PROJET D'IMPLANTATION
D'UNE CLINIQUE
DE PLANIFICATION FAMILIALE
AU CH HONORE-MERCIER

DSC H-M

WA
546
DC2.2
M65
T746
198?

Centre Hospitalier Honoré-Mercier Inc.

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

2750, BOUL. LAFRAMBOISE, SAINT-HYACINTHE, QUÉ. J2S 4Y8 - TÉL.: (514) 773-5501

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTRÉAL

CENTRE DE DOCUMENTATION 3714 C.S.S.S.M.

PROJET D'IMPLANTATION D'UNE CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE AU CENTRE HOSPITALIER HONORE-MERCIER

Préparé par: Dr Diane Tremblay-Wurtele
Médecin-conseil

Avec la collaboration de: Gilles Forget
Conseiller en programmation - S.M.I.

REÇU le 09 DEC. 1986 Rép 26V - M.M.

WA 546 DC22 M65 T746 1987

INSPQ - Montréal
3 5567 00005 2537

TABLE DES MATIERES

- INTRODUCTION. 1

- 1ère partie:

  . Historique 3
  . La population de notre territoire et ses besoins . . 6
  . Les besoins des femmes 11
  . L'accessibilité en matière de planning familial. . . 13

- 2e partie: LA PLANIFICATION FAMILIALE AUTOUR DE NOUS . 20

  . Historique 20
  . Organisation et mode de fonctionnement 21
  . Les activités et les services. 22
  . La planification familiale en C.L.S.C. 27
  . Les tendances en planification familiale 29

- 3e partie: PROPOSITION POUR UNE CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ NOUS. 31

  . Affiliation. 32
  . Localisation 33
  . Organisation:

    . Ressources humaines 34
    . Horaires. 39

  . Services offerts:. 40

    . Consultation. 41
    . I.V.G.. 42
    . Dépistage des MTS 49
    . Suivi des personnes victimes d'agression sexuelle 52
    . Formation 53

  . Considérations financières 56

- CONCLUSION. 63

- ANNEXE I: Orientations en matière de planification des naissances (M.A.S.). 64

- ANNEXE II: Les 0-14 ans des 5 M.R.C. du territoire
Les 15-44 ans des 5 M.R.C. du territoire. . 68

- ANNEXE III: Guide d'observation et d'entrevue utilisé lors de la visite des cliniques de planification familiale 69

- ANNEXE IV: Description du poste d'infirmière-chef d'équipe en planification des naissances (Centre Hospitalier Sainte-Marie, Trois-Rivières). 84

- ANNEXE V: Liste du matériel (Centre Hospitalier Sainte-Marie, Trois-Rivières) 87

- ANNEXE VI: Liste du matériel ("Les C.L.S.C. face à l'avortement") 92

- ANNEXE VII: Liste du matériel nécessaire pour une clinique MTS (DSC Sainte-Croix, Drummondville) 96

- REMERCIEMENTS:. 100

Depuis la réforme du système de dispensation des soins médicaux, une trentaine d'hôpitaux québécois, dont le Centre Hospitalier Honoré-Mercier fait partie, se sont vu confier la responsabilité de la santé communautaire. Cette responsabilité s'articule autour d'un certain nombre de mandats, dont quelques-uns constituent un héritage des anciennes unités sanitaires alors que d'autres sont complètement nouveaux. Car il ne s'agit plus de la santé publique telle qu'on la connaissait traditionnellement mais bien de la santé communautaire qui "peut se définir comme l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé communautaires" (*).

Afin de bien s'acquitter de ses mandats, le département de santé communautaire doit d'abord être à l'écoute de la population de son territoire pour définir et analyser ses besoins. Il doit en outre élaborer, pour chaque strate de population, une stratégie en réponse à ces besoins et il doit voir à la coordination entre les différents services d'une région géographiquement définie.

Ainsi, suite à une révision de la programmation en santé maternelle et infantile, le problème des grossesses indésirées, en particulier à l'adolescence, avec leur cortège de séquelles physiques, psychologiques et sociales pour la mère et l'enfant, a clairement été identifié: c'est pourquoi

---

(*) Rochon, Jean: "La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux". Annuaire du Québec 1976, Qué. Editeur officiel du Québec 1977: 470-478

une meilleure planification des naissances est devenue un objectif prioritaire. Par ailleurs, nous savons que la découverte de la sexualité fait partie des apprentissages normaux de l'enfance et de l'adolescence. Il n'est donc pas étonnant de constater que la sexualité-contraception représente une préoccupation importante dans la programmation en santé des jeunes où nous tentons d'aborder cette question selon une approche globale et positive.

C'est donc en parfaite concordance avec ses mandats et ses objectifs de programmation que le Département de Santé Communautaire soumet un projet d'implantation d'une clinique de planification familiale au Centre Hospitalier Honoré-Mercier.

HISTORIQUE

Si, dès 1966, on peut retracer au Québec un début d'intervention structurée en matière de planning familial, c'est en 1972 que l'Etat décida de s'impliquer directement en cette matière. Le Ministère des Affaires sociales le fit d'abord en promulguant ses orientations. Dans un texte daté du 10 mai 1972 (*), on retrouve les principes essentiels qui guideront sa conduite, c'est-à-dire "le droit inaliénable pour le couple ou l'individu de prendre toutes les décisions qui engagent sa fécondité" (...) "d'où comme corollaire l'obligation pour l'Etat de considérer les services en planning des naissances comme des services essentiels qui doivent être rendus accessibles dans le réseau au même titre que n'importe quel autre service de santé ou service social également jugé important" (**).

On retrouve également dans ce document deux autres principes de base: celui selon lequel il faut aborder le planning avec une approche positive qui sache intégrer les activités qui visent à restreindre comme à promouvoir la fécondité. Le deuxième principe veut que les services en planning s'adressent à la personne d'une façon globale, c'est-à-dire que les

---

(*) Voir annexe 1.

(**) Jules H. Gourgues: "L'expérience québécoise: une action préparée de longue main", Revue de la Fédération pour le planning des naissances du Canada, Vol. 3, No. 1, hiver 1982.

aspects psycho-sociaux soient considérés avec autant d'attention que les aspects physiques.

D'où l'établissement des priorités suivantes:

1. le développement d'un programme d'information des jeunes en milieu scolaire: le P.I.P.M.S. dont les 14 C.S.S. ont la responsabilité régionale,

2. le développement au sein des établissements d'un réseau de cliniques de planification familiale offrant tous les services de consultation médicale et psycho-sociale en planning,

3. la formation des intervenants.

De la deuxième priorité ont découlé deux programmes importants:

1. le développement, dans les C.L.S.C. des services consultatifs de base,

2. le développement dans les centres hospitaliers des services spécialisés.

Ce dernier programme est beaucoup plus récent: c'est un texte en provenance du Conseil des Ministres en novembre 77 qui en signe le coup d'envoi: ce seront les "cliniques Lazure" dont les quatre volets principaux sont l'infertilité, la stérilisation, l'avortement thérapeutique et les services liés à la fertilité et à la contraception demandant une intervention médicale plus spécialisée et/ou un équipement plus sophistiqué.

Selon Monsieur Gourgues, dont l'article déjà cité date de l'hiver 1982, le M.A.S. a visité jusqu'en 1980, 41 centres hospitaliers pour présenter son programme: 23 l'ont accepté en prin-

cipe mais on reconnaît que seulement 14 cliniques offrent tous les services. Ce refus partiel des centres hospitaliers de s'impliquer en la matière de même que la tolérance du Ministère de la Justice suite aux jugements rendus dans le cas du Dr Morgentaler, ont favorisé le foisonnement de cliniques parallèles. Ces cliniques offrent un ou plusieurs services qui visent à pallier les insuffisances évidentes du réseau officiel. Elles répondent donc à des besoins réels certes, mais en même temps, elles consacrent le surdéveloppement de services en milieu urbain aux détriments d'une juste répartition et d'une véritable accessibilité dans toutes les régions du Québec. Cette abondance de ressources, surtout dans la région montréalaise, a sans doute joué un rôle dans le retard des institutions en milieu périphérique à développer de nouveaux services en matière de planification familiale.

LA POPULATION DE NOTRE TERRITOIRE ET SES BESOINS

Le Département de santé communautaire du Centre Hospitalier Honoré-Mercier couvre un territoire correspondant aux 5 M.R.C. suivantes: Acton Vale, Bas-Richelieu, Haute-Yamaska, Maskoutaine et Vallée du Richelieu. La population totale compte 290,951 personnes qui se répartissent comme suit (*):

M.R.C. \ AGE	0-4	5-14	15-44	44	Total
Acton Vale	1735	3150	9035	4645	18565
Bas-Richelieu	4070	7950	27485	15345	54850
Haute-Yamaska	5105	8840	31375	16025	61345
Maskoutaine	5305	9215	32220	18670	65410
Vallée du Richelieu	8015	16360	46866	19540	90781
Total	24230	45515	146981	74225	290951

(*) Source: Recensement Canada, 1981.
Extrait d'un document du C.R.S.S.S. de la Montérégie, par Jean-Luc Michel et Hung Nguyen, janvier 1983.

Si on compare ces chiffres avec ceux du recensement de 1976 qui dénombrait 267,915 personnes, on note une augmentation de 24,068 personnes. Les jeunes (0-14 ans) représentent entre 21 et 27% de la population totale alors que la catégorie des 15-44 ans représente environ la moitié de la population (*). Une étude faite au D.S.C. à partir des mêmes données nous indique qu'il y a 49.3% de femmes dans cette dernière catégorie (*). Voici donc déterminée la clientèle potentielle (actuelle et à venir) d'une clinique de planification familiale sur notre territoire, c'est-à-dire:

. 72,461 femmes de 15 à 44 ans
  et
. 74,520 hommes de 15 à 44 ans
  auxquels il faut ajouter
. 24,230 jeunes des deux sexes actuellement
  âgés de 0 à 14 ans.

Quels sont les besoins de cette population? Nous n'avons pas fait d'enquête sur le terrain afin de connaître les besoins ressentis dans les différents groupes d'âge. Par contre, des recherches faites à l'échelle du Québec nous permettent de connaître certains éléments (**).

(*) Voir annexe II.

(**) Des problèmes prioritaires
Collection: la santé des Québécois
Conseil des Affaires sociales et de la famille, 1983.

Chez les 15-24 ans:

- selon une enquête américaine, à la fin des études collégiales, 80% des étudiants sont sexuellement actifs,

. 28% des consultations médicales sont attribuables aux affections des organes génitaux et à la surveillance de la grossesse,

. on dénombre annuellement au Québec entre 8,500 et 9,000 grossesses chez les 10 à 19 ans.

. de 1976 à 1980, l'incidence de l'avortement s'est accrue de 80% tandis que le taux de natalité a diminué de 15%,

. les complications physiques et psycho-sociales d'une grossesse à l'adolescence sont très importantes, tant pour la mère que pour l'enfant,

. les M.T.S. sont fréquentes à l'adolescence et leurs complications peuvent être graves (50% des cas de gonorrhée déclarés au Québec en 1980 se retrouvaient chez les 15-24 ans).

-

De tout ceci, il ressort que;

les adolescents étant sexuellement actifs plus tôt que les générations précédentes,

1. ils ont besoin d'information sur la sexualité, la contraception et les M.T.S.,

2. ils ont besoin d'un système de consultation adapté à leurs problèmes spécifiques.

3. ils ont besoin d'un service d'interruption de grossesse,

4. ils ont besoin de "counselling" quelle que soit leur décision quant à la poursuite d'une grossesse indésirée.

Chez les adultes de 25 à 44 ans:

. c'est à cette phase de la vie que correspond la majeure partie de la période de reproduction,

. les maladies des organes génitaux représentent 13% des pathologies vues en service ambulatoire chez les femmes, la surveillance de la grossesse représentant un autre 13%,

. 47% des hospitalisations sont associées aux mêmes causes, c'est-à-dire 13% aux maladies génito-urinaires et 34% aux grossesses, accouchements et complications.

Si l'on exclut le suivi de la grossesse qui ne relève pas d'une clinique de planning, il n'en reste pas moins que la contraception temporaire ou définitive et les M.T.S. représentent certainement une bonne partie des 13% de pathologies vues en service ambulatoire. Considérant l'incidence importante dans ce groupe d'âge des M.T.S., des grossesses non désirées (telle qu'on peut l'estimer par le taux d'I.V.G.) ainsi que des problèmes sexuels (qui nous ont été confirmés par les cliniciens que nous avons rencontrés), il ressort que les 25-44 ans ont besoin, comme les adolescents:

1. d'information sur la sexualité, la contraception et les M.T.S. afin de prévenir et/ou de favoriser le dépistage précoce des pathologies.

2. d'un service de consultation surtout en ce qui concerne les problèmes sexuels et les M.T.S.

3. d'un service d'interruption de grossesse accessible tant sur le plan de la distance que sur le plan organisationnel.

Par ailleurs, si on considère la problématique des nouvelles morbidités de la petite enfance telle que décrite par Louise Séguin* (retard de langage, inadaptation scolaire, négligence et abus), nous savons qu'elles se retrouvent avec prédilection dans les classes socio-économiquement défavorisées. D'où il ressort qu'il pourrait être particulièrement pertinent de développer une action préventive en matière de sexualité-contraception dans ces milieux afin de favoriser des grossesses planifiées et désirées ce qui pourrait éventuellement contribuer à diminuer l'incidence de ces nouvelles morbidités.

---

* Séguin, Louise: "Nouveaux problèmes de santé des enfants: rôle des centres et départements de santé communautaire", Union Médicale du Canada, 1983; 112, 2: 168-172.

LES REVENDICATIONS DES GROUPES FÉMINISTES

Si les besoins de la population constituent l'élément déterminant pour développer de nouveaux services, il est permis de penser que les revendications des groupes féministes ont pu jouer un rôle dans la sensibilisation des gouvernements à l'importance de ces besoins. Depuis plusieurs années, et ce en France, en Italie, en Allemagne, en Angleterre comme au Québec et aux Etats-Unis, les groupes féministes ont préconisé une nouvelle approche en matière de santé. Ce qu'on appelle "le mouvement de santé des femmes" (*) s'est impliqué principalement dans quatre aspects de la santé: l'humanisation des soins à l'accouchement et à la naissance, la santé mentale, la contraception et l'avortement, le système de dispensation des soins via la création des centres de santé des femmes (que nous retrouvons chez nous à Montréal, Québec, Trois-Rivières et dans l'Outaouais).

Globalement, on peut dire que ce mouvement veut valoriser chez la femme la prise en charge de sa santé: il s'agit de rendre la femme apte à comprendre ce qui se passe dans son corps, à discuter avec les intervenants des solutions pos-

---

(*) Essai sur la santé des femmes
Mana De Koninck, Francine Saillant, Lise Dunnigan
Direction générale des publications gouvernementales du Ministère des communications, p.187 à 226.

sibles, pour finalement lui permettre de faire un choix "éclairé" en ce qui concerne sa santé. On peut facilement voir le lien, au niveau des principes de base, entre cette philosophie et la notion d'autonomie des individus développée par le M.A.S. dans ses orientations en matière de planification familiale.

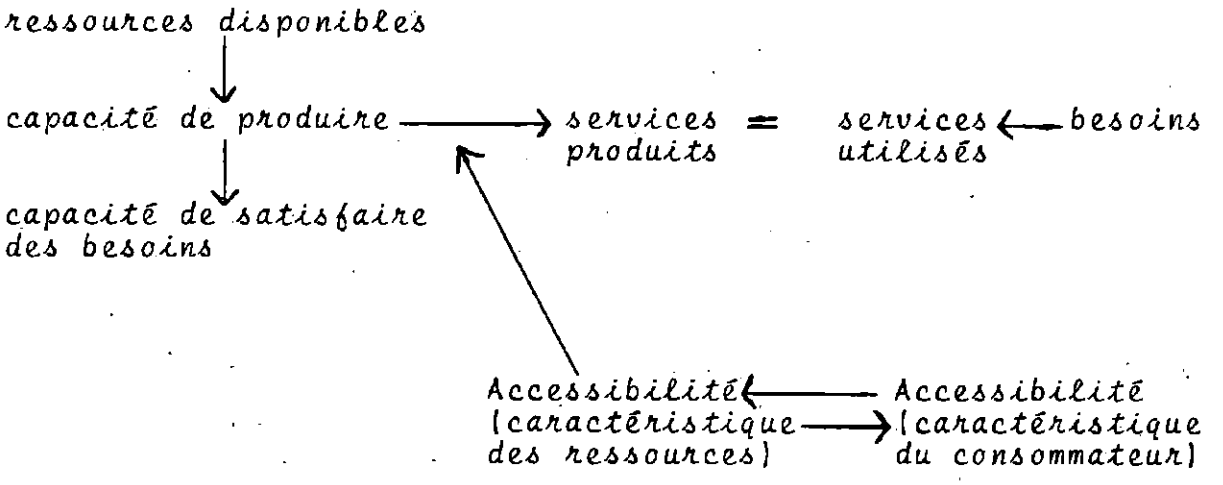
L'ACCESSIBILITE EN MATIERE DE PLANNING FAMILIAL

Sur le territoire du Département de santé communautaire, les problèmes de sexualité, contraception, infertilité, M.T.S. sont traités dans les cabinets privés des professionnels avec recours au milieu hospitalier en cas d'intervention plus sophistiquée. Un certain nombre d'avortements sont actuellement pratiqués au Centre Hospitalier Honoré-Mercier. Il est intéressant de noter la hausse du nombre d'avortements depuis environ un an, bien qu'aucune publicité n'ait été faite dans la population quant à ce nouveau service. Par contre, nous savons qu'une bonne partie de la clientèle de notre région s'adresse à Montréal, Greenfield Park, Sherbrooke ou aux C.L.S.C. pour obtenir une I.V.G. Il est donc permis de penser que les services que nous offrons ne comblent pas tous les besoins.

Etant donné qu'il n'y a pas de clinique de planification familiale sur notre territoire, si notre population ressent le besoin de ce genre de service, elle doit se déplacer. Ce qui pose évidemment le problème de l'accessibilité, notion bien différente de la simple disponibilité ("availability") d'un service dans une région donnée. L'accessibilité regroupe en fait un certain nombre de caractéristiques d'une ressource productrice de services qui vont faciliter ou empêcher l'utilisation par les clients éventuels du service produit. Par ailleurs, on peut également dire que certaines caractéristiques des consommateurs vont intervenir pour encourager ou limiter l'utilisation des mêmes services.

(*) 1982: 3 avortements thérapeutiques
1983: 32 avortements thérapeutiques
1984: 54 avortements thérapeutiques
(du 1er janvier 1984 au 7 novembre 1984)

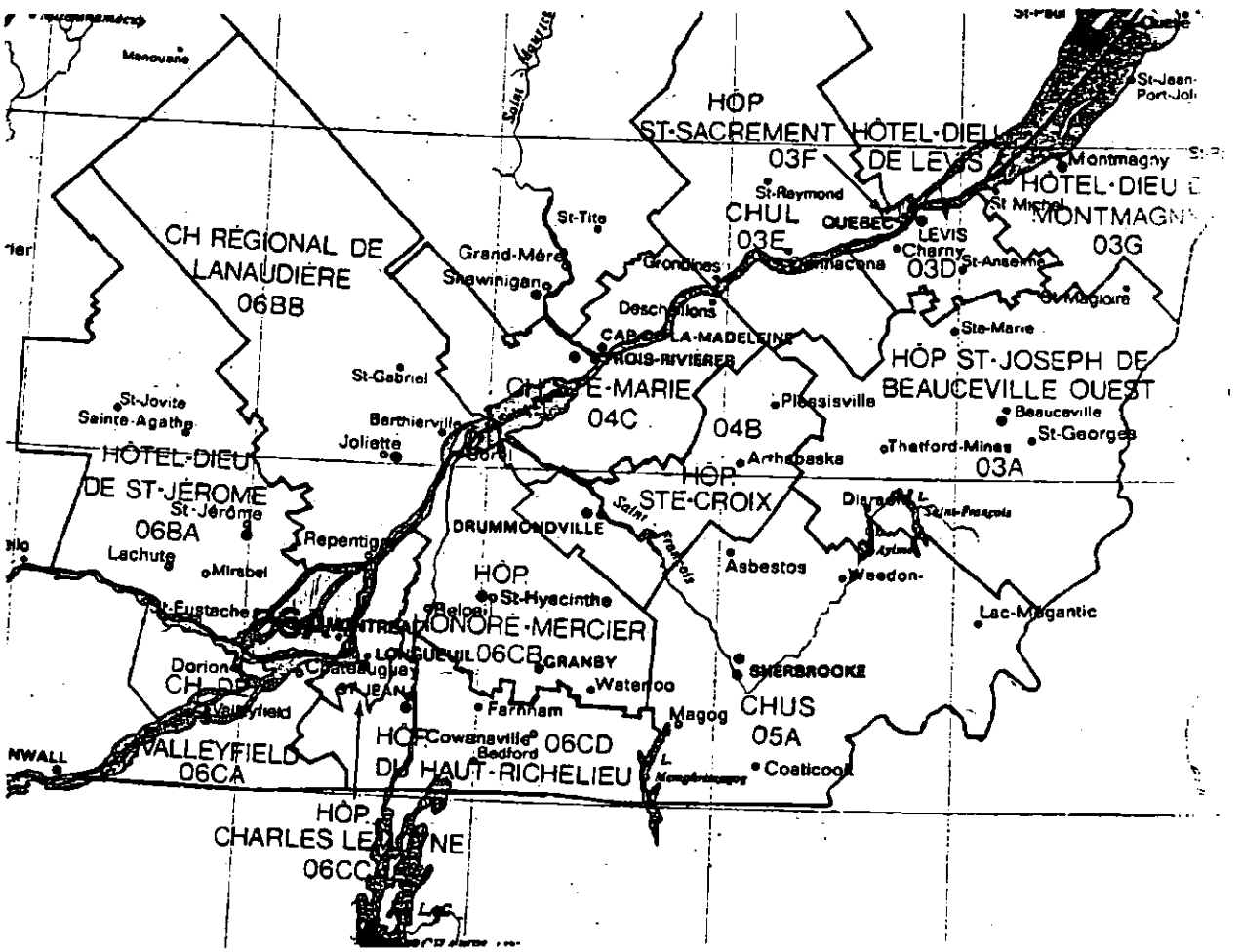
Selon le Dr Avedis Donabedian (*), on peut ainsi schématiser les relations entre ressources, services et besoins de la population:



Deux aspects de l'accessibilité sont pour nous particulièrement importants, c'est-à-dire l'aspect géographique et l'aspect socio-organisationnel. Considérons d'abord l'accessibilité géographique: elle peut être calculée en termes de kilomètres à parcourir, de temps perdu pendant le trajet ou encore de frais encourus à cause de ce déplacement. Il est assez évident que, si une partie de la population peut se déplacer sans problème, par contre les jeunes, les mères de jeunes enfants qui ne travaillent pas à l'extérieur, les personnes de milieu défavorisé (donc une clientèle à risque en sexualité - contraception) sont très limitées dans leurs déplacements.

(*) Donabedian, Avedis: Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Harvard University Press, 1973.

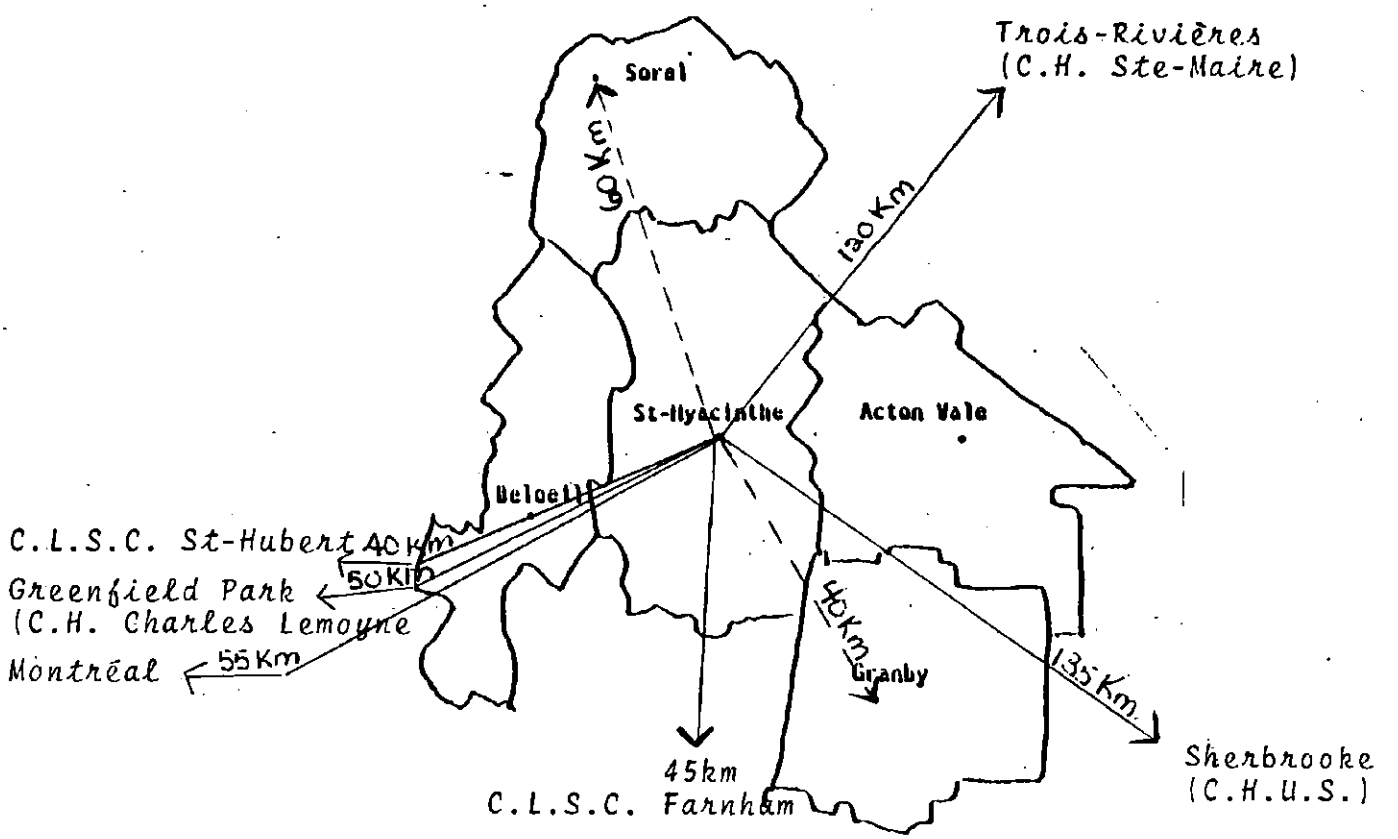
Examinons maintenant de plus près la distribution géographique des centres de planning au Québec.



Un certain nombre de centres hospitaliers québécois offrent des services en matière de planning familial notamment à St-Eustache, Valleyfield, Greenfield Park (C.H. Charles Lemoyne), Trois-Rivières (C.H. Ste-Marie), Québec (C.H.U.L.), Sherbrooke (C.H.U.S.), auxquels s'ajoutent les centres hospitaliers de Val-D'Or, Rouyn-Noranda, Jonquière, Rimouski (C.H. St-Joseph), Chibougamau et le Centre de santé l'Archipel.

Mais c'est encore dans la région montréalaise qu'on retrouve le plus grand nombre de cliniques de planning en milieu hospitalier, c'est-à-dire à la Cité de la Santé (Laval), St-Luc, Ste-Justine, Notre-Dame, Maisonneuve-Rosemont, Ville LaSalle, Montreal General Hospital, Jewish General Hospital, Royal Victoria Hospital. Il existe également des cliniques en dehors des hôpitaux: que l'on pense aux C.L.S.C. (Centre-Ville, Montréal-Nord), au Centre de Santé des femmes et aux cliniques privées.

En raison de la distance à parcourir, plusieurs des centres mentionnés plus haut sont à toutes fins utiles inaccessibles à notre population. Parmi ceux que nous considérons comme géographiquement accessibles, retenons: ceux de la région montréalaise, du C.H.U.S. et de Trois-Rivières auxquels il faut ajouter deux C.L.S.C. offrant des services en sexualité - contraception (St-Hubert et Farnham). Voyons à quelle distance de St-Hyacinthe ils se situent:



A partir de ces données, il est facile de voir qu'aucune clinique de planning n'existe dans un rayon d'environ 50 kilomètres de St-Hyacinthe. D'autre part, il est également évident que pour les personnes habitant les régions périphériques du territoire du D.S.C., la situation peut être aggravée par un éloignement encore plus grand.

Considérons maintenant l'accessibilité socio-organisationnelle en matière de planification familiale. Il sera question ici des caractéristiques sociales et organisationnelles du côté du producteur de service comme de celui du consommateur qui peuvent influencer l'accessibilité donc l'utilisation d'un service. Du côté de la personne-ressource par exemple, plusieurs facteurs peuvent faciliter ou compliquer son abord par le client éventuel: le sexe, l'âge, la race, la langue, les croyances religieuses, le niveau de spécialisation, etc. L'organisation du milieu peut aussi être source de problèmes: heures d'ouverture, temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, politiques d'admission (par ex.: certaines cliniques n'admettent que les personnes résidant sur leur territoire), questionnaire à remplir ou directives à suivre en langue étrangère. La dépersonnalisation des soins, surtout dans les grandes cliniques en milieu urbain, peut également représenter une difficulté importante pour l'utilisateur (trice) des services. Donabedian dans son livre intitulé "Aspects of Medical Care",* faisait remarquer que ces barrières sont plus importantes pour les gens pauvres et peu instruits, donc pour une des clientèles dites "à risque". C'est ainsi que certaines cliniques, même si elles sont à une distance jugée raisonnable, peuvent quand même être plus ou moins inaccessibles à notre population.

---

* Donabedian, A., Opus déjà cité, p.423 et suivantes.

Après avoir considéré le problème d'accessibilité des cliniques de planning, on peut se demander pourquoi les centres hospitaliers ont tardé à s'impliquer plus activement. En plusieurs endroits, il s'agissait principalement d'un phénomène de résistance par rapport à la facilitation de l'avortement. Ce phénomène, qu'on a justement appelé "la résistance tranquille des hôpitaux"*, s'est manifesté de façon variable à travers le Québec. Pourtant, à la longue, la plupart des hôpitaux désignés par le M.A.S. ont mis sur pied un C.A.T. fonctionnel et des médecins ont accepté de pratiquer les I.V.G. Il faut cependant reconnaître que, même si aujourd'hui l'accès à l'avortement est plus facile dans la plupart des régions du Québec, la question du droit à l'avortement (comme à tout autre service médical) n'a pas été tranchée dans la société canadienne. Si l'on se réfère à l'article 251 du code criminel canadien tel qu'il fut amendé en 1969, il y est bien indiqué qu'un avortement ne peut avoir lieu que dans les cas où le C.A.T., par décision de la majorité de ses membres, certifie que la poursuite de la grossesse met ou mettrait en danger la vie ou la santé de la mère. Donc, si le C.A.T. adopte une définition large de la santé (celle de l'O.M.S. par exemple)**, les raisons d'ordre psycho-social pourront être considérées comme suffisantes pour obtenir une I.V.G. Par contre, ceux qui interprètent le code criminel de manière stricte ne permettront que très peu d'avortements. Ce manque d'uniformité dans les critères (qui reflète sans doute la diversité des opinions en matière d'avortement dans notre société) peut facilement, d'un endroit à

---

* "L'avortement: la résistance tranquille du pouvoir hospitalier", Editions du remue-ménage, 1980.

** "La santé n'est pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmité mais un état de total bien-être, mental et social". Définition de l'Organisation mondiale de la santé.

l'autre ou même d'une année à l'autre, modifier l'accessibilité au service. Par ailleurs, il faut également reconnaître que la résistance peut aussi se manifester de façon tangible par l'attitude du personnel hospitalier qui n'est pas nécessairement d'accord avec l'intervention choisie par la patiente: en effet, il peut être difficile pour le personnel qui n'a pas reçu de formation particulière en ce qui concerne l'avortement et qui peut être moralement opposé à l'intervention, d'avoir une "relation d'aide significative" avec la personne concernée. Si ceci ne restreint pas la disponibilité du service, sa qualité peut sûrement en être affectée. D'où l'intérêt de développer, en milieu hospitalier, une structure qui assurera la protection et le respect du "choix éclairé" des individus en matière de sexualité-contraception.

LA PLANIFICATION FAMILIALE AUTOUR DE NOUS

Malgré des problèmes évidents de résistance, plusieurs institutions du réseau des Affaires sociales ont décidé de s'impliquer en matière de planification familiale en créant des cliniques de planning. Dans le but d'en connaître la structure et le fonctionnement, nous avons visité un certain nombre d'entre elles. Nous les avons choisies en raison de leur proximité, estimant qu'elles devaient recevoir une certaine partie de notre population. De plus, elles représentent assez bien, croyons-nous, la diversité des approches en matière de planification familiale. Nous avons donc visité les cliniques des centres hospitaliers suivants: Charles Lemoyne, St-Luc, Notre-Dame, Hôpital Général LaSalle, C.H.U.S. et Ste-Marie de Trois-Rivières. Nous avons aussi rencontré des personnes responsables en planification familiale dans deux C.L.S.C., soient le C.L.S.C. Centre-Ville et le C.L.S.C. de Farnham. Lors de ces visites, nous avons utilisé un questionnaire dont vous trouverez un exemplaire en annexe (*).

Historique

Les cliniques de planning que nous retrouvons dans les hôpitaux sont des "cliniques Lazure" sauf celle de l'Hôpital Notre-Dame qui existe depuis 1966. Il faut se rappeler qu'à cette époque et jusqu'en 1969, la diffusion d'information en matière de contraception était illégale. C'est donc sous le couvert de recherches médicales sur les moyens contraceptifs que le Dr Lise Fortier a initié les activités de la clinique Notre-Dame. A Charles Lemoyne, Sherbrooke et Ste-Marie,

---

(*) Voir annexe III.

chargée d'élaborer et de mettre en oeuvre une programmation en sexualité - contraception. En plus d'exercer un rôle de chef d'équipe, elle s'occupe activement de diffuser de l'information et de faire connaître les services offerts par la clinique.

Les activités et les services

Les cliniques de planning ont développé un ou plusieurs des volets suivants:

1. contraception,
2. interruption volontaire de grossesse (I.V.G.),
3. infertilité,
4. stérilisation,
5. dépistage des M.T.S.,
6. formation,
7. recherche.

A Charles Lemoyne, le seul volet offert est l'I.V.G. A St-Luc, on fait les I.V.G. et on s'occupe d'infertilité. La clinique de Notre-Dame est la plus complète, offrant des services dans tous les secteurs déjà décrits sauf en ce qui concerne l'infertilité qui relève de la clinique de gynécologie; on y fait aussi de la recherche. A Sherbrooke, on s'occupe de contraception, d'I.V.G., de dépistage M.T.S. et on y fait de la formation pour les médecins et les infirmières. La clinique de LaSalle offre tous les services mais ne fait pas de formation. Ste-Marie donne tous les services, procure de la formation aux intervenants de la région mais ne fait pas de recherche.

Les services en contraception - sexualité

Charles Lemoyne, St-Luc et LaSalle ont un service

c'est le D.S.C. qui s'est fait le promoteur de la clinique de planning tandis qu'à St-Luc, Notre-Dame et LaSalle, le centre hospitalier s'en est chargé. Récemment, la clinique de Charles Lemoyne a été prise en main par le centre hospitalier. Nous verrons plus loin que cette distinction peut se traduire par des différences notables au niveau des objectifs poursuivis et des moyens mis en oeuvre pour les atteindre.

Organisation et mode de fonctionnement

Toutes les cliniques visitées fonctionnent du lundi au vendredi, selon un horaire de jour. Occasionnellement, l'infirmière responsable pourra faire des rencontres d'information le soir, le plus souvent à l'extérieur des locaux de la clinique.

Les cliniques de Charles Lemoyne, LaSalle et Ste-Marie sont situées à l'intérieur du centre hospitalier alors que St-Luc et Notre-Dame ont installé la leur dans un immeuble attenant. A Sherbrooke, la clinique est localisée dans les anciens locaux de l'unité sanitaire, à bonne distance du C.H.U.S. Seule la clinique de Ste-Marie est bien identifiée comme telle à l'extérieur de l'immeuble.

Le personnel se compose, selon la taille de la clinique, d'une ou deux secrétaires (et/ou réceptionniste), d'une à trois infirmières, d'une ou deux travailleuses sociales, d'un ou plusieurs médecins omnipraticiens. Sauf dans les centres universitaires (St-Luc et Notre-Dame) où ils participent à la formation des étudiants, les gynécologues ne font pas partie, comme tels, de la clinique. Cependant ce sont eux qui font les avortements sauf à Sherbrooke où les omnipraticiens de la clinique s'en chargent.

A Ste-Marie, nous trouvons en plus une infirmière

d'information - consultation en contraception limité aux personnes demandant une I.V.G. Par contre, ce service est ouvert à tous à Notre-Dame, Sherbrooke et Ste-Marie. On fait surtout des rencontres individuelles, avec l'infirmière pour l'information et avec le médecin pour l'examen et la prescription. On fait des rencontres de groupes en pré-I.V.G. seulement, à Notre-Dame et à LaSalle. Il semble que les demandes des clientes soient beaucoup plus orientées vers la contraception que vers la sexualité, ce qui expliquerait qu'une seule clinique (Sherbrooke) compte dans ses rangs une travailleuse sociale-sexologue.

L'interruption volontaire de grossesse

Dans les cliniques que nous avons visitées, on fait entre 12 et 30 I.V.G. par semaine. On fait des I.V.G. jusqu'à 12 semaines de grossesse à Charles Lemoyne, St-Luc et LaSalle. A Notre-Dame, on fait aussi des avortements du 2ième trimestre de même qu'à Sherbrooke. A Ste-Marie, on accepte les cas jusqu'à 14 semaines de grossesse en général; on accepte cependant d'interrompre des grossesses plus avancées dans les cas de maladies héréditaires ou congénitales prouvées.

Dans la plupart des cliniques, il y a un délai d'environ une semaine entre l'appel et le premier rendez-vous de la patiente. A ce moment, la femme doit rencontrer au moins deux intervenants, c'est-à-dire l'infirmière et le médecin sauf à Sherbrooke, où elle ne voit que l'infirmière ou la travailleuse sociale. La rencontre avec la travailleuse sociale est obligatoire à Charles Lemoyne, Notre-Dame et LaSalle. Dans les autres cliniques, elle n'a lieu que dans certains cas dits "à risque" ou si la patiente le désire.

C'est également lors de cette première visite que les analyses de laboratoire ont lieu. Les exigences minima-

les semblent être: la formule sanguine complète (F.S.C.), le groupe sanguin et le Rh; on peut aussi demander, selon les cliniques, les caractéristiques des patientes ou du type d'anesthésie projetée: les électrolytes, le B.U.N. et la glycémie; l'analyse d'urine, la culture, le test de grossesse et/ou le dosage de H.C.G.; la cytologie vaginale, la culture, la recherche de chlamydia et/ou de gonocoque, de trichomonas; l'échographie; la radiographie pulmonaire et l'E.C.G.

Dans chacune des cliniques visitées, les dossiers des personnes demandant une I.V.G. sont présentés au comité d'avortement thérapeutique. A Charles Lemoyne, le C.A.T. est composé de cinq (5) médecins qui discutent chaque cas et refusent parfois. A St-Luc et LaSalle, les membres du C.A.T. signent tous les dossiers. A Sherbrooke et à Notre-Dame, chaque dossier doit être présenté aux membres du comité par l'infirmière ou la travailleuse sociale de la clinique; il n'y a pas de refus. A Ste-Marie, il y a aussi présentation des cas au comité qui ne refuse pas mais peut retarder l'I.V.G. si la patiente est perçue comme ambivalente.

Lorsque le dossier a été signé au C.A.T., la patiente devra parfois revenir à la clinique pour une deuxième visite pré-I.V.G. afin de permettre l'installation de tiges laminaires dans le col, ceci devant faciliter la procédure de l'avortement. On met des tiges laminaires à toutes les patientes à Ste-Marie, à celles qui ont plus de 8 semaines de grossesse à St-Luc et à celles qui ont plus de 12 semaines à Notre-Dame et à Sherbrooke.

L'avortement a lieu le lendemain de l'installation des tiges laminaires. On le fait à la clinique même à Charles Lemoyne, St-Luc, Notre-Dame, Sherbrooke et LaSalle. On le fait en salle d'opération pour les grossesses de plus de 12 semaines à Notre-Dame et à Sherbrooke, de 10 à 13 semaines à LaSal-

le. A Ste-Marie, les I.V.G. se font toutes en salle d'opération. Partout, on utilise l'anesthésie locale en clinique, à laquelle s'ajoute le protoxyde d'azote, à Sherbrooke. On utilise l'anesthésie locale à Ste-Marie et à Sherbrooke pour les 12 à 16 semaines. A LaSalle, on préfère l'anesthésie générale pour les grossesses de plus de 10 semaines. Il est à noter que ce sont les gynécologues qui font les avortements dans tous les centres sauf à Sherbrooke où les omnipraticiens se chargent des I.V.G. allant jusqu'à 16 semaines, même s'ils doivent aller en salle d'opération pour les 12 à 16 semaines.

Toutes les cliniques offrent une visite de contrôle à la patiente de deux à six semaines après l'I.V.G. mais, sauf à LaSalle où l'on fait beaucoup de relance téléphonique, on perd de vue la majorité de la clientèle. D'où l'importance de donner toute l'information concernant la contraception lors de la première visite de la patiente et de s'assurer qu'elle repart avec une méthode contraceptive bien comprise après l'I.V.G.

L'infertilité

L'infertilité est un volet important dans trois cliniques, soient celles de St-Luc, LaSalle et Ste-Marie. On y fait les tests post-coïtaux, les biopsies endométriales, les insufflations tubaires et les inséminations. Rappelons qu'à Notre-Dame et à Sherbrooke, l'infertilité est un champ d'action couvert au centre hospitalier lui-même plutôt qu'à la clinique.

La stérilisation

A St-Luc, ce volet est normalement couvert par la clinique de gynécologie, sauf s'il s'agit de stérilisation post-I.V.G.: l'avortement a alors lieu en salle d'opération et il est immédiatement suivi par la stérilisation. A Notre-

Dame et à Ste-Marie, la consultation médicale en vue d'une stérilisation se fait dans le cadre des journées consacrées à la contraception à la clinique tandis qu'à Sherbrooke et à LaSalle, ce type de demande est acheminé en clinique de gynécologie.

Le dépistage des M.T.S.

Dans les cliniques de planning, deux types d'activités se retrouvent quant au dépistage. La plupart des cliniques voient au dépistage des M.T.S. chez les femmes se présentant pour une I.V.G.: c'est le cas à St-Luc, Notre-Dame, Sherbrooke et Ste-Marie. On fait également du dépistage chez les patientes vues en contraception à Notre-Dame.

Par ailleurs, deux cliniques ont particulièrement développé ce volet et sont clairement identifées dans leur milieu comme étant des centres de dépistage des M.T.S.: il s'agit des cliniques de Sherbrooke et de LaSalle.

Formation

Dans plusieurs cliniques, on fait de la formation pour les médecins (étudiants et autres) et pour les infirmières, surtout en ce qui concerne l'avortement: c'est le cas de St-Luc, Notre-Dame et Sherbrooke. A Ste-Marie, l'infirmière-chef de programme en planning s'occupe activement de former des agents multiplicateurs dans son milieu en matière de sexualité - contraception.

Recherche

C'est surtout à l'Hôpital Notre-Dame qu'il se fait de la recherche en matière de contraception. Actuellement, on a un projet d'évaluation des contraceptifs triphasiques (7-7-7) et de la cape cervicale.

La planification familiale en C.L.S.C.

Dès 1972, nous retrouvons dans les orientations du M.A.S. en matière de planification des naissances l'objectif d'implanter, au sein des C.L.S.C., des services d'information. Par la suite, un programme de développement des services consultatifs de base en C.L.S.C. a été mis de l'avant par le ministère: il s'agit en fait de tous les services en sexualité - planning n'exigeant ni hospitalisation, ni personnel ou équipement spécialisé ainsi que les services de consultation liés à l'usage des méthodes contraceptives réversibles.

Depuis 1981, un certain nombre de C.L.S.C. ont commencé à pratiquer des avortements. Tel que présenté dans le document "Les intervenants(es) des C.L.S.C. face à l'avortement" publié en novembre 1983, ils poursuivaient quatre objectifs en développant ce service:

1. en améliorer l'accessibilité,

2. "offrir un service d'avortement libre, c'est-à-dire respectant totalement la décision de la femme" (*) donc sans comité d'avortement thérapeutique pour parrainer cette décision,

3. permettre que cette liberté de choix (que l'on retrouve aussi dans les cliniques privées) puisse aller de pair avec la gratuité du service,

---

(*) "Les intervenants(es) des C.L.S.C. face à l'avortement", Novembre 1983.

4. offrir un service axé sur une approche globale de la femme, donc plus personnalisé.

En décidant de pratiquer des avortements, les C.L.S.C. se mettaient cependant dans une position difficile. A plusieurs reprises, certains d'entre eux avaient demandé au M.A.S. d'approuver leur projet de faire des I.V.G.: le ministère a toujours refusé. Par contre, la jurisprudence établie dans le cas du Dr Morgentaler fait en sorte que le Ministère de la Justice a décidé de ne plus poursuivre les médecins qui font des avortements en dehors du cadre prescrit par la loi (c'est-à-dire dans des hôpitaux accrédités et suite à une décision majoritaire des membres d'un C.A.T.). Par ailleurs, un sondage Gallup réalisé en 1982 montrait qu'une majorité des québécois était en faveur du libre choix pour la femme enceinte. La position des C.L.S.C. est donc à la fois solide et précaire...

Le C.L.S.C. Centre-Ville et le C.L.S.C. de Farnham

Ces deux cliniques se ressemblent tant sur le plan des services offerts que de l'approche utilisée. Aux services d'information, consultation et dépistage (M.T.S.) s'ajoutent la consultation psycho-sociale et l'I.V.G. Ce volet a été développé récemment et semble gruger une part importante de l'énergie des intervenantes même si le nombre d'interventions reste faible (de 3 à 8 par semaine). En effet, voulant offrir un service complet, chaleureux et personnalisé, les intervenantes s'impliquent activement auprès des femmes; ce qui signifie souvent une relation d'aide intense mais n'ayant pas toujours de suite. Ce type de relation est très exigeant et, à la longue, épuisant pour les intervenantes. C'est pourquoi elles tentent de mettre sur pied des rencontres de groupe où les femmes pourraient verbaliser leur vécu et se réconforter entre elles, ce qui allégerait d'autant la tâche des intervenantes.

Dans les C.L.S.C., on limite autant que possible le nombre d'intervenants en contact avec la femme qui demande un avortement. Ainsi, sauf dans certains cas particuliers, elle n'aura à rencontrer que l'infirmière lors de la première visite. On essaie actuellement la formule des rencontres de groupe. Quant aux analyses de laboratoire, elles sont aussi réduites au minimum: seul le Rh est demandé.

Les C.L.S.C. ayant pour philosophie de base le respect du libre choix de la personne, il n'y a pas de C.A.T. qui étudie les dossiers. Les demandes ne peuvent quand même pas toutes être acceptées: on privilégie alors les très jeunes filles, les immigrantes et les réfugiées, les femmes de milieu défavorisé. On n'accepte le plus souvent que la clientèle du territoire du C.L.S.C.

L'avortement a lieu sur place au Centre-Ville, au C.L.S.C. de St-Hubert pour les clientes de Farnham. L'I.V.G. se fait par dilatation, aspiration et mini-curetage sous anesthésie locale. La femme peut être accompagnée de la personne de son choix. Deux semaines plus tard, une visite de contrôle est prévue qui doit servir autant à explorer le vécu émotif entourant l'I.V.G. que la condition physique de la femme.

Les tendances en planification familiale

Après avoir ainsi passé en revue les caractéristiques des principaux producteurs de services en matière de sexualité - contraception, il est possible de déterminer deux grandes tendances dans l'organisation et dans l'approche utilisée. En effet, selon qu'elles avaient pour but de faciliter l'accès à l'I.V.G. ou bien de couvrir tout le champ de la planification familiale, les institutions ont développé soit une clinique d'avortement, soit une véritable clinique de planning. Cependant, tous les responsables que nous avons rencontrés nous ont

souligné l'importance, pour le bien-être de la clientèle, des intervenants et de la clinique elle-même, de développer plusieurs volets de la planification des naissances.

Par ailleurs, dans le groupe de cliniques qui couvrent ainsi plusieurs aspects du planning, deux autres tendances sont observables. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une juxtaposition de services se rapportant à la sexualité et à la contraception: la clinique de planification familiale ressemble alors à toutes les autres cliniques en milieu hospitalier. Par contre, à Trois-Rivières et dans les C.L.S.C., les activités de la clinique sont intégrées dans le cadre d'une programmation globale en planification familiale. Ceci a pour avantage de rendre explicite la philosophie de base qui devra animer les intervenants et sous-tendre les activités. De plus, l'évaluation des activités pourra être faite à partir des critères découlant des objectifs de la programmation plutôt que de critères de nature strictement administrative.

Finalement, il est assez évident que le type d'organisation choisi détermine jusqu'à un certain point l'approche utilisée par les intervenants. Les cliniques favorisant la production de services, fussent-ils d'excellente qualité professionnelle, mettront moins d'emphase sur la relation d'aide, le réconfort et le support. Par contre, il semble que dans les cliniques où l'approche compte surtout, ceci constitue un frein important à la productivité du service. Ce difficile équilibre peut cependant être atteint: ainsi, nous avons perçu à la clinique de Sherbrooke un grand respect de la femme, de son vécu et de sa liberté de choix, allié à une productivité de bon aloi.

PROPOSITION POUR UNE CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ-NOUS

Ainsi donc, compte tenu des responsabilités du Département de santé communautaire, entre autres celle d'élaborer des stratégies de nature à répondre aux besoins de sa population; compte tenu des nouvelles orientations en SMI et en santé des jeunes qui préconisent une approche globale et positive de la santé de la femme, de l'enfant et de la famille; compte tenu de la relative inaccessibilité des cliniques de planning pour la population de notre territoire, nous vous présentons maintenant un projet d'implantation d'une clinique de planification familiale pour le Centre hospitalier Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe. La proposition, telle que contenue dans ce document, représente un consensus qui a pu s'établir entre les membres d'un comité ad hoc du comité médico-dentaire consultatif du CMD*. Ainsi, certains éléments de la proposition originale ont dû être modifiés ou éliminés en raison des conditions locales. Ces éléments seront mentionnés au passage lors de la description du modèle de clinique projetée. Ils pourront constituer des pistes à investiguer, voire un idéal à atteindre, dans l'avenir, par l'équipe en sexualité-contraception.

Ce projet vise essentiellement à actualiser les objectifs du MAS en matière de planning dans notre région, c'est-à-dire:

- favoriser le libre choix éclairé de la personne

- assurer l'accessibilité aux services à tous sans discrimination

---

* Les membres de ce comité étaient:

Dr Germain Adam - chef du département de psychiatrie
Dr Paul H. Bélanger - président du CMD
Dr Gilles Brien - directeur des services professionnels
Dr Pierre Dionne - chef du département d'obstétrique-gynécologie
Dr Bernard Gagnon - chef du service d'urologie
Dr Laurent Marcoux - chef du département de médecine générale
Dr Diane Tremblay - médecin-conseil au D.S.C.

- favoriser une approche positive de la planification familiale ainsi que la globalité des interventions.

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, chaque clinique présente des caractéristiques particulières. Nous avons choisi de vous présenter les éléments distinctifs de ce projet selon la séquence suivante: affiliation, localisation, organisation, services offerts, considérations financières.

Affiliation

Lors de nos visites, il nous a semblé particulièrement intéressant, pour une clinique de planning, d'être affiliée à un département de santé communautaire plutôt que d'être une clinique surajoutée à l'ensemble des cliniques externes du Centre hospitalier. Tout d'abord, reconnaissons que les objectifs mis de l'avant par le MAS en matière de planning correspondent aux valeurs adoptées par le DSC dans ses champs actuels de programmation: cet accord de principe ne pourra que faciliter l'approche de certains problèmes, comme nous le verrons au chapitre de l'avortement. De plus, le modèle d'intervention pluridisciplinaire préconisé au DSC correspond davantage aux objectifs du MAS que le modèle médical traditionnel en milieu hospitalier. Ensuite, une telle affiliation peut représenter un avantage important lors du recrutement du personnel médical et paramédical de la clinique (possibilité de salariat ou de paiement à vacation pour les médecins par exemple). Finalement, le fait que la clinique relève du DSC peut amoindrir considérablement les phénomènes de résistance dont nous avons parlé précédemment.

Recommandation:

Que la clinique de planning familial du Centre hospitalier Honoré-Mercier relève administrativement du Département de santé communautaire.

Localisation

Il y a plusieurs avantages à ouvrir une clinique de planning familial dans un centre hospitalier notamment:

- une localisation bien connue de la population;
- une infrastructure présente et bien organisée (archives, secrétariat, personnel de soutien, etc.);
- un service d'urgence, une salle d'opération, une salle de soins intensifs, etc.

Les désavantages existent aussi: le milieu hospitalier est davantage associé à la maladie qu'à la santé (alors que la planification familiale est le plus souvent le fait d'individus en santé); le modèle médical prédomine par rapport au modèle pluridisciplinaire; l'atmosphère est plus froide, plus anonyme que dans une clinique privée par exemple.

C'est en tenant compte de ces avantages et inconvénients que nous en sommes venus à préconiser une solution intermédiaire, c'est-à-dire une clinique en milieu hospitalier mais en dehors du cadre actuel des cliniques, au Pavillon Sud par exemple. Cette localisation présente toutes les caractéristiques mentionnées parmi les avantages alors que les inconvénients se trouvent amoindris par l'éloignement relatif des aires actives du centre hospitalier. Les locaux actuellement occupés par le Service de Prévention sont multiples et spacieux, avec accès direct à l'extérieur et communication souterraine avec l'édifice principal. Dans une région où tout le monde connaît quelqu'un qui travaille à l'hôpital, cette localisation assurerait autant que faire se peut la confidentialité aux clients de la clinique tout en étant parfaitement sécuritaire et facilement accessible.

Recommandation:

> Que la clinique de planning familial du Centre Hospitalier Honoré-Mercier soit localisée au rez-chaussée du Pavillon Sud, dans les locaux actuels du Service de Prévention.

Organisation

Ressources humaines

Dans une clinique de planification familiale, la responsabilité de l'atteinte des objectifs repose essentiellement sur une équipe formée de professionnels et de non-professionnels. Cette notion de travail d'équipe nous semble primordiale: c'est pourquoi le plus grand soin devra être apporté au choix des individus qui la composeront. Ils devront être choisis non seulement en regard de leur compétence dans leur sphère d'activité, mais également en fonction de leur intérêt à travailler en équipe pluridisciplinaire de façon à assurer le plus parfaitement possible une approche globale des problèmes de sexualité-contraception.

Au sein des différentes équipes de planning que nous avons rencontrées, le poste qui nous a semblé le plus intéressant est sans contredit celui de conseiller-ère en programmation sexualité-contraception. A Trois-Rivières, ce poste relève du Département de Santé Communautaire. La personne qui l'occupe est infirmière de formation et elle voit sa fonction ainsi définie:

"Sous l'autorité du responsable du secteur d'activité, le titulaire du poste participe à l'implantation des diverses

activités du programme de planification des naissances. Il est responsable de la diffusion de l'information en éducation sexuelle selon les programmes établis et du suivi des protocoles pour les diverses investigations, ou le counselling aux divers types de clientèle". Vous trouverez en annexe une description plus détaillée de ce poste.

Il s'agit, quant à nous, d'un poste-clé dans une clinique de planning. En effet, la personne qui le détient doit:

1. établir, en collaboration avec le médecin-chef de la clinique, une programmation en sexualité-contraception

2. faire connaître la clinique et ses services sur le territoire

3. s'occuper de la diffusion de l'information (conférences, colloques, rencontres de groupe, publications, etc.)

4. assumer la gestion de la clinique.

En plus d'une compétence professionnelle en planning, cette personne doit donc posséder des qualités de leadership et une aptitude aux relations publiques. Car c'est à elle qu'incombera la responsabilité de faire connaître la clinique, son équipe et ses services à la population du territoire de façon à attirer la clientèle. Au moment de l'embauche, les caractéristiques recherchées chez les candidat-es devront donc être bien définies et scrupuleusement respectées. Une formation en sexologie devrait être recherchée et privilégiée.

Le travail en planning exige de plus un poste d'infirmière à temps complet (ou deux infirmières à demi-temps). Les principaux aspects de la tâche de cette infirmière sont les suivants:

- accueillir les personnes qui se présentent à la clinique,

- prodiguer toute information pertinente en sexualité-contraception à la clientèle,

- organiser les entrevues auprès des consultants,

- effectuer les prélèvements,

- assister le médecin lors des examens et des interventions,

- assurer la relance auprès de la clientèle.

A travers toutes ces activités, elle devra surtout être capable d'assurer une relation d'aide à la clientèle. Cet élément de support est très important de façon à favoriser en matière de planning ce que certains ont appelé "le libre choix éclairé".

Quant aux services proprement médicaux (examens, prescriptions, traitements, interventions), ils seront assumés par une équipe d'au moins deux médecins engagés par le Département de santé communautaire et rémunérés selon un mode de vacation ou de salariat. Ils devront être membres du Département d'obstétrique-gynécologie. L'embauche d'au moins deux médecins pour la clinique permettrait de prévenir les problèmes inévitables causés par les vacances, congés, absences-maladies et autres. L'un de ces médecins devrait être nommé chef de clinique: à ce titre, il serait responsable de l'application du programme de planning et du contrôle des activités professionnelles et scientifiques de la clinique. Son mandat, comme celui des autres chefs de service en milieu hospitalier, aurait une durée de deux ans. Annuellement, il devra faire un rapport concernant l'aspect médical des activités de la clinique au chef du Département d'obstétrique-gynécologie.

D'autres professionnels oeuvrent également dans les cliniques de planning: dans la plupart des cas, il s'agit de travailleurs sociaux. Ils ont habituellement pour tâche de rencontrer les personnes qui font une demande d'avortement thérapeutique.

Dans le cadre des activités prévues de la clinique, nous souhaitons élargir considérablement le mandat de l'intervenant psycho-social. Nous désirons le voir s'impliquer activement dans l'investigation et le traitement des dysfonctions sexuelles, dans le suivi post-avortement et post-agression sexuelle. Il pourrait également participer à la formation des intervenants et à l'information du public. Au niveau de l'avortement, nous croyons que l'intervenant psycho-social se doit:

. de vérifier s'il y a ou non ambivalence de la personne quant à sa décision d'obtenir une IVG.

. d'aider la personne à clarifier sa position si nécessaire,

. d'investiguer quelles sont et pourraient être, sur le plan psycho-social, les causes et les conséquences de l'intervention projetée,

. de supporter la personne quelle que soit sa décision.

Actuellement, le service de consultation pré-avortement au Centre hospitalier Honoré-Mercier est offert par des psychologues, ce dont les médecins semblent très satisfaits. Tenant compte de tous ces éléments, nous recommandons que l'intervenant psycho-social soit un psychologue avec formation et expérience en sexologie. Au début, il serait embauché à demi-temps par la clinique. Cependant, considérant l'ampleur de la tâche que nous entendons lui confier, nous croyons qu'un poste à temps plein sera rapidement nécessaire.

En plus des professionnels, une clinique de planning a besoin de personnel de secrétariat. Nous croyons qu'au début, une seule secrétaire-réceptionniste, à temps plein, pourrait assumer cette fonction. Le rôle de cette personne en planning est très important: étant la première personne avec laquelle la clientèle entre en contact, elle représente la première image de la clinique. Lors d'un appel, elle doit tenter d'évaluer l'urgence de la situation, bien informer la personne, la rassurer, rassembler les éléments pertinents à la préparation du dossier. Au moment de la première visite, l'accueil que réservera la secrétaire à la personne constituera, avec l'apparence générale des lieux, le premier élément sur lequel la clinique sera jugée. L'attitude positive et la compétence de la secrétaire-réceptionniste sont deux éléments essentiels pour qu'une relation de confiance puisse s'établir entre la clientèle et l'équipe de planification familiale.

N.B.- En planification familiale, les postes demandant une formation en nursing sont traditionnellement occupés par des femmes: le fait que la clientèle d'une clinique de planning soit majoritairement de sexe féminin constitue un élément en faveur du maintien de cette tradition. Par ailleurs, les autres postes devraient être ouverts à tous, les critères de compétence, d'intérêt et d'attitude positive étant certes primordiaux.

Recommandation:

Nous recommandons qu'une équipe soit formée afin d'actualiser ce projet de clinique de planification familiale au Centre hospitalier Honoré-Mercier.

Elle devrait être formée:

- d'au moins deux médecins membres des départements de santé communautaire et d'obstétrique-gynécologie, l'un (e) d'entre eux (elles) devant être nommé (e) chef de clinique
- d'un (e) conseiller (ère) en programmation
- d'une infirmière
- d'un (e) psychologue
- d'une secrétaire-réceptionniste

Horaires

Toutes les cliniques de planning que nous avons visitées sont ouvertes de 8 à 4 ou de 9 à 5. Or, selon les personnes-ressources rencontrées, l'immense majorité de la clientèle est féminine et plutôt jeune. Il s'agit donc souvent d'une clientèle étudiante ou travailleuse.

Ainsi, si nous nous proposons d'améliorer l'accessibilité aux services en matière de planification familiale, il serait certainement pertinent de déterminer les heures d'ouverture de façon à n'exercer aucune discrimination par rapport à la clientèle visée. On devrait donc penser à des horaires comme midi à 8, 1 à 9, 2 à 10. Même le 10 à 6 nous semble plus acceptable que le traditionnel 8 à 4 ou 9 à 5 du milieu hospitalier.

Recommandation:

> Que les heures d'ouverture de la clinique de planification familiale du Centre Hospitalier Honoré-Mercier soient fixées de manière à n'exercer aucune discrimination envers certains groupes de la population.

Services offerts

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, toutes les personnes responsables en planification familiale que nous avons rencontrées ont insisté sur l'importance de ne pas mettre sur pied une clinique d'avortement mais bien une clinique où un ensemble de services rattachés au planning seront offerts. Ce point est primordial pour plusieurs raisons:

- d'abord pour répondre aux objectifs que nous nous sommes fixés en la matière, notamment l'approche positive et globale qui permet d'intégrer les aspects physiques, psychologiques et sociaux de la démarche en sexualité-contraception

- pour diminuer la résistance du milieu hospitalier face à l'implantation de la clinique et ainsi faciliter le travail de son personnel

- pour que le personnel de la clinique ait et conserve une conception positive de son travail en planning

- pour créer et maintenir une image positive de la clinique (et du Centre Hospitalier qui l'abrite) face à la communauté

Recommandation:

En conséquence nous recommandons que soient développés les volets suivants:

1- *Information et consultation en sexualité-contraception*
2- *Interruption volontaire de grossesse (IVG)*
3- *Dépistage des maladies transmises sexuellement (MTS)*
4- *Suivi des personnes victimes d'agression sexuelle*
5- *Formation*

Nous passerons maintenant en revue les éléments essentiels de chacun de ces volets.

1- Information - consultation

Etant donné l'implication du Département de santé communautaire dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, il nous semblerait particulièrement pertinent que la clinique soit elle-même orientée vers la prévention. C'est à ce titre que le volet information prend toute son importance. Si l'on prend pour exemple la clinique de planification des naissances du C.H. Sainte-Marie, l'infirmière chef de programme s'occupe activement de dispenser une information exacte et adaptée à différentes clientèles-cibles: jeunes en centre d'accueil, en milieu scolaire, regroupements de femmes, d'assistés sociaux etc. Nous croyons qu'il s'agit là d'une activité essentielle qui aurait pour but de permettre aux individus de faire des choix éclairés et responsables en matière de sexualité-contraception.

Par ailleurs, dans la plupart des cliniques de planning, c'est également le rôle de l'infirmière de prodiguer l'information en consultation individuelle. Selon les responsables que nous avons rencontrés lors de nos visites, il semble y avoir très peu de demandes en matière de sexualité. Il est possible que la personne qui consulte soit initialement mal à l'aise pour aborder ce sujet. Il est également possible que les intervenants soient eux-mêmes mal à l'aise et ne l'abordent pas. C'est pourquoi nous croyons que la personne responsable de l'information en sexualité-contraception devrait comme le (la) chef de programme, avoir une formation en sexologie.

Suite à la rencontre avec l'infirmière, c'est le médecin qui devrait recevoir la personne et, après un questionnaire et un examen médical, discuter avec elle de la méthode contraceptive qui semble la plus appropriée. Ainsi, la décision ne serait pas imposée par les professionnels: il devrait y avoir plus de chances pour que la personne persiste dans l'utilisation de sa méthode contraceptive.

Suite à une première visite à la clinique, l'infirmière devrait également s'assurer qu'il y aura un suivi à intervalles réguliers.

2- <u>Interruption volontaire de grossesse</u>

En planification familiale, l'interruption de grossesse constitue toujours l'aspect le plus controversé. Cependant, si nous adhérons aux principes de base que nous avons énoncés depuis le début, un grand nombre de difficultés seront évitées.

Rappelons ces principes:

1- l'individu est lui-même responsable de toutes les décisions qui engagent sa fécondité,

2- tous les services en planification familiale doivent être accessibles sans discrimination,

3- la planification familiale doit être abordée d'une façon globale et positive de manière à respecter l'individu et sa décision.

Ainsi donc, en matière d'avortement, si nous reconnaissons la liberté de choix à l'individu, notre responsabilité consiste à l'informer de façon à lui permettre d'exercer son choix en pleine connaissance de toutes les alternatives possibles face à une grossesse non désirée. Nous devons également rendre le service d'interruption de grossesse aussi accessible que les autres services offerts en planning. Finalement, nous devons supporter la personne avant, pendant et après l'intervention de telle sorte que l'expérience soit aussi peu traumatisante que possible.

Fonctionnement d'un service d'IVG

Nous nous contenterons ici de signaler quelques aspects particulièrement importants dans un service d'IVG.

1- Les délais doivent être courts. Toutes les études concordent sur ce point: plus l'avortement est pratiqué tôt dans la grossesse, moins il y a de risques sur le plan physique et moins il y a de traumatisme psychologique. Nous considérons qu'un délai d'une semaine à 10 jours ne doit pas être dépassé entre le premier appel et l'intervention. Il s'ensuit la nécessité d'une organisation serrée du système de rendez-vous à la clinique.

2- La personne qui demande un avortement ne doit rencontrer que le minimum d'intervenants nécessaire à l'actualisation de son choix. Dans tous les cas, nous recommandons une rencontre avec l'infirmière et le médecin. Quant à la consultation psycho-sociale, nous croyons que l'équipe de planification familiale devrait étudier les avantages et inconvénients d'une consultation obligatoire par rapport à ceux d'une intervention dirigée vers la clientèle dite "à risque". Dans ce cas, les facteurs de risque devraient également être étudiés par l'équipe de façon à constituer une grille facilitant la sélection des individus. Bien entendu, toute personne désireuse de rencontrer l'intervenant psycho-social devrait en avoir la possibilité.

3- Tel que stipulé dans la loi canadienne, les médecins membres du comité d'avortement thérapeutique doivent, à la majorité, autoriser l'avortement. Etant donné que le nombre minimum de médecins devant constituer ce comité est de trois, la majorité représente deux signataires. Nous recommandons donc que tous les dossiers ne soient signés que par deux médecins membres du CAT. Il est évident que, pour devenir membres du CAT, les médecins devront adhérer aux principes de base qui sous-tendent les activités de la clinique de planification familiale.

4- Afin d'assurer le maximum de discrétion à la patiente, les prélèvements pour fins d'analyse de laboratoire devraient être faits sur place. La nature de l'intervention projetée ne devrait pas figurer sur les formulaires utilisés.

5- Actuellement, les avortements sont pratiqués par les gynécologues. Nous ne voyons aucun avantage à modifier cette pratique.

6- Actuellement, les avortements se font en salle d'opération. Etant donné le petit nombre d'interventions pratiquées, le problème d'accessibilité à une salle ne se pose pas. De plus, les gynécologues considèrent que le milieu y est plus sécuritaire qu'en clinique. Cependant, ils affirment être prêts à reconsidérer leur décision selon l'évolution du nombre et des conditions entourant les avortements.

Quant à nous, suite à nos visites dans les cliniques où se pratiquent des IVG, nous croyons qu'il y a plusieurs avantagent à pratiquer les avortements en clinique externe, entre autres:

- le personnel de la clinique sera choisi et formé en fonction des services à rendre en matière de contraception, y compris l'avortement (ce qui n'est pas le cas en salle d'opération)

- la femme qui a rencontré le personnel de la clinique lors d'une première visite se sentira plus rassurée lors de l'intervention

- l'atmosphère de la clinique devrait être plus sereine et plus chaleureuse que celle de la salle d'opération

- il est plus facile d'assurer la confidentialité si la femme n'a pas à pérégriner à travers le centre hospitalier

- etc.

Nous serions donc d'avis qu'éventuellement les avortements devraient se faire en clinique.

7- L'avortement étant, comme nous l'avons déjà dit, une procédure chirurgicale d'autant moins traumatisante que la grossesse est peu avancée, il serait intéressant de considérer la possibilité de pratiquer des extractions menstruelles en clinique.

"L'extraction menstruelle se définit comme l'aspiration du contenu utérin chez une femme ayant un retard menstruel et étant susceptible d'être enceinte. C'est une intervention mineure se pratiquant aisément en bureau de consultation, ne nécessitant ni test de grossesse, ni instrumentation sophistiquée.

L'extraction menstruelle s'adresse à toute femme ayant entre 5 et 14 jours de retard de règle, ayant eu des relations sexuelles non protégées et ne désirant pas une grossesse éventuelle".*

Nous recommandons que ce type d'intervention soit envisagé par les membres de l'équipe de planning et les gynécologues qui pratiquent les avortements.

8- Les avortements devraient être pratiqués sous anesthésie locale (c'est d'ailleurs ce qui est fait dans la majorité des cas actuellement). Les avantages de cette méthode sont nombreux:

- l'intervention n'a pas à être pratiquée en salle d'opération

- la série d'intervenants concernés par la procédure se trouve diminuée par la non-nécessité de recourir à l'anesthésiste

---

* Les intervenants des CLSC face à l'avortement p.131.

- le nombre d'analyses de laboratoire nécessaires peut également être diminué

- lors de l'intervention, les réactions de la patiente peuvent signaler la survenue d'une complication

- la période de récupération post-IVG est plus courte.

Dans toutes les cliniques que nous avons visitées, les IVG sont pratiquées sous anesthésie locale au moins jusqu'à 10 semaines et dans certains cas jusqu'à 14 semaines de grossesse. Il ne semble y avoir aucun inconvénient majeur relié à ce type d'anesthésie.

D'autre part, les membres de l'équipe en planning devraient, en collaboration avec les gynécologues qui font les avortements, étudier la possibilité d'utiliser le protoxyde d'azote, comme adjuvant à l'anesthésie locale. Ce médicament est déjà utilisé dans certaines cliniques dans le but d'aider la femme qui subit une IVG à se détendre.

9- L'emploi de tiges laminaires pourrait être envisagé. Les médecins qui les utilisent considèrent que la dilatation du col est ainsi grandement facilitée. Le seul désavantage consiste dans le fait que la patiente doit faire une visite supplémentaire à la clinique, ces tiges devant être installées 24 heures avant l'intervention.

10- Il serait plus logique que la femme qui se présente à la clinique pour une IVG et qui désire également une stérilisation définitive, ait son avortement en salle d'opération et qu'il soit immédiatement suivi de la procédure de stérilisation. Par contre, nous avons pu constater lors de nos

visites que certaines équipes de planning préfèrent pratiquer les interventions à deux moments distincts, de façon à minimiser les conséquences psychologiques. Il reviendra aux membres de l'équipe de planning, en collaboration avec les gynécologues concernés, de déterminer une marche à suivre dans ces cas.

11- Une période de repos doit être prévue pour la femme en post-IVG. Si l'intervention a lieu en clinique, il faudrait donc prévoir un local spécialement aménagé à cet effet.

12- Des conseils doivent être remis à la patiente, par écrit, au moment de son départ. Si l'IVG est pratiquée à la clinique, le personnel aura la responsabilité de s'assurer qu'une méthode contraceptive appropriée a été prescrite à la patiente.

13- Une visite de contrôle devrait être effectuée à la clinique, quelques semaines après l'intervention. Cette visite aurait pour but de vérifier la condition physique et psychologique de la femme. Ainsi, il serait intéressant, comme cela se fait actuellement à l'hôpital Saint-Luc et dans certains CLSC, que des rencontres de groupe soient offertes aux femmes qui ont de la difficulté à vivre la période de crise qui entoure l'IVG. Ces rencontres pourraient être sous la responsabilité de l'intervenant psychosocial et de l'infirmière responsable de la clinique.

14- Si les dossiers d'avortement doivent être intégrés au dossier des autres cliniques externes, la mention "confidentiel" devrait y être apposée. Il pourrait être intéressant sur le plan de la confidentialité de conserver ces dossiers à la clinique jusqu'à ce que la visite de contrôle ait été effectuée.

3- Dépistage des MTS

Ici encore, nos visites nous ont fait prendre connaissance de deux orientations possibles en matière de dépistage des MTS. A certains endroits, on fait, systématiquement ou sur indication médicale, du dépistage chez les personnes qui se présentent en consultation. En d'autres endroits, la clinique est devenue un lieu de dépistage clairement identifié auprès des médecins et de la population.

Comme nous l'avons dit précédemment, la clientèle en planning est plutôt jeune. Or nous savons que l'incidence et la prévalence des MTS sont particulièrement élevées chez les jeunes de 15 à 24 ans.(*)Il nous apparaît donc pertinent d'offrir un service de dépistage des maladies transmises sexuellement à la clientèle de la clinique. Lors d'un symposium sur les infections en obstétrique-gynécologie qui eut lieu en avril 83 à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, le Dr Stuart T. Brown (**) est venu nous parler d'une expérience américaine en matière de contrôle des MTS. Comme il le soulignait, l'aspect le plus inquiétant de ces maladies est représenté par la fréquence et la sévérité des complications notamment les infections pelviennes aigues et chroniques, les grossesses ectopiques, les naissances prématurées et la stérilité. Aux Etats-Unis, le taux d'infection pelvienne (PID) est surtout élevé chez les 15-25 ans et environ 20% des femmes atteintes de ce type d'infection devront être

---

(*) Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, Santé et Bien-être social Canada, 17 décembre 1983 - Vol. 9-51.

(**) Le Dr Stuart T. Brown est "associate director Division of Venereal disease control, Center of Prevention Services, Centers for Disease Control" à Atlanta, Georgie.

hystérectomisées. Chaque année, environ 300 femmes américaines meurent d'infection pelvienne. Etant donné l'importance du problème, un projet fut élaboré au cours duquel une recherche systématique de la gonorrhée a été faite chez toutes les jeunes femmes d'une communauté, âgées de 15 à 25 ans, qui venaient subir un examen gynécologique. Les cas identifiés étaient immédiatement traités. Par la suite, une étude a démontré une diminution de l'incidence du diagnostic d'infection pelvienne en cabinet privé de même que comme motif d'hospitalisation. On a calculé que les sommes épargnées en frais d'hospitalisation étaient plus importantes que les frais encourus par le programme. L'effet bénéfique de ce projet a été reconnu si bien que l'on songeait à l'époque à un nouveau programme, plus ambitieux, qui préconiserait le dépistage systématique, non seulement de la gonorrhée, mais aussi des autres maladies vénériennes courantes.

Etant donné qu'il n'y a pas, sur notre territoire, de clinique MTS, nous recommandons que le volet MTS soit développé à l'intérieur de la clinique de planification familiale. Les objectifs poursuivis seraient les suivants:

1. Informer le public sur les MTS, en particulier les clientèles à risque.

2. Identifier les porteurs de MTS au moyen d'activités
   - de dépistage - cas symptomatiques
     - cas asymptomatiques (dépistage de masse)
   - de recherche et d'investigation des contacts de MTS
   - de contrôle des cas prouvés post-traitement

3. Traiter gratuitement les cas de MTS pour lesquels la question financière constitue un empêchement au traitement.

La consultation pourrait se faire avec ou sans rendez-vous, sur ou sans référence médicale. Le médecin pourrait référer ses patients à la clinique pour l'une ou l'autre ou pour l'ensemble des étapes suivantes: prélèvements (dépistage ou contrôle), diagnostic, traitement, enquête épidémiologique.

Le nombre d'heures consacrées aux MTS en clinique devra être ajusté à la demande. Au début, deux demi-journées (pour un total de 7 heures) devraient être suffisantes. Certaines heures pourraient être réservées aux prélèvements.

Le fonctionnement de la clinique pourrait être le suivant:

- accueil de la personne par l'infirmière responsable et inscription
- histoire médicale et examen par le médecin si nécessaire (les cas de contrôle n'ont pas nécessairement besoin de revoir le médecin)
- prélèvements par l'infirmière ou le médecin selon les cas
- ordonnance (si indiquée) et/ou traitement
- recherche des contacts par l'infirmière
- relance

Il serait très important qu'en dehors des heures consacrées aux MTS à la clinique, un (e) patient (e) puisse toujours se référer à une personne en particulier (l'infirmière responsable du volet MTS) pour de l'information. Il serait également important d'obtenir la collaboration d'un médecin spécialiste auquel les cas-problèmes pourraient être référés.

Des protocoles devront être établis pour l'investigation et le traitement des MTS. De plus, des fiches devraient être créées afin d'assurer les références inter-DSC, entre les médecins ainsi que pour aviser les contacts d'un cas de MTS prouvée.

4- Suivi des personnes victimes d'agression sexuelle

Les personnes victimes d'agression sexuelle sont habituellement vues à l'urgence, par le médecin de garde. Considérant le fait que la majorité de ces cas se présentent le soir ou la nuit au centre hospitalier, il est certain que certaines conditions devront être améliorées au niveau de l'accueil à l'urgence. Cependant, étant donné que l'investigation d'un cas d'agression sexuelle peut demander de 1 à 3 heures à l'intervenant impliqué, en plus de demander une formation adéquate de cet intervenant (qui ne pourrait que difficilement être donnée à tous les omnipraticiens oeuvrant à l'urgence), nous croyons qu'il y aurait avantage à ce que tous les cas d'agression sexuelle se présentant au centre hospitalier pendant les heures d'ouverture de la clinique soient d'emblée pris en charge par l'équipe de planning. Quant aux cas se présentant le soir ou la nuit, ils devraient être vus, de façon prioritaire, le lendemain à la clinique.

Actuellement, il n'y a aucune structure dans notre région qui soit apte à assurer un suivi de ces victimes. Pourtant, nous savons, via les intervenants qui ont été amenés à travailler auprès de ces femmes, que les séquelles psychologiques de ce traumatisme sont le plus souvent longues et sévères. Or, il nous apparaît que le personnel de la clinique de planning qui sera choisi en raison de son intérêt et de sa compétence en matière de sexualité-contraception, qui sera égale-

ment choisi en raison de son aptitude à considérer tous les aspects (physique, psychologique et social) de la situation d'une personne; qui devra être capable d'avoir une relation d'aide significative avec la clientèle en planning, il nous apparaît donc que ce personnel sera très bien placé pour assurer un suivi adéquat aux victimes d'agression sexuelle. C'est pourquoi, nous recommandons que ces personnes soient systématiquement référées à la clinique de planning pour un suivi global. Les étapes et les modalités de ce suivi devraient être déterminées par l'équipe lors de la rédaction de la programmation en sexualité-contraception.

5- Formation

Toutes les cliniques de planning que nous avons visitées possèdent une documentation intéressante en sexualité-contraception: présentoir où sont exhibés les différents moyens contraceptifs; dépliants publiés par le MAS, les DSC ou certaines compagnies pharmaceutiques; matériel audio-visuel (diaporamas, vidéos). Certaines cliniques ont rassemblé des éléments bibliographiques fort intéressants sur tout ce qui concerne la planification familiale. D'autres peuvent nous renseigner sur tous les récents développements dans le domaine de la recherche.

Etant donné qu'il n'y a pas, sur notre territoire, d'endroit où les intervenants (qu'ils soient professeurs, travailleurs sociaux, infirmières en milieu scolaire ou en CLSC) peuvent retrouver facilement de la documentation sur la sexualité et le planning familial, nous recommandons que la clinique offre ce service à la communauté. D'autre part, comme nous l'avons déjà souligné, il devrait être de la responsabilité du

personnel de la clinique, en particulier du/de la conseillère en programmation de faire connaître ce matériel et de susciter les demandes.

L'infertilité

Lors de nos visites, nous avons constaté que la clinique d'infertilité, lorsqu'elle était intégrée à la clinique de planning, fonctionnait tout de même de façon un peu parallèle. Tout d'abord, il s'agit d'une clinique assumée d'emblée par les gynécologues. Le rôle des intervenants de la clinique y semble beaucoup plus limité. Habituellement, on y pratique les investigations de base (tests post-coïtaux, spermogrammes, biopsies endométriales...) et on y fait les inséminations.

Actuellement, les cas d'infertilité sont investigués et traités par les gynécologues et urologues en bureau privé. Pour le moment, ceux-ci ne croient pas qu'il soit pertinent de développer le volet infertilité au niveau de la clinique de planning. Cependant, même si l'aspect médical de l'infertilité devait rester en cabinet privé, nous croyons que l'intervenant psycho-social de la clinique pourrait offrir des services aux couples infertiles qui en ressentent le besoin, leur fournissant par exemple une occasion d'exprimer leurs frustrations face à leur problème. Nous croyons que la pertinence d'offir d'autres services en matière d'infertilité devrait éventuellement être réévaluée par l'équipe de planification familiale et le groupe de spécialistes concernés au centre hospitalier. Pour nous, le fait d'intégrer à tout le moins certains aspects du suivi du couple infertile aux autres champs d'action de la clinique viendrait souligner le rôle positif que celle-ci entend jouer en planification familiale.

La stérilisation

Nous n'avons pas mentionné, au chapitre des services à offrir en planification familiale, celui de la stérilisation. Nous ne l'avons pas fait pour plusieurs raisons: d'abord parce que, lors de nos visites, les responsables nous ont confirmé le fait que la clientèle en planning est majoritairement jeune (< 30 ans) et que la stérilisation ne constitue pas pour elle un service très pertinent. Ensuite, nous croyons que la population du territoire a facilement accès à la stérilisation via les spécialistes oeuvrant en cabinet privé.

Nous voudrions cependant souligner qu'un système de référence efficace devrait exister entre la clinique et les spécialistes de la région pour que toute personne qui consulte pour ce motif leur soit rapidement dirigée.

Recommandation:

En conclusion, c'est donc une clinique multi-services dont nous recommandons la création afin de favoriser chez les intervenants et dans la communauté une compréhension et une approche positives de la planification familiale.

CONSIDERATIONS FINANCIERES

Vous trouverez à la page suivante, des données financières qui nous ont été gracieusement fournies par Madame France Poliquin, responsable de la clinique de planification familiale du Centre Hospitalier Sainte-Marie `a Trois-Rivières. Le budget pour la première année d'opération se chiffrait à $65,943.00, somme à laquelle il faut ajouter un montant de $22,000.00 qui a été consacré à l'achat du mobilier. Si nous considérons les données relatives aux années 1980 à 1983, il est intéressant de noter qu'au chapitre des fournitures médicales et chirurgicales, les dépenses ont progressivement diminué, bien que le nombre de visites à la clinique ait augmenté de façon remarquable. Il en est de même pour les fournitures diverses, les frais d'administration et les frais de papeterie. Par contre, l'année 1984 a vu augmenter de façon notable les dépenses dans tous ces secteurs sauf en ce qui concerne les frais d'administration. C'est surtout au niveau des achats effectués à l'extérieur du Centre Hospitalier que les frais ont augmenté. Nous pouvons penser qu'en cette quatrième année de fonctionnement de la clinique, on a dû procéder à un certain renouvellement de matériel qui, avec les augmentations des prix sur le marché, peut expliquer cette hausse importante. L'augmentation du coût de la main d'oeuvre est aussi impressionnante: elle correspond à l'addition d'un nouveau membre à l'équipe de base (une infirmière) autant qu'à l'augmentation des salaires de chacun.

BUDGET

Source: Clinique de planification familiale du C.H. Sainte-Marie (Trois-Rivières)

	1980-1981	1981-1982	1982-1983	1983-1984
Nombre de visites	529	1,591	2,375	2,505
Nombre de consultations médicales	403	1,322	2,105	2,186
Main-d'oeuvre	51,624	69,472	76,626	85,818
Mobilier	22,000	----	----	----
FOURNITURE MEDICALE, CHIRURGICALE:				
Instrument	990	303	311	599
Fourniture magasin	618	262	342	971
Fourniture extérieure	1,305	924	751	2,541
Médicaments	161	225	229	117
FOURNITURE DIVERSE:				
Magasin	112	15	37	20
Extérieur	2,661	613	588	1,098
Services contractuels	5,724	----	----	----
FRAIS D'ADMINISTRATION:				
Colloques, transports locaux	1,337	1,533	1,087	818
PAPETERIE, IMPRIMERIE:				
Magasin	346	625	910	628
Extérieur (photocopies)	1,085	750	281	1,156
TOTAL:	65,943 (22,000)	77,635	81,162	93,766

A partir de ces données, nous avons préparé un budget d'immobilisation et de fonctionnement pour notre clinique que vous trouverez en pages 60, 61 et 62.

Il convient, à ce moment, de souligner quelques points:

1) Dans le budget de fonctionnement, les salaires ont été estimés pour un poste de chef de programme, 1 1/2 poste d'infirmière, un poste de psychologue à demi-temps et 1 poste de secrétaire. Au début, il est probable que le travail à la clinique ne nécessitera la présence que d'une infirmière en plus du chef de programme. Cependant, il faut prévoir la formation d'une remplaçante pour les vacances, les absences dues à la maladie, etc. Il est vraisemblable que, si la fréquentation de la clinique augmente progressivement comme ce fut le cas à Sainte-Marie, le demi-poste d'infirmière sera nécessaire d'ici 2 ou 3 ans.

   Par ailleurs, nous avons estimé le salaire d'un-e psychologue pour 910 heures de travail. Cette estimation est fondée sur une possibilité de 328 à 369 avortements/année pour notre territoire.* Si l'intervenant psycho-social devait rencontrer toutes les femmes qui demandent une IVG, et que chaque rencontre dure environ une heure, il y aurait donc 328

(*) Il y a deux façons de prévoir le nombre d'avortements dans une population

1- Selon Statistique Canada, le taux d'avortements thérapeutiques est de 8.2/100 naissances vivantes.
S'il y a 4000 naissances sur notre territoire, on peut prévoir 328 avortements thérapeutiques.

2- Toujours selon Statistique Canada, il y a 5.1 avortements thérapeutiques/1000 femmes en âge de procréer au Québec. Comme il y a environ 72,461 femmes âgées de 15 à 44 ans sur notre territoire, nous pouvons prévoir environ 369 avortements thérapeutiques.

à 369 heures de travail ainsi investies. Par ailleurs, nous prévoyons que l'intervenant psycho-social devrait également être consulté pour les problèmes de dysfonctions sexuelles, d'agression sexuelle, d'infertilité, pour la formation des intervenants du milieu, ainsi que dans le suivi de certaines femmes ayant subi une IVG. C'est pourquoi nous croyons qu'il devra être embauché au moins à demi-temps par la clinique.

Il est important de noter que, dans les cliniques qui ont embauché un-e intervenant-e spécialisé-e en travail social, son salaire est assumé par le CSS. Si nous décidions d'embaucher ce type d'intervenant plutôt qu'un-e psychologue, il faudrait néanmoins s'assurer de retenir les services d'une personne ayant un niveau de compétence comparable (et non pas un-e technicien-ne) avec une formation et/ou une expérience pertinente en sexologie.

2) Dans le budget d'immobilisation, nous avons tenu compte du fait que des extractions menstruelles ainsi que les IVG pourraient éventuellement être pratiquées à la clinique, ce qui demande un équipement supplémentaire. L'augmentation des prix depuis 1980 explique la différence significative entre cette partie de notre budget et la partie correspondante du budget de la clinique de Trois-Rivières.

3) En ce qui concerne le matériel, vous trouverez en annexe (Annexes 5, 6, 7) trois listes: la première nous vient du DSC Sainte-Marie et contient tous les éléments qui faisaient partie des acquisitions de base de la clinique. La deuxième est tirée du document "Les CLSC face à l'avortement" et décrit les éléments jugés indispensables pour pratiquer des IVG en clinique. La troisième nous vient du DSC Sainte-Croix (Drummondville) et contient la liste du matériel nécessaire à la clinique MTS.

CLINIQUE DE PLANNING FAMILIAL

BUDGET - BASE 1984-85

SALAIRES

1 chef de programme	30 775 $		A
1 infirmière à temps complet	28 482		B
1 infirmière à demi-temps	16 704		C
1 psychologue (910 heures)	22 477		D
1 secrétaire	18 584		E
	117 022 $	117 022 $	

DEPENSES

Avantages sociaux (8% des salaires)	9 362 $	
Petits instruments	700	
Fournitures médicales et chirurgicales	3 700	
Médicaments	200	
Fournitures de bureau et divers	1 200	
Imprimerie et photocopies	1 900	
Frais de déplacement et formation	1 000	
	18 062	18 062

BUDGET DE FONCTIONNEMENT	135 084 $	
BUDGET D'IMMOBILISATION	35 925	F
	171 009 $	

PP/sc
1984 11 06

A) Chef de programme — Classe X - médiane

SALAIRE HEBDOMADAIRE	NOMBRE DE SEMAINES	TOTAL
570,02 $	13	7 410 $
599,10 $	39	23 365
		30 775 $

B) Infirmière à temps complet — Echelon: 12

SALAIRE HEBDOMADAIRE	NOMBRE DE SEMAINES	TOTAL
542,30 $	39	21 150 $
564,00 $	13	7 332
		28 482 $

C) Infirmière à demi-temps — Echelon: 12

SALAIRE HEBDOMADAIRE	NOMBRE DE SEMAINES	TOTAL
318,06 $	39	12 404 $
330,79 $	13	4 300
		16 704 $

D) Psychologue — Classe 1, Echelon: 1

SALAIRE HORAIRE	NOMBRE D'HEURES	TOTAL
24,70 $	910	22 477 $

E) Secrétaire

SALAIRE HEBDOMADAIRE	NOMBRE DE SEMAINES	TOTAL
353,85 $	39	13 800 $
368,00 $	13	4 784
		18 584 $

F) *Immobilisation*

6	bureaux	$ 2,100.00
6	fauteuils pivotants sur roulettes	900.00
12	fauteuils de face	1,200.00
6	filières	4,500.00
6	bibliothèques	1,800.00
3	tables d'examen avec étriers et banc	1,800.00
3	tabourets pivotants	180.00
3	lampes d'examen à lumière Halogène	1,500.00
3	chariots de métal sur roulettes	450.00
3	balances (poids et taille)	900.00
1	bureau de secrétaire	400.00
2	filières	1,500.00
1	dactylo électrique IBM	1,000.00
1	machine à transcrire	700.00
1	magnétophone	700.00
1	calculatrice	150.00
1	adressograph - manuel (145.00) - électrique	445.00
3	fauteuils de détente (lazyboy)	900.00
20	chaises	1,000.00
2	tables à revues	500.00
1	étagère à fiches	600.00
1	présentoir à revues	500.00
1	projecteur 16 mm avec table	1,500.00
1	rétro-projecteur avec table	500.00
1	projecteur à diapositives (sonore)	400.00
1	microscope Lietz (lumière)	4,000.00
1	pompe à aspiration	4,000.00
1	appareil portatif à oxygène	300.00
1	réfrigérateur	800.00
1	armoire à médicaments sous clé	700.00
		$ 35,925.00

En conclusion, si aujourd'hui nous présentons un projet de clinique de planification des naissances au Centre Hospitalier Honoré-Mercier, c'est que nous croyons fermement qu'un tel projet constitue un apport positif pour la communauté, la profession médicale et les intervenants du milieu, pour le Département de Santé Communautaire et le Centre Hospitalier.

En ce qui concerne la communauté, nous avons déjà souligné les avantages en termes d'accessibilité et d'humanisation des services. Pour la profession médicale, une clinique de planning représente un lieu de référence discret et efficace pour les IVG, le dépistage des MTS ou le suivi d'une agression sexuelle. Pour les intervenants dans le milieu, la clinique peut également représenter un centre de documentation intéressant. Pour le DSC, ce projet constitue un moyen d'élargir son champ d'activités en incluant, de façon formelle, le planning familial dans ses préoccupations. Finalement, nous croyons que ce projet représente, pour le Centre Hospitalier, une occasion de réaffirmer sa volonté d'assumer son rôle de centre spécialisé de soins de courte durée et de concrétiser sa vocation régionale en matière de planification familiale.

ANNEXE I

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES

ORIENTATIONS EN MATIERE DE PLANIFICATION DES NAISSANCES

Dans le contexte de la politique sociale, l'objectif premier est de créer des conditions favorables à la satisfaction des besoins des hommes et à leur épanouissement. Parmi les conditions qui apparaissent favorables, la possibilité de déterminer quand, combien et dans quelles conditions avoir des enfants est essentielle.

Une politique ayant pour objectif la mise en place des conditions propres à amener la possibilité pour le couple (ou l'individu) d'avoir le nombre d'enfants qu'il désire au moment souhaité par lui est ce à quoi nous référons par la politique de planification des naissances. Pour réaliser cet objectif, il nous faut nous pencher, tant sur les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté de chacun en ce domaine que sur la capacité propre de chacun d'exercer cette liberté de façon responsable.

Une action préventive favorisant l'éducation en matière de vie conjugale, parentale et sexuelle apparaît primordiale afin d'améliorer la qualité de vie du couple ainsi que, par conséquent, la qualité du milieu dans lequel les enfants font leur apprentissage de la vie. Sur ce point, la Commission Royale d'Enquête sur la situation de la femme a recommandé que l'éducation à la vie familiale soit enseignée aux garçons et aux filles à partir de l'école primaire jusqu'à la fin de l'école secondaire. Les cours devraient porter non seulement sur l'effet biologique de la reproduction mais aussi sur les rapports entre époux et épouse et aussi entre les parents et les enfants. Le ministère, en collaboration avec le ministère de l'Education, entend implanter de tels programmes d'éducation à la vie familiale.

Cette action préventive doit également s'exercer au niveau des adultes, notamment en mettant à leur disposition des services de formation et de consultation et pour les personnes qui font face à des difficultés plus sérieuses, que ce soit d'ordre conjugal, parental ou sexuel, des services de consultation et de traitement médical ou psycho-social selon les besoins.

En situant la planification des naissances au niveau du couple, celle-ci apparaît essentiellement personnelle et volontaire et la liberté et les convictions de chacun en ce domaine se doivent d'être respectées. Il faut noter cependant que pour être capable d'exercer cette liberté de façon responsable, il est essentiel de posséder une connaissance des moyens de contrôle disponibles et des conséquences de l'utilisation de ces moyens.

Dans ce contexte, concurremment avec l'action préventive décrite ci-dessus, la nécessité d'une action au niveau de la diffusion de la connaissance apparaît propre à permettre des choix individuels, libres et responsables. Ces moyens de contrôle ne réfèrent pas uniquement à des contrôles de la fécondité dans le sens de la limitation des naissances mais, au contraire, réfèrent tant aux moyens de favoriser la fécondité (utilisation des cliniques de fertilité par exemple) qu'aux moyens de retarder, d'espacer ou même d'arrêter définitivement celle-ci.

L'implantation de services d'information au sein des centres locaux de services communautaires permettra de rendre accessible à tous l'information nécessaire à l'exercice d'une parenté responsable. L'implantation de services d'information et de consultation dans les centres hospitaliers ou les centres de services sociaux permettra, par ailleurs, de répondre aux besoins des personnes qui font face à des difficultés plus sérieuses, telles que celles mentionnées ci-dessus. Cette orientation, n'exclut pas la possibilité de créer des cliniques spécialisées en milieu hospitalier ou dans les centres de services sociaux.

Dès septembre, dans le cadre de son programme de services de santé et de services sociaux en milieu scolaire, le ministère mettra sur pied des services d'information sur la planification des naissances dans les écoles secondaires, les CEGEP, et les universités, de façon à rejoindre, le plus rapidement possible, les adolescents et les jeunes adultes.

Ces grandes orientations impliquent, par ailleurs, un certain nombre d'actions en matière de formation des professionnels impliqués dans la distribution de ces services. En collaboration avec le ministère de l'Education et les différents centres d'enseignement concernés, la mise sur pied de programmes de formation s'adressant au personnel médical et para-médical ainsi qu'aux spécialistes des services sociaux et des disciplines connexes est considérée comme prioritaire.

Il ne faut cependant pas considérer que tout est à faire dans le domaine de la planification des naissances. En effet, la province de Québec est parmi les plus avancées en la matière. Dans le passé, l'action du ministère a principalement consisté en des subventions à des organismes oeuvrant dans le domaine. Les montants consacrés à ces subventions ont dépassé les $200,000.00 au cours des deux dernières années.

Depuis janvier 1971, tous les actes posés dans un but de planification des naissances sont reconnus comme services assurés en vertu du Régime d'assurance-maladie du Québec.

Notons également que la direction des bourses et subventions à la recherche a approuvé pour plus de $110,000.00 de subventions reliées au domaine de la planification des naissances dans le cadre des programmes actuels de subventions à la recherche.

Québec, le 10 mai 1972.

ANNEXE I-I

A. LES 0-14 ANS DES 5 M.R.C. DU TERRITOIRE

Acton Vale:	4,885/18,565 = 26.3%
Bas-Richelieu:	12,020/54,850 = 21.9%
Haute-Yamaska:	13,945/61,345 = 22.7%
Maskoutaine:	14,520/65,410 = 22.2%
Vallée du Richelieu:	24,375/90,781 = 26.8%

B. LES 15-44 ANS DES 5 M.R.C.

Acton Vale:	9,035/18,565 = 48.7%
Bas-Richelieu: -	27,485/54,850 = 50.1%
Haute-Yamaska:	31,375/61,345 = 51.1%
Maskoutaine:	32,220/65,410 = 49.2%
Vallée du Richelieu:	46,866/90,781 = 51.6%

ANNEXE III

Centre Hospitalier Honoré-Mercier Inc.

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

2750, BOUL. LAFRAMBOISE, SAINT-HYACINTHE, QUÉ. J2S 4Y8 - TÉL.: (514) 773-5501

Guide d'observation et d'entrevue

Projet: Clinique de planification des naissances

Diane Tremblay-Wurtele

Gilles Forget

Février 1984

Endroit visité: _____

Adresse: _____

_____

Personne ressource: _____

HISTORIQUE

Date d'ouverture de la clinique: _____

Promoteur de la clinique: _____

Affiliation actuelle
- C.H.
- D.S.C.
- C.L.S.C.
- autonome

Notes _____

FONCTIONNEMENT

Ressources humaines

Nombre d'employés:

	Nombre	Temps plein	Temps partiel
- secrétaire			
- réceptionniste			
- infirmière			
- médecin omnipraticien			
- médecin spécialiste			
- psychologue			
- sexologue			
- travailleur social			
- autre			

Heures d'ouverture

	A.M.	P.M.	P.P.M.
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			

Services offerts:

- Information sur tous les aspects de la sexualité
- Service personnalisé de contraception
- Service d'I.V.G.
- Consultation psycho-sociale pour les jeunes
- Infertilité
- Stérilisation
- Dépistage M.T.S.
- Formation

INFORMATION SUR TOUS LES ASPECTS DE LA SEXUALITE

Quels sont les aspects de la sexualité touchés?

Quels sont les sujets abordés?

Rencontre individuelle
groupe

Outils d'information dépliant
audio-visuel
autres

Publicité

% du travail de la clinique:

Notes:

SERVICE PERSONNALISE DE CONTRACEPTION

Prescription d'anovulants oui
non

Installation du stérilet oui
non

Consultation sur autres formes de contraception

pilule du lendemain
cape cervicale
diaphragme
condom
autres_____

Conduite adoptée envers les 14 ans et moins

_____

% du travail de la clinique:_____

Notes:_____

CLINIQUE I.V.G.

Evaluation pré-avortement: tout de suite ou sur rendez-vous

Avec qui? infirmière
travailleuse sociale ou psychologue
médecin

Analyses demandées oui
non
lesquelles

Comité d'avortement thérapeutique
nombre de médecins
non-médecins
fréquence des réunions
unanimité ou majorité
critères

Avortement

Délai entre évaluation et rendez-vous: _____

Avortement sur place ou ailleurs: _____

Nombre de personnes présentes: _____

Analyses: _____

_____

_____

_____

Anesthésie _____

_____

_____

_____

Technique _____

_____

_____

_____

Si complications, le transfert est assuré par qui? _____

_____ où? _____

Post-avortement immédiat

Repos où?

seule?

combien de temps?

Conseils oralement
par écrit

Visite contrôle

Délai entre intervention et contrôle

Examen physique

Tests de grossesse oui
non
lesquels_____

Conseils?_____

Evaluation du vécu?_____

Si complications tardives, la conduite adoptée?

Avez-vous des protocoles écrits?

- Critères d'admissibilité
- Feuille de conseils pré-avortement
- Feuille d'autorisation
- Consultation
- Avortement
- Post-op.
- Entrevue post-op.
- Fiche statistique
- Protocole en cas de complication

% du travail de la clinique:_____

Notes:_____

CONSULTATION PSYCHO-SOCIALE POUR LES JEUNES

Par qui_____

Sur référence ou non

Pour quel genre de problèmes?_____

% du travail de la clinique_____

Notes:_____

DEPISTAGE M.T.S.

Information:

Consultation sur place:

Dépistage de masse

(individuel)

% du travail de la clinique:

Notes:

INFERTILITE

Information aux couples infertiles oui
non

Consultation médicale sur place ou référence

Tests faits sur place?

Consultation psycho-sociale:

% du travail de la clinique:

Notes:

STERILISATION

Information sur la stérilisation

mâle

femelle

Consultation médicale sur place ou référence

Stérilisation masculine sur place

% du travail de la clinique:

Notes:

FORMATION

Fait-on de la formation sur place

A qui

Sur quels sujets

% du travail de la clinique:

Notes:

COMMENTAIRES

CENTRE HOSPITALIER STE-MARIE

DESCRIPTION DU POSTE

NO: _____

titre d'emploi	service	direction
Infirmière chef d'équipe	Planification des naissances	Département de Santé Communautaire
statut: Temps Complet	titre du supérieur immédiat	nombre d'heures par semaine: 36.25 hres (le jour avec possibilité de travail le soir également)

NATURE DE LA FONCTION

Sous l'autorité du responsable du secteur d'activité, le titulaire du poste, participe à l'implantation des diverses activités du programme de Planification des Naissances. Il est responsable de l'agencement des entrevues entre les consultants de l'équipe multidisciplinaire et la clientèle.

Il est responsable de la diffusion de l'information en éducation sexuelle selon les programmes établis et du suivi des protocoles pour les diverses investigations, ou le counselling aux divers types de clientèle.

ATTRIBUTIONS TYPES

- Elabore des cédules de travail.
- Commande et contrôle le matériel nécessaire à la clinique.
- Exerce un contrôle sur les bulletins d'assiduité et fait signer les cartes de temps.
- Vérifie le rapport détaillé des heures et salaires payés.
- Collecte et transmet des données nécessaires à l'évaluation du programme ou des activités du programme.
- Oriente, initie, assure la formation en cours d'emploi (personnel du réseau au besoin).
- Etre responsable de l'accueil des adolescents et des couples qui consultent à la clinique.
- Dispenser l'information et l'éducation sexuelle aux adolescents selon le programme établi.
- Selon le protocole établi, l'infirmière peut-être appelée à fournir un moyen contraceptif.
- Assumer un lien entre la famille et l'adolescent après avoir obtenu le consentement de ce dernier.
- Assister les médecins lors des examens si nécessaire.
- Effectuer les techniques de soins infirmiers pertinents aux activités (test de dépistage, prélèvements) selon l'ordonnance médicale.
- Maintenir des contacts et assurer la relance nécessaire aux clients qui ont bénéficié des services de la clinique.
- Coodonner les rendez-vous avec les consultants de l'équipe.
- Apporter l'assistance appropriée à la diffusion du matériel de références.

ATTRIBUTIONS TYPES (suite)

- Collaborer avec le centre de documentation selon les besoins.
- Assister aux réunions convoquées par la direction de son service.
- Collaborer avec les autres ressources du centre hospitalier, D.S.C., C.L.S.C., les organismes sociaux et autres, pour faciliter la dispensation de l'éducation sexuelle et le counselling aux adolescents et aux couples selon leurs besoins.
- Rencontrer les représentants pharmaceutiques et voir à l'approvisionnement des anovulants, crèmes etc...
- Peut exercer ses fonctions dans tout le territoire desservi par le D.S.C. selon les besoins.
- Accomplir toutes autres tâches connexes demandées par son supérieur immédiat.

PERSONNEL SUPERVISÉ

Directement:

Indirectement:

EXIGENCES PARTICULIERES

formation académique

Selon les exigences pour tous les postes en Santé Communautaire.

expérience

Minimum de deux (2) ans comme infirmière.
Posséder une expérience en nursing communautaire et développement de la famille en général. Avoir de l'expérience en éducation de groupe et counseling individuel.

qualités personnelles

- Avoir le sens de l'organisation
- Posséder une capacité d'écoute et d'adaptation à des multiples situations.
- Avoir un bon jugement et beaucoup d'esprit d'observation
- Démontrer un intérêt pour la recherche et l'enseignement en éducation sanitaire.
- Etre respectueux du choix moral du bénéficiaire.

autre(s)

SIGNATURES

supérieur immédiat	a	m	j	directeur	a	m	j

[illegible] de la Direction [illegible]

approuvé par	a	m	j	fonction

critères de sélection

tests

modification(s) au poste

ANNEXE 5

LISTE DU MATERIEL I

Source: Clinique de planification familiale du C.H. Sainte-Marie (Trois-Rivières)

MOBILIER:

3 lampes d'examen à lumière Halogène (lumière)
1 microscope Lietz (lumière)
1 réfrigérateur
1 étagère avec séparateur
1 présentoir à revues
3 chariots métal sur roulettes
3 balances poids et mesures
3 tables d'examen avec étrier et banc
1 appareil à insufflation tubaire

1 bureau de secrétaire
7 bureaux, 7 fauteuils
1 dactylo
7 filières
7 bibliothèques
20 chaises (30)
3 tables à revues
1 machine à transcrire
1 magnétophone
1 projecteur 16 mm avec table
1 rétro-projecteur avec table
1 projecteur diapositives (sonore)
1 calculatrice

INSTRUMENTS

Pince Cohen (insufflation tubaire)

Pince Bozeman

Otoscope ophtalmoscope

Curettes de Novak

Pince Tenaculum

Pince utérine longue, courbe Sklar

Hystéromètres en cm

Spéculum en métal et disposable

Appareil à pression sur pied

Stéthoscope

Wartenberg

Cabaret d'utilité

Ciseau mayo droit

Pince Thouring

Ciseau pour adhérence Stor

Marteau reflex

Plancher pelvien

Pince à biopsie du col

Palmateur Stor

Pince utérine à polypes Sklar

FOURNITURE MEDICALE ET CHIRURGICALE

MAGASIN

Gants examen tru touch
Diachylon
Seringues disposables
Bouteille urine stérile
Kleenex ordinaire
Papier de table d'examen
Applicateur 6 stérile
Bassin haricot
Bols à solution
Gants disposables
Serviettes hygiéniques 10 pouces
Boule de ouate medium
Compresses 3x3 12 plis (stériles)
Diachylon Dumicel
Thermomètre buccal
Thermomètre rectal
Aiguilles disposables (22, 25)
Seringues disposables (3,5,10cc)
Bouteille urine non stérile
Piqués disposables
Bracelets d'identité adulte
Serviettes nettoyantes
Abaisse-langue
Gallon à mesurer centimètre
Serviettes obstétricales

EXTERIEUR

Tiges laminaires (thin, thick)
P.H. Hydrion
Lamicel osmotic cervical dilater
Menstrual aspiration Kito
Stérilets
Trousse d'étalage Ortho
Tige à soluté sur roulette
Plateau pour bloc para-cervical disposable
Embut (masque pour adulte)
Mégatoscope double avec deux interrupteurs

FOURNITURES DIVERSES

MAGASIN:

Tubes lubrifiants
Masking tape
Verres Foam 7 on.
Papier à mains
Pot à eau isolant
Brosse à tableau
Porte-savon
Cendrier brun (6 pouces)
Plat à vaisselle
Poubelle pour chambre
Masking tape 3/4 pouce
Lampe de poche
Batterie 950 (6)
Batterie (petite)
Sac papier brun

EXTERIEUR:

Pharmacie
Machine imprimante à carte rapid data
Ruban adhésif rouge
Tête d'impression pour dactylo
Diaporama
Tableau
Vadémecum
Dictionnaire
Ecran mural Klex surface perlée
Caisse de bureau
Carousel à diapositive
Support à papeterie
Microcassette
Support rotatif pour étampe
Machine à numéroter datard special rond
Dymo
Coffret de pêche
Imprimante à carte (castonguette)
Support à linge
Bâton de colle
Séparateur pour classeur
Porte-crayon
Chemises à dossier
Etiquettes en rouleau
Nettoyant star
Agenda: secrétaire
infirmière
Encre pour tampon encreur
Boîte de rangement
Etiquettes rondes pour clefs
Batteries pour ophtalmoscope
Etampe
Livres
Miroir convexe concave
Poubelle
Contenant en vitre
Fichier tiroir simple
Rolodex
Paterre en bois
Distributeur à papier
Distributeur à savon
Aiguisoir
Perforateur à trois trous
Guides pour cartes d'index
Perforateur acco modèle 10

PAPETERIE, IMPRIMERIE

Fiches blanches 4 x 6
Mica
Cahiers anneaux
Tablettes sténo
Index diviseur
Tablettes quadrillées 8 1/2 x 11
Tablettes quadrillées 8 1/2 x 14
Papier carbone
Enveloppes blanches
Enveloppes brunes 9 1/2 x 15
Enveloppes brunes 9 x 12
Enveloppes brunes 7 1/2 x 10
Papier miméo
Messages téléphoniques
Pharmacie (réquisition)
Réquisitions d'analyses
Prescription médicale
Trombone moyenne
Stylo
Crayon mine avec efface
Ruban correcteur jaune (dactylo)
Ruban I.B.M. jaune (dactylo)
Correcteur liquide dactylo
Tampon encreur
Correcteur taperaser
Ruban cellulose
Cahier accopress
Chemises pendaflex
Chemises à dossier
Livret de reçu
Micaprotecteur
Feuilles mobiles
Brocheuse
Enlève-broches
Attache-feuilles
Elastiques
Règles
Punaise
Craie à tableau
Efface au plomb
Efface à l'encre
Ciseaux utilité
Calepins

ANNEXE 6

LISTE DU MATERIEL II

Source: Les C.L.S.C. face à l'avortement

LOCAUX

A) Bureau où se pratique les IVG: permanent de préférence

- Table d'examen
- Etriers obstétricaux
- Lampe halogène - Welch Allyn - (dispendieux)
- Lavabo
- Broyeur (dispendieux) si le produit n'est pas envoyé en pathologie
- Table à instruments mobile
- Tige à sérum
- Sphygmomanomètre et stéthoscope
- O_2 portatif

B) Salle de repos insonorisée, à proximité du local d'IVG

- 2 lits (ou matelas en "foam" genre fauteuil) ou fauteuils où les clientes peuvent se reposer après l'avortement
- Chaises
- Table pour comptoir à rafraîchissements
- Couvertures et oreillers ou coussins
- Sphygmomanomètre et stéthoscope
- 2 bouillottes d'eau chaude
- * Petite salle disponible si une cliente désire s'isoler
- * Toilette à l'étage non loin des locaux

MATERIEL MEDICAL

A) Appareillage et instruments (pour 4 avortements)

- Pompe à aspiration montant à au moins 60 mmHg (marque Gomco 407 ou Sorenson)
- Appareillage complémentaire à la pompe:
  - tube de 5/8" de diamètre (2)
  - poignée universelle (2)

A) Appareillage et instruments (pour 4 avortements) (suite)

- Bocal pour rincer tube
- Stérilisateur

B) Matériel stérilisable

- Petits bols de métal (6)
- Ciseau long (1)
- Curette métallique SIMS - 00 (6) -1 (6)
  - 0 (6) -2 (6)

- Dilatateurs Pratt - 13-15 (6) -29-31 (6)
  - 17-19 (6) -33-35 (6)
  - 21-23 (6) -37-39 (6)
  - 25-27 (6)

- Bougies Dalsace - 10 (3) -18 (3)
  - 12 (3) -20 (3)
  - 14 (3) -22 (3)
  - 16 (3) -24 (3)

- Hystéromètres (6)
- Pinces Bozeman (2)
- Pinces à badigeonner Foerster 9 1/2" (6)
- Tenaculum ou pince à col Bierer (6)
- Porte-aiguille 10" (1)
- Speculum courts (6)

N.B.: Certains C.L.S.C. travaillent avec des spéculum de grandeur petit dont on fait raccourcir les spatules

Vous pouvez emballer les instruments en série pour chaque avortement; chaque paquet devrait comprendre:

- 1 Tenaculum et/ou 1 pince à col Bierer
- 1 Pince badigeon
- 1 Hystéromètre
- 7 Dilatateurs (13-15 à 37-39)
- 2 Curettes (0 et 1)

Prévoir une série d'instruments stérilisés individuellement en cas de contamination ou de défectuosité

Envelopper et stériliser séparément:

- petit bol métallique avec compresses (6)
- spéculum (6)
- bougie dalsace No. 10-24 (3 paquets)

C) Matériel disposable

- Gants stériles
- Gants non stériles
- Compresses stériles 3 x 3
- Aiguilles -18 - 1 1/2" -21 - 1 1/2"
  -20 - 1 1/2" -22 - 1 1/2"
- Seringues: 3 cc
  10 cc
- Seringues à tuberculine avec aiguille -25 - 5/8"
- Venoset (tubulure pour soluté)
- Papillon No.21
- Champs stériles (recouvre table à instruments)
- Tube gaz No.34

D) Autre matériel nécessaire

- Ciseau à pansement
- Serviettes sanitaires

D) Autre matériel nécessaire (suite)

- Piqués bleus
- Chiffon J
- Linges à vaisselle (2)
- Serviettes (4)
- Débarbouillettes (4)

E) Médicaments

* - Alcool isopropylique (70%) contenant 4 litres
- Ampicilline 500 mg en comprimé
- Ativan 1 mg en comprimé
- Chlorure d'adrénaline 1: 1,000 1ml/ampoule
- Darvon en comprimé
- Dextrose 5% dans H_2O, soluté de 500 ml
* - Eau déminéralisée 4.5l
* - Gluconate d'hibitane 1l
- Hibitane savon
- Lactate Ringer, soluté de 500 ml
- Naproxen Sodique (Anaprox) 275 mg en comprimé
- Penicilline G procainique 5 millions-unités/10 ml
- Sulfate d'atropine 0.4 mg/ml, 1 ml/ampoule
- Syntocinon 5 u.i./ml, 1 ml/ampoule
- Valium 10 mg/2 ml, 2 ml/ampoule
- Xylocaine 1% ou 2% sans épinéphrine
* - Solution d'hibitane: 4 l H_2O déminéralisée
  160 ml alcool 70%
  10 ml d'hibitane 20%

  Cette préparation sert à la désinfection des muqueuses
* - Win-Rho: Le win-rho doit être administré aux clientes ayant un facteur Rh négatif. Le demander à la banque de sang de l'hôpital du secteur.
* - Béta Néocept: Test de grossesse qui détecte la présence de gonadotrophine chorionique en quantité supérieure à 0.15 u.i. de GCH/ml. Il se positive dès la première journée de retard menstruel.

Liste du matériel nécessaire pour une clinique MTS
(DSC Sainte-Croix, Drummondville)

A) Matériel de bureau

1 bureau avec chaise pivotante	
- bureau standard	286.00 $
- chaise	129.00
2 chaises (minimum)	25.75/un.
1 filière (4 tiroirs)	295.00
1 adressograph - manuel	145.00
- électrique	445.00
1 table d'examen avec étriers	565.00
1 tabouret pivotant	60.00
1 petit banc	31.85
1 lampe sur pied	597.98
1 petit réfrigérateur	280.00
1 paravent	248.00
1 armoire pour médicaments sous clé	673.93
1 armoire pour matériel de prélèvements	780.32
1 lavabo (acier émaillé)	60.00 à 80.00
1 bibliothèque roulante pour salle d'attente	189.00
2 boîtes avec index alphabétique pour dossier	34.30
1 distributeur à papier essuie-tout	8.00
Papiers	12.25
1 distributeur à verres de carton	11.25
1 poubelle	5.40
1 distributeur à savon	4.08
1 balance	300.00
1 ensemble de 5 jarres à pansement	161.59

B) Matériel de base

1 appareil à pression	139.50
1 stétoscope	65.21
1 microscope	4 000.00
1 pince à col	43.39
1 otoophtalmoscope mural	310.28
1 lampe de poche	7.95
3 thermomètres	
20 jacquettes	

C) Matériel renouvelable

Spéculums disposables (petits-moyens)	23.35/bte 1000
Gants disposables	13.00/cse 1000
Piqués bleus (17½" x 20")	18.75/cse 200
Tiges montées en plastique	42.00/cse 1000
Tiges calgiwak	37.80/cse 2000
Abaisse-langue	48.75/cse 3000
Tampons alcool	24.00/bte 150
Band aid	64.30/bte 2400
Tube à prélèvement sans anticoagulant	9.60/bte 100
Kleenex	19.00/cse (36x100)
Papier pour table d'examen	38.06/12 rlx
Tiges badigeons pour culture	67.45/12 pqts x 200
Seringues disposables 3cc et 5cc	6.35/50
Pots de culture d'urine	48.00/400
Essuie-main disposable	12.76/10 cses x 375
Verres en carton	8.05/1000
Distributeur pour eau stérile avec pompe	
Temp-away pour thermomètre	156.96/2000
Aiguilles 21g x 1/2	84.50/1000
Aiguilles 21q et 20q	3.42/100
Lames	6.85/144

C) Matériel renouvelable (suite)

Lamelles	11.80/800
Cytospray	22.95/10
Bâtonnets	8.91/bte 100 un.
Fenêtres (boîtes pour prélèvements)	161.39/500
Compresses 2" x 2"	26.45/2000
Compresses 4" x 4"	26.60/1000
Lubrifiant Muco	67.45/36
Feuilles de réquisition	100.00/1000
Etuve à CO_2 avec chandelle	
KOH (pharmacie ou labo)	

D) Papeterie

1) Crayons	2.80/bte 12 un.
Chemises	11.97/bte 100 un.
Pads de prescription	.03/feuille
Support pour dossiers	16.56
Brocheuse	14.50
Trombones	.40/bte 100 un.
Règles	
Effaces	
Ciseaux	4.94/un.
Tablettes lignées	2.28/un.
Cahier de rendez-vous	1.68/un.
Agenda	8.95
Enveloppes	52.00/1000
Papier à lettres	105.00/500 feuilles

2) Imprimerie: formules spéciales pour:

- médecin traitant
- référence
- contacts
- information aux patients

COMMANDE DU MATERIEL:

Maisons spécialisées:

1. Polymed
   a/s Monsieur Meltser
   7290 Hutchison, suite 301, Montréal, H3N 1Z1
   Tél.: 274-2525

2. Dufort & Lavigne Ltée
   1227 est, rue Rachel, Montréal, H2J 2J8
   Personne à contacter: Monsieur Réjean Ouimet à 527-9381

3. Clageno Medic Ltée
   1122 de Maisonneuve est, Montréal
   Personne à contacter: Monsieur Bédard à 527-1202

4. Pour les bougies Dalsace en néoplex (fabriquées par la Cie Pargès à Paris, no. commande 5740-0, grandeur 9 à 24)
   S'adresser au Québec à: Laborie et ass.
   1630 boul. Provencher
   Suite I
   Brossard, J4N 2V6
   Nicole Fortin à 671-5901, ext. 10

   à Paris (France) à: La Maison du Latex
   Matériel médico-chirurgical
   23-25 rue Emile Zola
   93100 Montreuil, Paris, France
   Tél.: 859-1159 (métro Robespierre)

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de ce document, en particulier les responsables des cliniques de planification familiale qui nous ont chaleureusement accueillis lors de nos visites:

. Madame Micheline Cardinal du Centre Hospitalier Charles-Lemoyne.
. Madame Carole Champoux-Hamel et Docteur Royer de l'Hôpital Général LaSalle.
. Madame Landry et Docteur Pierre Fugère du Centre Hospitalier Saint-Luc.
. Madame Lanza du Centre Hospitalier Notre-Dame.
. Madame Denise Lapalme du C.L.S.C. Centre-Ville.
. Madame France Poliquin du Centre Hospitalier Sainte-Marie.
. Madame Micheline Saint-Laurent du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke.
. Madame Mireille Tessier du C.L.S.C. de Farnham.

Nous voulons également souligner la collaboration de Monsieur Pierre Poirier, adjoint administratif au D.S.C., qui a préparé le budget de la clinique. Finalement, nous remercions Madame Francine Bilodeau et Monsieur Louis Gauvin qui nous ont conseillé lors de la rédaction du document ainsi que Mesdames Manon Morin et Nicole Beauregard pour leur patient travail de secrétariat.