales (i.e. taux élevés de césariennes et d'épisiotomies) ».⁴³

³⁹ *Ibid.* À noter que les taux ne sont disponibles que pour les régions sanitaires ayant une population de 75 000 ou plus.

⁴⁰ Voir CCCF-N.-B., *L'Accouchement : Accouchement vaginal et accouchement par césarienne – prendre une décision éclairée*, 2005.

⁴¹ Voir par exemple, Mary E. Hannah, "Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women?", *Commentary dans Canadian Medical Association Journal* (170, 5, 2 mars 2004); et réponses, dont Michael C. Klein, "Elective cesarean section" in the same journal mars – juillet 2004, <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/5/813>

⁴² *Position de la SOGC au sujet des césariennes de convenance*, mars 2004, <http://sogc.medical.org>.

⁴³ La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Améliorer la santé en matière de sexualité et de reproduction : Intégrer l'émancipation des femmes et leurs droits en matière de reproduction*, janvier 2001, www.sogc.org/intl/pdfs/BOOKL_F.pdf.

Des recherches sont nécessaires pour déterminer les causes et les répercussions de ces pratiques différentes en matière d'accouchement. Par exemple, nous devons soulever la question à savoir si les demandes de césarienne de convenance sont accompagnées d'un consentement éclairé. Selon une étude récente du Brésil, 75 % des femmes qui ont demandé une césarienne estiment que les diverses options ne leur avaient pas été pleinement expliquées.⁴⁴ Dans une autre étude, lorsque les femmes qui demandaient une césarienne ont été dirigées vers des services de consultation au sujet des options disponibles, 70 % ont finalement pris la décision d'accoucher par voie vaginale.⁴⁵

Le Conseil consultatif a offert de s'associer au ministère de la Santé et du Mieux-être afin de réaliser un projet de recherche comportant une étude comparative de deux régions sanitaires où les taux de césariennes sont très différents. Nous avons récemment entendu parler d'un projet prometteur amorcé à l'Hôpital régional de Bathurst selon laquelle un comité de l'hôpital a entrepris l'examen des situations dans lesquelles des césariennes sont pratiquées à cet établissement.

Taux de mortalité maternelle et infantile

Les taux de mortalité maternelle et infantile demeurent peu élevés au Nouveau-Brunswick et au Canada. Au cours des dernières années, le taux de mortalité infantile de la province (le nombre de décès d'enfants de moins de un an par tranche de 1 000 naissances vivantes) est passé sous la moyenne nationale. Ainsi, en 2002, on comptait 3,8 décès par tranche de 1 000 naissances vivantes au Nouveau-Brunswick, alors que ce taux était de 5,4 par tranche de 1 000 dans l'ensemble du Canada.⁴⁶ Les taux basés sur une moyenne de trois ans, calculé en 2001, varient selon la région sanitaire : de 7,5 dans la région 7 (Miramichi) à 2,6 dans la région 3 (Fredericton), versus le taux moyen pour le Nouveau-Brunswick de 3,9 et le taux national de 5,3 par tranche de 1 000 naissances vivantes.⁴⁷

⁴⁴ D.P. Béhaugue, C.G. Victora, F.C. Barros, "Consumer Demand for Caesarean Sections in Brazil: Informed Decision making, Patient Choice or Social Inequality?" A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods, *British Medical Journal*, April 20, 2002, 324: 942-947, cité dans Dr. Jan Christilaw, Informed Choice and the Right to Choose an Elective Caesarian Section: Balancing "Rights", Informed "Choices", présentation PowerPoint, février 2005, http://www.cmh.ca/ppts/Christilaw-Elective%20csec_files/frame.htm

⁴⁵ Pregnancy and Birth Conference, décembre 2004, Centre for Research in Women's Health, Université de Toronto, résumé : www.crwh.org/pregandbirth.php#interventions.

⁴⁶ Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Bases de données sur les naissances et les décès, www.statcan.ca.

⁴⁷ Région 1, 4,7; région 2, 3,3; région 3, 2,6; région 4, 4,4; région 5, 2,9; région 6, 4,3; région 7, 7,5. Statistique Canada, *Indicateurs de la santé*, janvier 2005, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2004002/tables_f.htm#health

Faible poids à la naissance

Le poids à la naissance est un indicateur de la santé des nouveau-nés. On pense que les enfants de faible poids à la naissance (2 500 grammes ou moins) ont plus de risques de présenter divers problèmes sur les plans de la santé et du développement. Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick observe cet indicateur et il a pour objectif d'augmenter le pourcentage de nouveau-nés pesant au moins 2 500 grammes (5,5 livres). Les intervenants de la Santé publique collaborent avec ceux du ministère des Services familiaux et communautaires par l'entremise du programme des Initiatives pour la petite enfance (IPE) du Nouveau-Brunswick afin d'offrir des services axés sur la prévention à un groupe cible de femmes enceintes, de nourrissons et de jeunes enfants à risque, avec l'objectif de favoriser la naissance de bébés en santé et le développement des enfants, de la naissance à cinq ans. Dans le contexte du programme prénatal des IPE, le personnel de la Santé publique offre des conseils en matière de nutrition, et du lait et des vitamines sont donnés aux femmes enceintes respectant les critères d'admissibilité financière.⁴⁸ Environ 1 770 femmes enceintes étaient inscrites au programme prénatal des IPE en 2003-2004, soit environ le quart des femmes qui ont accouché au cours de cette année.⁴⁹ Les clientes à qui des services prénatals sont offerts de façon prioritaire sont principalement des jeunes femmes.

Le pourcentage de nouveau-nés pesant 2 500 grammes ou moins a relativement peu changé au cours des vingt dernières années, variant entre 5 % et 6 % tant au Nouveau-Brunswick qu'au Canada. Au cours de la dernière décennie, le taux de faible poids à la naissance observé au Nouveau-Brunswick est demeuré légèrement inférieur au taux enregistré à l'échelle nationale. En 2001, 5,3 % des enfants nés au Nouveau-Brunswick pesaient moins de 2 500 grammes. Ce taux était de 5,5 % dans l'ensemble du Canada.⁵⁰ Les taux basés sur une moyenne de 3 ans, calculé en 2001, ne varient que légèrement selon la région sanitaire : de 6% dans la région 6 (Bathurst) à 4,5% dans la région 7 (Miramichi), versus un taux moyen pour le N.-B. de 5,2% et le taux national de 5,6%.⁵¹

Allaitement maternel

L'allaitement maternel est préférable à l'allaitement artificiel pour la santé des nourrissons et des jeunes enfants. Santé Canada et les organismes internationaux de la santé recommandent de

⁴⁸ Pour plus de renseignements sur le Programme de prestation prénatale, voir le site web du ministère des Services familiaux et communautaires : <http://www.gnb.ca/0017/index-f.asp>

⁴⁹ Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2003-2004*.

⁵⁰ Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les naissances, tableau CANSIM 102-4005.

⁵¹ Statistique Canada, *Indicateurs de la santé*, janvier 2005, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2004002/tables_f.htm#health

nourrir le nouveau-né au sein exclusivement pendant environ six mois, puis de maintenir l'allaitement maternel en ajoutant des aliments complémentaires au moins jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.⁵² Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick assure le suivi des taux d'allaitement maternel et, par l'entremise du programme des IPE, il désire « promouvoir l'allaitement maternel comme choix alimentaire santé et offrir un soutien aux mères qui allaitent. »⁵³ En participant au Comité consultatif du Nouveau-Brunswick sur l'allaitement maternel et aux comités régionaux connexes, le Ministère met officiellement en valeur l'Initiative Amis des bébés, un projet international de l'Organisation mondiale de la Santé visant à favoriser l'allaitement maternel dans les hôpitaux et au sein des collectivités. Dans certaines régions, les médecins et les autres professionnels de la santé consacrent maints efforts à la mise en valeur de l'allaitement maternel. Il semble néanmoins exister des lacunes importantes au chapitre de l'information et du soutien dans ce domaine, des éléments essentiels à la réussite des femmes à entreprendre et à maintenir l'allaitement maternel.

Le Nouveau-Brunswick fait piètre figure au chapitre de l'allaitement maternel comparativement à l'ensemble du pays. Seulement 64 % des Néo-Brunswickoises qui ont eu un enfant entre 1998 et 2003 ont allaité leurs bébés, alors que ce pourcentage était de 85 % au Canada. Elles ont aussi allaité leurs enfants moins longtemps. Ainsi, seulement 26 % des mères qui allaitaient leurs bébés au Nouveau-Brunswick l'ont fait pendant au moins quatre mois et 17 %, pendant au moins six mois, ces pourcentages s'élevant respectivement à 48 % et à 39 % au Canada.⁵⁴ Des données comparables selon la région sanitaire ou le groupe linguistique ne sont pas disponibles.

Cancer du col de l'utérus et autres cancers gynécologiques

Le cancer du col de l'utérus et les affections précancéreuses peuvent être diagnostiqués au moyen d'un simple test de Pap pratiqué chez les femmes, le taux de réussite du traitement étant très élevé. En 2003, le pourcentage de Néo-Brunswickoises de 18 à 69 ans qui avaient subi un test de Pap au cours des trois années précédentes s'élevait à 78,3 %, une proportion légèrement supérieure à la moyenne constatée à l'échelle canadienne, soit 74,0 %.⁵⁵ Les taux varient considérablement selon la région sanitaire, du 81,8% dans la région 1 (Moncton) à 62,7% dans la région 5 (Campbellton) en 2003.⁵⁶ Les cliniques de test Pap qui existent dans certains hôpitaux

⁵² Santé Canada, *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/smpf07_f.html.

⁵³ Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2003-2004*.

⁵⁴ Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003*, www.statcan.ca.

⁵⁵ Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003*, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/tables/html/at005_fr.htm.

⁵⁶ Région 2 : 79,6%; région 3 : 80,8%; région 4 : 66,8%; région 6 : 76,9%; région 7 : 74,7%. Statistiques Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003*, www.statcan.ca

et quelques centres de santé communautaires dans le sud-est et sud-ouest de la province en facilitent l'accès pour les femmes sans médecin de famille.

Chaque année, au Nouveau-Brunswick, des femmes meurent encore de ce cancer, que l'on peut facilement prévenir. Dix-neuf décès survenus dans la province en 2003 étaient attribuables au cancer du col de l'utérus.⁵⁷ Les données comparatives les plus récentes concernant le cancer du col de l'utérus au Canada et dans les provinces (1997) montrent des taux semblables au Nouveau-Brunswick et au Canada, soit 2,3 cas par tranche de 100 000 femmes âgées de 15 à 64 ans dans la province, et une moyenne de 2,2 à l'échelle nationale.⁵⁸ Les données selon la région sanitaire ne sont disponibles que pour trois des sept régions du N.-B. en raison de la petite population : région 1, 1,9; région 3, 3,3 et région 6, 3,6 par tranche de 100,000 femmes âgées de 15 à 64 ans.⁵⁹ Le cancer de l'utérus a entraîné dix décès au Nouveau-Brunswick en 2003. Le cancer de l'ovaire, beaucoup plus difficile à déceler, occasionne de nombreuses pertes de vie. Ainsi, 45 Néo-Brunswickoises en sont mortes en 2003.⁶⁰

Hystérectomie

On peut pratiquer une hystérectomie pour traiter un cancer ou une affection précancéreuse ou d'autres affections ne mettant pas la vie en danger, notamment des saignements utérins anormaux, des fibromes utérins, l'endométriose et des douleurs pelviennes. Les intervenants de la santé et ceux qui élaborent des politiques dans ce domaine sont préoccupés et ils débattent de la pertinence de cette technique envahissante dans les cas d'affections non cancéreuses, vu la durée de la convalescence et les risques d'une telle procédure sur la santé.⁶¹ L'Institut canadien d'information sur la santé souligne que les taux d'utilisation différents « peuvent refléter le degré d'incertitude au sujet de l'utilisation appropriée de cette intervention chirurgicale », en ajoutant que l'on ne connaît pas le « bon » niveau d'utilisation.⁶²

⁵⁷ Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Statistiques de l'état civil, *Rapport annuel 2003*.

⁵⁸ Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès, et Division de la démographie (estimations de la population), http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2004002/tables/html/368_97_f.htm

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Statistiques de l'état civil, *Rapport annuel 2003*.

⁶¹ Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, rapport du groupe d'experts intitulé *Vers une pratique idéale relative à l'usage de l'hystérectomie*, juin 2002, <http://www.womenshealthcouncil.on.ca>.

⁶² ICIS, Indicateurs de la santé 2004 : *Définitions, sources de données et raisonnement*, <http://www.cihi.ca>.

Les taux d'hystérectomies sont constamment élevés comparativement à la moyenne canadienne et ils sont très différents d'une région à l'autre. Dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick, cette proportion était de 655 cas par tranche de 100 000 femmes âgées de 20 ans et plus en 2001-2002 (en baisse par rapport au chiffre enregistré en 1997-1998, soit 770), alors qu'elle était de 981 cas par tranche de 100 000 dans la région de Bathurst (région 6). La région de Fredericton (région 3) avait le taux le plus bas dans la province, 411, alors que Saint John (région 2) suivait à 515, et Moncton (région 1) à 680.⁶³ Les taux ne sont disponibles que pour les régions sanitaires ayant une population de 75 000 ou plus. Bien que le taux moyen à l'échelle du pays ait été moins élevé en 2001-2002, soit 389 cas par tranche de 100 000 femmes (en baisse par rapport au chiffre enregistré en 1997-1998, soit 484), le Canada est l'un des pays occidentaux où le taux d'hystérectomies est le plus haut, se classant après les États-Unis. Ce taux est deux fois plus élevé au Canada qu'au Royaume-Uni, en Suède, aux Pays-Bas et en Norvège.⁶⁴ Des recherches sont nécessaires afin de déterminer les causes et les répercussions du taux élevé d'hystérectomies au Nouveau-Brunswick et des disparités régionales quant au recours à une telle intervention.

⁶³ Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé, <http://www.cihi.ca> ou www.statcan.ca.

⁶⁴ Cynthia M. Farquhar et Claudia A. Steiner, « Hysterectomy Rates in the United States, 1990-1997 », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 99, n° 2 (février 2002). http://www.acog.org/from_home/publications/green_journal/wrapper.cfm?document=2002/ong13102fla.htm; Suède, Royaume-Uni, Pays-Bas : données citées dans le rapport du groupe d'experts du Conseil ontarien des services de santé pour les femmes intitulé *Vers une pratique idéale relative à l'usage de l'hystérectomie*, juin 2002, <http://www.womenshealthcouncil.on.ca>.

POSITION DU CONSEIL CONSULTATIF

Le Conseil consultatif préconise la mise en œuvre d'une stratégie provinciale globale en matière de santé de la reproduction, compte tenu des principes suivants .⁶⁵

- Les femmes et les hommes devraient pouvoir profiter d'une vie sexuelle saine en toute sécurité et décider s'ils auront des enfants, quand ils les auront et combien ils en auront, en ayant accès à de l'information précise et confidentielle et à des services offerts sans jugement, dans les domaines de la planification familiale, de l'avortement, de la prévention et du traitement des infections transmissibles sexuellement, des soins à la mère et au nouveau-né, des services de soutien aux adolescentes enceintes et mères adolescentes, de la ménopause et des troubles de l'appareil génital.
- Les mesures relatives à la santé de la reproduction doivent tenir compte des divers besoins de la population quant à l'âge, à la culture, à l'origine ethnique, à la race, à l'orientation sexuelle, à la situation socioéconomique, aux incapacités physiques et mentales et à la géographie, et être sensibles à ces besoins.
- L'élaboration de politiques en matière de soins de santé de la reproduction et la prestation des services doivent être guidées par un choix et des pratiques éclairés accordant un pouvoir aux personnes, à leurs familles et aux collectivités. Les relations entre les fournisseurs de soins de santé, les clients et leurs familles doivent être fondées sur un respect et une confiance mutuels. Il faut offrir de l'information sur la gamme complète des options disponibles et sur les avantages et les risques qui leur sont associés.
- La planification des soins de santé de la reproduction, l'élaboration des politiques et la prestation des services doivent être fondées sur les constatations des recherches. Si aucune recherche ou presque n'est entreprise, les autorités en matière de santé publique doivent entreprendre ou parrainer de nouvelles recherches.
- Les politiques et les pratiques en matière de soins de santé de la reproduction doivent faire l'objet d'un suivi régulier et être évaluées de façon systématique afin que soient établies leur pertinence et leur efficacité.

⁶⁵ Pour obtenir de l'information additionnelle sur la vision et les éléments qui devraient être inclus dans une telle stratégie, consulter le document de Santé Canada intitulé *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, 4^e édition, 2000, www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/smpf07_f.html; Fédération pour le planning des naissances du Canada, énoncés de position et autres documents, <http://www.ppfc.ca/ppfc/>.

- La technologie doit être utilisée de manière judicieuse et appropriée au moment de l'accouchement et dans le cadre du traitement des troubles de la santé de la reproduction. Elle ne doit pas remplacer les soins de soutien directs et l'observation. Les fournisseurs de soins de santé doivent veiller à ce que les patientes soient pleinement informées des avantages et des risques de toutes les interventions.
- Les femmes doivent avoir accès de manière sûre et raisonnable à un ensemble de soins à la mère et au nouveau-né durant la période précédant la conception, le travail, l'accouchement et le post-partum. Les conditions dans lesquelles la femme donne naissance doivent refléter le fait qu'il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un temps de grands changements sur les plans émotif, social et physique. Les futures mères doivent avoir accès à des services de sage-femme subventionnés et réglementés par l'État pour les soins prénatals et postnatals et un soutien durant le travail et les accouchements normaux.
- Une sexualité saine pratiquée en toute sécurité doit être décrite de façon positive et avoir une large place dans les programmes scolaires ainsi que dans les activités de sensibilisation destinées à la population adulte.
- Des méthodes de contraception sûres, efficaces et d'un prix abordable (y compris le contraceptif d'urgence) et des méthodes de prévention des maladies doivent être à la disposition des femmes et des hommes de tous âges.
- De l'information, des programmes et des services de qualité et approprié selon l'âge, doivent être offerts aux femmes qui doivent composer avec une grossesse non désirée, et ce, partout dans la province, sans égard à la région, à la langue ou au revenu. Cela comprend un soutien en cas d'adoption et un accès raisonnable à l'avortement et à des services de counseling avant l'avortement offerts dans le respect de la confidentialité et sans jugement.

Le Conseil consultatif encourage fortement le gouvernement du Nouveau-Brunswick à développer un plan d'action qui comprend des objectifs mesurables pour les enjeux prioritaires suivants :

- Création d'un comité sur la santé périnatale qui servira d'organisme aviseur au ministère de la Santé et du Mieux-Être du N.-B. Ce comité aiderait à coordonner le développement des politiques et des programmes, à encourager la collecte des données et la surveillance des résultats, à promouvoir la recherche de même que l'éducation publique et professionnelle sur les enjeux entourant la santé maternelle, des nouveaux-nés et des familles. À l'instar de la plupart

des autres provinces/territoires, et en s'inspirant des termes du mandat préparé par la Société médicale du N.-B., un tel comité comptera parmi ses membres des obstétriciens/gynaecologues, des médecins, des sages-femmes, des pédiatres, des infirmières de santé publique et des représentant-es du ministère provincial de la santé.

- Améliorer la qualité et l'accès aux soins offerts aux futures mères et aux nouveaux-nés en intégrant les sages-femmes dans le système provincial des soins de santé.
- Déterminer les causes et les répercussions des variations importantes dans les taux de césariennes et des hystérectomies selon la région, établir des lignes directrices pour l'usage approprié et fournir des ressources adéquates pour en appuyer la mise en œuvre.
- Réduire l'incidence des ITS et des grossesses non planifiées au moyen de l'expansion des initiatives d'information et d'éducation dans la communauté et en milieu scolaire, et en améliorant l'accès à la contraception (y compris la contraception d'urgence) et les méthodes et services de prévention de maladies.
- S'assurer que les femmes de toutes les régions de la province, sans égard à la langue ou au revenu et sans l'approbation de deux médecins, aient accès aux services d'avortement, y compris l'information et le counseling portant sur l'éventail complet des options avant et après l'avortement.