

La Clinique 554 et l'accès à l'avortement au Nouveau-Brunswick - Rapport final



2023

Jula Hughes, PhD, Tobin LeBlanc Haley, PhD, Jessi Taylor, PhD,
Karen Pearlston, PhD, Christine Hughes, MA & Mary Milliken, PhD

Cette recherche a été examinée par le comité d'éthique de la recherche de l'UNB et figure au dossier sous le numéro REB 2021-090.

Financial contribution from



Health Santé
Canada Canada

The views expressed herein do not necessarily represent the views of Health Canada.

Avec le financement de



Santé Health
Canada Canada

Les opinions exprimées dans ce document ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

La Clinique 554 et l'accès à l'avortement au Nouveau-Brunswick - Rapport final

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier les personnes suivantes :

- Les membres du comité consultatif communautaire, les personnes participantes¹ et à la recherche et les membres du personnel de l'UNB qui ont aidé l'équipe du projet à atteindre ses objectifs.
- Archives provinciales du Nouveau-Brunswick
- Partenaires communautaires : Justice reproductive Nouveau-Brunswick et Clinique 554
- Nos assistants de recherche : Courtney Pyrke, Indigo Komiwonuhke Poirier, Marina Kwak, Mandi Parsons, Kalum Ng, Cady Dredger, and Anna McDermid

¹ Nous utilisons le terme de personnes participantes pour inclure ceux et celles qui ont participé aux entretiens. L'emploi du mot participante est utilisé lorsque l'on cite anonymement un participant ou une participante, pour alléger le texte

Reconnaissance des territoires

Le projet Accès à la justice reproductive N.-B. aimerait reconnaître respectueusement que l'UNB et ses chercheurs et chercheuses se trouvent sur des terres traditionnelles Wolastoqey non cédées. En tant que peuple visé par un traité en vertu des traités de paix et d'amitié, nous reconnaissons la nation, le titre et la souveraineté des peuples Wəlastəkwewiyik (Wolastoqiyik), Mi'kmaq et Peskotomuhkati (Passamaquoddy).

Cette reconnaissance fait partie de nos obligations en tant que peuples signataires de traités. Cette obligation revêt une importance particulière à la lumière de l'histoire de la santé reproductive. Les gouvernements canadiens et la stigmatisation que les colons comme nous ont apportée ont contribué à une perte substantielle des connaissances et des pratiques en matière de santé reproductive, y compris l'avortement et la profession de sage-femme. Cette perte de connaissances et de traditions trouve un écho dans les espaces vides qui subsistent dans notre travail d'archivage et dans la question de savoir quels documents et informations ont été enregistrés, de quelle manière, ont été jugés importants et ont pu être retrouvés à ce jour.

La justice reproductive est un modèle d'analyse, de critique et de construction communautaire qui a émergé du travail des activistes noirs aux États-Unis et au Canada. Nous sommes particulièrement redevables aux activistes autochtones pour sa prolifération sur ces terres. Cette reconnaissance des territoires est là non seulement pour reconnaître les terres qui ont été volées et la souveraineté de ces nations, mais aussi pour exposer clairement la manière dont les colons continuent à bénéficier des connaissances, de l'activisme et des enseignements des communautés autochtones en matière de reproduction. Les scientifiques et ceux d'entre nous qui sont des colons continuent à bénéficier du travail des activistes indigènes ; nous leur devons énormément en termes de connaissances et ne pourrons jamais rembourser les pertes subies, et nous reconnaissons la relation intrinsèque de cette terre à cette œuvre et à ces connaissances.

Table de matières

1.0	Introduction	1
2.0	Littérature pertinente	5
3.0	Les méthodes	8
3.1	Données cliniques anonymisées	9
3.2	Entretiens et groupes de discussion	9
3.3	Sondage	10
3.4	Données d'archives	10
4.0	4. Les résultats.....	10
4.1	Introduction	10
4.2	Contextes et obstacles juridiques, réglementaires et politiques	13
4.3	Avortements médicaux.....	23
4.4	Lacunes en matière d'information	30
4.5	Obstacles pratiques.....	37
4.5.1	Obstacles rencontrés par les bénéficiaires pour accéder aux avortements financés ..	37
4.5.2	Défis pour les fournisseurs	47
4.6	Stigmatisation et mythes	50
4.6.1	Stigmatisation.....	50
4.6.2	Mythes	52
5.0	Conclusion et recommandations	53
	Recommandation 1 : Le gouvernement du Nouveau-Brunswick devrait abroger l'alinéa 2.01(b) a.1, Annexe 2, Règlement général de la Loi sur le paiement des services médicaux	54
	Recommandation 2 : Le gouvernement du Canada devrait demander à l'ICIS et à Statistique Canada d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie nationale visant à combler les lacunes en matière de données sur les soins liés à l'avortement.....	55
	Recommandation 3 : Le gouvernement du Canada devrait collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie d'accès à l'avortement en milieu rural.....	57
	Recommandation 4 : Les gouvernements à tous les niveaux devraient collaborer à l'élaboration de stratégies visant à répondre aux besoins des membres des groupes en quête d'équité qui ont besoin de soins de santé génésique, notamment par la création d'un comité interministériel.....	58
6.0	Bibliographie.....	61
7.0	Annexes	72
	Annexe A : Méthodes de gestion et de nettoyage des bases de données	72
	Annexe B : Tableau de concordance des variables clés	72

1.0 Introduction

L'accès à l'avortement au Nouveau-Brunswick (N.-B.), Canada, est complexe et contesté. La décriminalisation de l'avortement par le gouvernement fédéral en 1969² a précipité une tradition vieille de 50 ans du gouvernement du Nouveau-Brunswick, qui a élaboré des politiques visant à restreindre l'accès à ce service de soins de santé ordinaire et protégé par la Constitution. Ces restrictions comprennent la réglementation désormais modifiée de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, 1989³ qui limitait la couverture par l'Assurance-maladie des avortements à ceux jugés "médicalement nécessaires" par deux médecins et pratiqués dans un hôpital, ainsi que l'interdiction permanente du financement par l'Assurance-maladie des avortements pratiqués dans des cliniques.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick (GNB) exerce un contrôle strict sur le lieu, le moment et la manière dont les avortements chirurgicaux sont pratiqués, en excluant les cliniques de la couverture de l'Assurance-maladie. Actuellement, les avortements chirurgicaux couverts par l'Assurance-maladie au N.-B. ne sont pratiqués que dans trois hôpitaux situés dans deux villes. La Clinique 554, la seule clinique d'avortement payante de la province, opère à Fredericton, N.-B., actuellement à capacité réduite. Ces politiques en matière d'avortement ont régulièrement fait l'objet de contestations juridiques, dont certaines ont abouti (par exemple, *Morgentaler c Nouveau-Brunswick*, 1989)⁴ et d'autres sont en cours (par exemple, *ACLC c Nouveau-Brunswick*).⁵ Au centre du paysage actuel des restrictions se trouve le règlement 84-20 de la loi de 1989 sur le paiement des services médicaux, qui limite la couverture par l'Assurance-maladie de plusieurs services aux hôpitaux, notamment les avortements chirurgicaux et les analyses de sang.

C'est dans ce contexte de restriction de l'accès à l'avortement que la clinique Morgentaler a fourni pendant 20 ans des avortements chirurgicaux payants aux personnes du Nouveau-Brunswickois dans la capitale, Fredericton. Lorsque la clinique Morgentaler a fermé en 2015 en raison de la pression financière liée à la pratique d'avortements sans financement de l'Assurance-maladie,⁶ des activistes, des militants et des prestataires de soins de santé de la région, dirigés par le groupe populaire pro-choix Justice reproductive Nouveau-Brunswick, ont lancé un financement participatif (crowdfunding) pour un cabinet de médecine familiale queer-positive qui fournissait également des soins d'avortement.

De 2015 à aujourd'hui, les gens du Nouveau-Brunswick ont continué à accéder à des avortements chirurgicaux à la Clinique 554 et ont payé de leur poche la procédure et les dépenses connexes. Malgré l'utilisation continue de la Clinique 554 et un plaidoyer et un activisme considérables de la part des prestataires de services, des bénéficiaires et des membres de la communauté, le GNB continue d'affirmer qu'il n'y a pas d'obstacles à l'accès à l'avortement chirurgical au Nouveau-Brunswick et qu'il n'y a donc aucune raison d'abroger le règlement 84-20. Par exemple, le ministre de la Santé a récemment affirmé

² *Criminal Law Amendment Act*, 1968-69 SC 1968-69, c 38, s18.

³ *General Regulation - Medical Services Payment Act*, NB Reg 1989-84-20.

⁴ *Morgentaler v New Brunswick (AG)* 1989 CanLII 8086 (NB QB).

⁵ *CCLA v PNB*, 2021 NBQB 119.

⁶ "Morgentaler Clinic in N.B. to Close, Citing No Provincial Funding," April 10th, 2014, <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/morgentaler-abortion-clinic-in-fredericton-to-close-1.2604535>

que l'absence de liste d'attente pour l'avortement ne justifiait pas un changement de politique⁷ et le premier ministre a déclaré que les avortements étaient "très accessibles dans la province."⁸

Les questions d'accès et d'obstacles aux services d'avortement chirurgical animent la recherche présentée dans ce rapport. Plus précisément, l'équipe de recherche a posé les questions suivantes: À quoi ressemble l'accès à l'avortement au Nouveau-Brunswick après 2015? Et quels sont, le cas échéant, les obstacles à ce service de soins de santé? Nous avons constaté que les gens au Nouveau-Brunswick continuent d'accéder aux avortements avec paiement des services, ce qui suggère que les avortements procéduraux financés par les provinces ne sont pas "très accessibles" et que l'option d'avoir un avortement en clinique est quelque chose dont les personnes du Nouveau-Brunswick ont besoin et qu'elles veulent. Ce rapport partage les résultats de la recherche afin d'offrir une meilleure compréhension du paysage de l'avortement chirurgical (également appelé avortement procédural) au Nouveau-Brunswick depuis 2015, et de contextualiser l'état actuel de ce service de santé reproductive dans le cadre de l'histoire politique de la région.

Ce rapport fournit des données quantitatives détaillées sur les avortements chirurgicaux pratiqués à la Clinique 554 du Nouveau-Brunswick, ainsi que des données qualitatives plus approfondies sur les obstacles aux avortements chirurgicaux dans la province. Le rapport s'appuie sur les données anonymes de la clinique, les observations de trois groupes de discussion (15 personnes participantes au total), 28 entrevues semi-structurées et 41 sondages remplis par des fournisseurs, des activistes, des militants, des spécialistes en la matière et des personnes qui ont subi un avortement, ainsi que sur des données d'archives provenant de plus de 500 dossiers d'archives. Les lectrices et lecteurs comprendront mieux les implications des limites persistantes imposées à ce service de santé sûr et légal, et bénéficieront de recommandations partagées par diverses parties prenantes pro-choix.

Ces travaux interviennent à point nommé puisque la province a récemment adopté la loi de 2023⁹ sur les établissements de santé pour permettre à d'autres interventions simples, comme les opérations de cataracte, d'être réalisées en dehors des hôpitaux dans des établissements dits chirurgicaux tout en restant prises en charge par l'Assurance-maladie. La raison d'être de cette nouvelle législation est qu'elle peut "améliorer le service aux bénéficiaires et alléger la pression sur notre système hospitalier."¹⁰ Les mêmes avantages peuvent être observés pour les soins d'avortement en clinique. Cependant, malgré les changements législatifs et les pressions constantes exercées par les leaders communautaires, les activistes, les politiciens et les spécialistes juridiques, le Nouveau-

⁷ Jacques Poitras, "Bill Would Pave Way for Doing Some Surgeries in N.B. Outside Hospitals," *CBC News*, October 26, 2022. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/surgeries-medicare-bill-1.6630371>.

⁸ Silas Brown, "Health Authorities Are Responsible for Abortion Access, Not the Government," *Global News*, June 2nd, 2021, <https://globalnews.ca/news/7915697/n-b-abortion-access-responsibility-debate/>.

⁹ *Health Facilities Act*, SNB 2023, c 13 (not yet in force).

¹⁰ "New Legislation to Allow Some Surgical Procedures to Be Performed Outside Hospitals," Government of New Brunswick, accessed October 24, 2023, https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/news/news_release.2023.05.0231.html.

Brunswick restera la seule province où les avortements chirurgicaux ne sont pas financés dans les cliniques.

De plus, cette recherche a révélé que l'affirmation selon laquelle il n'y a pas d'obstacles à l'accès aux avortements chirurgicaux au N.-B. n'est pas fondée. Le GNB ne suit pas les avortements chirurgicaux pratiqués en dehors des hôpitaux financés par l'État et ne connaît donc pas le nombre d'avortements pratiqués par la Clinique 554. Dans le même temps, l'avortement n'est pas mentionné dans les dernières évaluations des besoins de la collectivité en matière de santé (EBCS) des réseaux de santé Vitalité et Horizon. L'absence de l'avortement dans les EBSC est significative dans une province où, comme nous l'avons vu plus haut, la politique rend certaines données sur les services indisponibles pour la province. Tout simplement, la province élabore une politique de santé reproductive qui n'est pas fondée sur un ensemble complet de statistiques sur l'avortement chirurgical ni sur une évaluation exhaustive des besoins de la collectivité en matière de santé reproductive. Malgré un engagement à adopter un cadre d'analyse comparative selon le genre (ACS) dans l'élaboration des politiques, les informations sur l'avortement chirurgical, qui est une question très genrée ayant un impact sur les femmes et les minorités de genre, sont largement absentes du discours officiel du gouvernement. Il y a peu d'informations sur le site web du gouvernement et aucune mention des soins de santé reproductive dans le dernier plan de la santé du N.-B. *Stabilisation des soins de santé : Un appel à l'action urgent*.¹¹ Nous assistons à un effacement de la nécessité des avortements chirurgicaux, qui sont des procédures de soins de santé sûres, légales et communes, de la conversation publique officielle. Cet effacement contribue à maintenir un statu quo caractérisé par des politiques et des pratiques qui entravent l'accès à la liberté reproductive.

La décision de se concentrer sur la période débutant en 2015 est triple.

- Premièrement, la période allant de 2015 à aujourd'hui représente la période qui a suivi la suppression de la fameuse règle des deux médecins dans la province, sous la direction du premier ministre libéral Brian Gallant.
- Deuxièmement, la période choisie englobe la vie de la Clinique 554 en difficulté, ce qui permet une analyse minutieuse des exigences imposées aux prestataires de services d'avortement rémunérés à l'acte après la fermeture de Morgentaler et l'abrogation de la règle des deux médecins.
- Troisièmement, cette période rend compte de l'approbation du Mifegymiso (également appelé Mifépristone) par Santé Canada (2015)¹² et de l'extension de la couverture de l'Assurance-maladie¹³ au Nouveau-Brunswick pour cette option

¹¹ New Brunswick Department of Health Government of New Brunswick, *Stabilizing Health Care: An Urgent Call to Action* (Fredericton, 2022), <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/Stabilizing-health-care.pdf>.

¹² Health Canada, *Health Canada New Drug Authorizations: 2015 Highlights. New Active Substances, Subsequent Entry Biologics, and Generic Pharmaceuticals* (Ottawa: Health Canada, 2015).

¹³ Bobbi-Jean Mackinnon, "Abortion Pill Now Available for Free to Women in New Brunswick," *CBC News*, July 7, 2017, <https://statics.teams.cdn.office.net/evergreen-assets/safelinks/1/atp-safelinks.html>

d'avortement médical¹⁴ ¹⁵ (2017), qui a changé où et comment les personnes du Nouveau-Brunswick peuvent mettre fin à une grossesse.

Il est certain que de nombreux changements importants, et dans certains cas positifs, ont été apportés aux soins liés à l'avortement au Nouveau-Brunswick au cours des huit dernières années. C'est la question de l'accès dans ce contexte plus récent que ce projet aborde. Ce qui suit s'appuie sur le travail inlassable des prestataires de soins de santé, des universitaires, des activistes, des avocats et des membres de la communauté qui ont participé à la lutte pour les soins liés à l'avortement dans la province, qui dure depuis plus de cinq décennies. Ce rapport, ainsi que le projet dans son ensemble, sont proposés dans l'esprit de contribuer au travail collectif continu visant à garantir que tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises qui peuvent tomber enceintes aient accès à des services complets de soins de santé reproductive.

Les obstacles à l'accès ne sont pas vécus de la même manière, bien entendu. Le Nouveau-Brunswick est une province où les taux de pauvreté sont élevés chez les femmes chefs de famille monoparentale et les personnes handicapées,¹⁶ ainsi dans le nord de la province,¹⁷ une population en grande partie francophone, où les Noirs, les Autochtones et les personnes de couleur sont victimes de racisme au sein du système médical,¹⁸ où les enfants racialisés et autochtones sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté,¹⁹ et où le discours anti-LGBTQ+ est une fois de plus en hausse. Ces multiples dynamiques d'oppression et de discrimination signifient, tout simplement, que le poids des obstacles à l'avortement est plus lourd pour les groupes qui méritent l'équité. Bien que cette recherche présente des données quantitatives qui traitent les personnes ayant besoin d'un avortement comme un groupe monolithique, nous reconnaissons qu'entre les chiffres, il y a des expériences où la pauvreté, le racisme, le colonialisme, le capacitisme et l'homophobie font également partie de l'histoire de l'accès ou du nonaccès à l'avortement. Lorsque ces dynamiques sont apparues dans les données qualitatives, elles ont été rapportées et analysées, mais il reste encore du travail à faire.

¹⁴ En anglais, le terme "medical abortion" est utilisé par de nombreux prestataires de soins de santé et spécialistes de la santé reproductive pour désigner un avortement provoqué par des médicaments, tels que le Mifegymiso. C'est pourquoi nous utilisons le terme d'avortement médical dans ce rapport, bien que les partenaires communautaires de ce travail aient indiqué qu'ils préféreraient parler d'avortement médicamenteux ou pharmaceutique.

¹⁵ Adrienne K. South, "New Brunswick Makes Medical Abortion Pill Free to Patients with Medicare Card," *Global News*, July 7, 2017, <https://globalnews.ca/news/3581697/new-brunswick-makes-medical-abortion-pill-free-to-patients-with-medicare-card/>.

¹⁶ Dan Dutton and Herb Emery, *Deep Poverty in New Brunswick* (Fredericton: NBIRDT, 2019), www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/esic/pdf/DeepPoverty.pdf

¹⁷ Heather Atcheson, Chelsea Driscoll, and the Human Development Council, *New Brunswick's 2022 Child Poverty Report Card*, (Saint John: Human Development Council, 2023), <https://sjhdc.ca/report/new-brunswicks-2022-child-poverty-report-card/>.

¹⁸ Manju Varma, *Systemic Racism Commissioner's Final Report*, (New Brunswick: Province of New Brunswick, 2022). www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Corporate/Promo/systemicracism-racismesystemique/SystemicRacismCommissionerFinalReport.pdf

¹⁹ Atcheson, Driscoll, and the Human Development Council, *New Brunswick's 2022 Child Poverty Report Card*.

2.0 Littérature pertinente

La littérature sur l'avortement au Canada est vaste, diversifiée et interdisciplinaire. Les cadres analytiques dominants dans la littérature sociolégale sur l'avortement sont l'analyse juridique constitutionnelle, l'histoire du droit, l'analyse historique qualitative et archivistique, et la justice reproductive. La plupart des ouvrages abordent l'avortement du point de vue de la patiente ou de la demandeuse de services, et moins nombreux sont ceux qui adoptent une approche institutionnelle, prestataire ou systémique.

Très peu de documents publiés entre 1970 et 2023 en sociologie, en science politique, en histoire ou en études sur le genre et les femmes portent sur l'avortement au Nouveau-Brunswick en particulier. Parmi les quelques ouvrages qui existent, la plupart portent sur l'histoire du Dr Morgentaler et son implication dans la province. Une porte sur l'expérience des bénéficiaires au Nouveau-Brunswick avant et après la modification du Règlement 84-20 en 2014.²⁰ Certaines études se concentrent également sur les Maritimes en général, comparant les expériences et l'histoire du Nouveau-Brunswick à celles de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse.²¹

La littérature canadienne est plus large. Une grande partie des travaux se concentre sur l'histoire juridique de l'arrêt Morgentaler (la préparation, l'affaire elle-même et ses suites). L'autre axe, mené en grande partie par Christabelle Sethna et al.,²² explore l'histoire du manque d'accès local et du tourisme de l'avortement qui en résulte au Canada, tant dans les hôpitaux que dans les cliniques indépendantes.²³

Outre l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada, les organismes de la société civile, notamment les documents d'archives de l'ACDA et les rapports de la CDAC, constituent une source importante de données quantitatives. Les travaux d'Ackerman,²⁴ Backhouse,²⁵ McTavish²⁷ ²⁸ et d'autres sur l'histoire de l'avortement et l'accès à l'avortement au Nouveau-Brunswick et dans les provinces maritimes soulignent que le conservatisme social, souvent motivé par l'appartenance religieuse, explique la persistance des obstacles législatifs, réglementaires, administratifs

²⁰ Angel M. Foster et al., "If I Ever Did Have a Daughter, I Wouldn't Raise Her in New Brunswick: Exploring Women's Experiences Obtaining Abortion Care before and after Policy Reform," *Contraception* 95, no. 5 (2017): 477–84.

²¹ Katrina Ackerman, "In Defence of Reason: Religion, Science, and the Prince Edward Island Anti-Abortion Movement, 1969–1988," *Canadian Bulletin of Medical History* 31, no. 2 (2014): 117–38, <https://doi.org/10.3138/cbmh.31.2.117>.

²² Christabelle Sethna and Marion Doull, "Accidental Tourists: Canadian Women, Abortion Tourism, and Travel," *Women's Studies* 41, no. 4 (2012): 457–75.

²³ Christabelle Sethna and Gayle Davis, eds., *Abortion across Borders: Transnational Travel and Access to Abortion Services* (Baltimore: John's Hopkins University Press, 2019).

²⁴ Katrina Ackerman, "A Region at Odds: Abortion Politics in the Maritime Provinces, 1969-1988." (PhD Thesis, Waterloo, University of Waterloo, 2015).

²⁵ Katrina Ackerman, "After Morgentaler: The Politics of Abortion in Canada," *Canadian Historical Review* 100, no. 2 (2019): 312–14, <https://doi.org/10.3138/chr.100.2.br14.en>.

²⁶ Constance B. Backhouse, "Involuntary Motherhood: Abortion, Birth Control and the Law in Nineteenth Century Canada," *Windsor Yearbook Of Access to Justice* 3 (1983): 61-130.²⁶

²⁷ Lianne McTavish, "The Cultural Production of Pregnancy: Bodies and Embodiment at a New Brunswick Abortion Clinic," *TOPIA: Canadian Journal of Cultural Studies* 20 (2008): 23–42, <https://doi.org/10.3138/topia.20.23>.

²⁸ Lianne McTavish, "Abortion in New Brunswick," *Acadiensis* 44, no. 2 (2015): 107–30.

et des fournisseurs de soins à l'avortement. Une étude très récente menée auprès de politiciens et de décideurs révèle que l'appartenance religieuse et les perceptions des préférences des électeurs motivées par la religion continuent de façonner la politique du Nouveau-Brunswick en matière d'avortement.²⁹ Des observations similaires ont été faites pour la province de l'Alberta.³⁰

De nombreux juristes s'appuient sur *la Charte canadienne des droits et libertés*, y compris les droits à l'égalité,^{31 32 33 34} la vie, la liberté et la sécurité de la personne,^{35 36 37} le fédéralisme canadien,^{38 39 40 41} le constitutionnalisme architectural/structurel,⁴² et *la Loi*

²⁹ Claire Johnson and Sara Naam, "Political Barriers to Abortion Access in New Brunswick: A Qualitative Exploration of a Political Hot Potato," *Journal of Canadian Studies* (2023), 57, no. 2, 181-204.

³⁰ Carol Williams, "Reproductive Self-Determination and the Persistence of "Family Values" in Alberta from the 1960s to the 1990s," in *Compelled to Act: Histories of Women's Activism in Western Canada*, edited by Sarah Carter and Nanci Langford (Winnipeg: University of Manitoba Press, 2001), 253-290.

³¹ Emmett Macfarlane and Rachael Johnstone, "Equality Rights, Abortion Access, and New Brunswick's Regulation 84-20," *University of New Brunswick Law Journal* 72 (2021): 302-24.

³² Kerri A. Froc, "New Brunswick Women's Rights and the Legal Imagination," *Journal of New Brunswick Studies / Revue d'études Sur Le Nouveau-Brunswick* 13, no. 2 (2021): 27-35, <https://journals.lib.unb.ca/index.php/JNBS/article/view/32610>.

³³ Daphne Gilbert, "Attesting to Fundamental Human Rights: The Backlash to the Active Promotion of Equality in Canada," *Journal of Law & Equality* 16 (2020): 1-36, <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/jleq16&i=26>.

³⁴ Martha Jackman, "Health Care and Equality: Is There a Cure," *Health Law Journal* 15 (2007): 87-142, <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/hthlj15&i=95>.

³⁵ Sonia Lawrence, "2013: Constitutional Cases in Review," *The Supreme Court Law Review: Osgoode's Annual Constitutional Cases Conference* 67, no. 1 (2014), <https://doi.org/10.60082/2563-8505.1283>.

³⁶ Jocelyn Downie and Carla Nassar, "Barriers to Access to Abortion Through a Legal Lens," *Health Law Journal* 15 (2008): 143-73, <https://ssrn.com/abstract=2071284>.

³⁷ Gwen C. Mathewson, "Security of the Person, Equality and Abortion in Canada Comment," *University of Chicago Legal Forum* 1989 (1989): 251-80, <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/uchclf1989&i=255>.

³⁸ Sarah Burningham, "Provincial Jurisdiction over Abortion," *Queen's Law Journal* 45, no. 1 (2019): 37-80, <https://journal.queenslaw.ca/sites/qljwww/files/Issues/Vol%2045%20i1/3.%20Burningham%20-%20Final.pdf>.

³⁹ Donley Studlar and Raymond Tatalovich, "Abortion Policy in the United States and Canada: Do Institutions Matter?" in *Abortion Politics: Public Policy in Cross-Cultural Perspective*, eds. Marianne Githens and Dorothy McBride Stetson (New York: Routledge, 197), 75-95.

⁴⁰ Beverley Baines, "Abortion, Judicial Activism and Constitutional Crossroads," *University of New Brunswick Law Journal* 53, no. 2004 (2019): 157-83, <https://journals.lib.unb.ca/index.php/unblj/article/view/29427>.

⁴¹ Howard A. Palley, "Canadian Abortion Policy: National Policy and the Impact of Federalism and Political Implementation on Access to Services," *Publius: The Journal of Federalism* 36, no. 4 (2006): 565-86, <https://doi.org/10.1093/publius/pjl002>.

⁴² Joanna N. Erdman, "Constitutionalizing Abortion Rights in Canada," *Ottawa Law Review* 49, no. 1 (2018): 221, <https://rdo-olr.org/wp-content/uploads/2018/09/OLR-49-1-11-Erdman-Final.pdf>.

canadienne sur la santé^{43 44 45} pour plaider en faveur d'améliorations de l'accès à l'avortement fondées sur les droits.

La recherche identifie les obstacles juridiques et réglementaires, les politiques et les obstacles à l'accès centrés sur le prestataire. Il s'agit notamment des restrictions légales et réglementaires historiques et contemporaines sur les avortements financés, comme le règlement 84-20 du Nouveau-Brunswick qui limite actuellement l'Assurance-maladie aux avortements en milieu hospitalier, et qui incluait auparavant la certification de deux médecins et les soins spécialisés, ainsi que des restrictions sur la facturation réciproque. La littérature juridique comprend un certain nombre de titres qui traitent du Nouveau-Brunswick ou qui incluent la province dans l'analyse.

La littérature spécifique au Nouveau-Brunswick est peu abondante en ce qui concerne les autres types d'obstacles, mais elle comprend certainement des travaux sur le Canada de manière plus générale. Les obstacles politiques comprennent les obstacles informationnels, comme le manque d'informations fiables sur la manière d'accéder à l'avortement.⁴⁶ La littérature évoque également les obstacles découlant des revendications générales d'objection de conscience des médecins et des prestataires de soins de santé, qui vont du refus de fournir des soins d'avortement au refus d'orienter vers un traitement punitif les personnes qui demandent des soins d'avortement ou qui ont besoin d'un suivi après l'avortement.^{47 48 49 50 51} Un autre obstacle documenté dans l'ensemble des professions de santé et au fil du temps est l'absence de formation aux soins liés à l'avortement dans les programmes de soins de santé.^{52 53 54}

⁴³ Chris Kaposy, "Improving Abortion Access in Canada," *Health Care Analysis: An International Journal of Health Philosophy and Policy* 18, no. 1 (2010): 17–34, <https://doi.org/10.1007/s10728-008-0101-0>.

⁴⁴ Sujit Choudhry, "The Enforcement of the Canada Health Act," *McGill Law Journal* 41, no. 2 (1996): 461–508, <https://ssrn.com/abstract=1137723>.

⁴⁵ Martha Jackman, "The Regulation of Private Health Care under the Canada Health Act and the Canadian Charter Note," *Constitutional Forum* 6, no. 2 (1995): 54–60.

⁴⁶ Laura Dodge et al., "Just Google It: Quality of Information Available Online for Abortion Self-Referral," *Contraception* 96, no. 4 (2017): 274, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.049>.

⁴⁷ Jocelyn Downie, Jacquelyn Shaw, and Carolyn McLeod, "Moving Forward with a Clear Conscience: A Model Conscientious Objection Policy for Canadian Colleges of Physicians and Surgeons," *Health Law Review* 21, no. 3 (2013): 28–32.

⁴⁸ Foster et al., "If I Ever Did Have a Daughter, I Wouldn't Raise Her in New Brunswick: Exploring Women's Experiences Obtaining Abortion Care before and after Policy Reform."

⁴⁹ Kaposy, "Improving Abortion Access in Canada."

⁵⁰ Downie and Nassar, "Barriers to Access to Abortion through a Legal Lens."

⁵¹ Sanda Rodgers and Jocelyn Downie, "Abortion: Ensuring Access," *CMAJ* 175, no. 1 (2006): 9–9, <https://doi.org/10.1503/cmaj.060548>.

⁵² Martha Paynter, Wendy V. Norman, and Ruth Martin-Misener, "Nurses Are Key Members of the Abortion Care Team: Why Aren't Schools of Nursing Teaching Abortion Care?," *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse* 1, no. 2 (2019): 17–29, <https://doi.org/10.25071/2291-5796.30>.

⁵³ Daniel T. Myran et al., "Abortion Education in Canadian Family Medicine Residency Programs," *BMC Medical Education* 18, no. 1 (2018): 121, <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1237-8>.

⁵⁴ Atsuko Koyama and Robin Williams, "Abortion in Medical School Curricula," *McGill Journal of Medicine* 8, no. 2 (2005): 157–60, <https://doi.org/10.26443/mjm.v8i2.551>.

L'impact différentiel des obstacles à l'avortement sur les populations vulnérables a également été relevé par les chercheuses. La pauvreté et la maternité monoparentale,^{55 56} être Autochtone,^{58 59} la ruralité,⁶⁰ et les jeunes⁶¹ ont été explorés. L'expérience des communautés noires et d'autres communautés racialisées en matière d'avortement a fait l'objet de recherches aux États-Unis⁶² et mérite qu'on s'y attarde davantage dans le contexte Canadien.

3.0 Les méthodes

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick ne recueille pas d'information sur les avortements chirurgicaux pratiqués à l'extérieur des trois hôpitaux désignés, et les régies de la santé n'incluent pas les soins liés à l'avortement dans leur évaluation annuelle des besoins en santé. Cela signifie que le nombre d'avortements chirurgicaux pratiqués au N.-B., les besoins des gens du Nouveau-Brunswick en matière d'avortement et les obstacles à l'accès à ce service de santé sûr et légal sont autant de données qui ne figurent pas dans les discussions officielles et publiques sur l'avortement dans la province. En même temps, l'avortement demeure un service de soins de santé très stigmatisé dans cette région, ce qui fait qu'il est difficile pour les bénéficiaires de se manifester et de parler de leurs expériences dans l'arène publique.

Pour surmonter ces obstacles, l'équipe de recherche a élaboré une approche mixte qui comprenait ce qui suit: 1) un examen des données anonymisées de la Clinique 554 sur les 1 007 avortements chirurgicaux pratiqués depuis 2015; 2) trois groupes de discussion; 3) 28 entretiens semi-structurés avec des personnes qui ont accédé et/ou ont été impliquées dans la défense des soins d'avortement dans la province; 4) un sondage anonyme en ligne; et 5) une recherche d'archives pour fournir un contexte historique solide sur le contexte juridique et politique dans lequel les restrictions à l'avortement opèrent. Ce projet de recherche a été examiné et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Nouveau-Brunswick (REB #2021-090). Un cercle de spécialistes, composé d'intervenants clés tels que des médecins, des avocats, des universitaires et des dirigeants d'organisations à but non lucratif, a guidé l'équipe de recherche dans

⁵⁵ Jessica Shaw, "Full-Spectrum Reproductive Justice: The Affinity of Abortion Rights and Birth Activism," *Studies in Social Justice* 7, no. 1 (2013): 143–59, <https://login.proxy.hil.unb.ca/login>

⁵⁶ Kaposy, "Improving Abortion Access in Canada."

⁵⁷ Martha Bailey and Nicholas Bala, "Canada: Abortion, Divorce, and Poverty, and Recognition of Nontraditional Families", *Journal of Family Law* 30, no. 2 (1992 1991): 279–88. <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/branlaj30&i=289>.

⁵⁸ Renée Monchalin, "Novel Coronavirus, Access to Abortion Services, and Bridging Western and Indigenous Knowledges in a Postpandemic World" *Women's Health Issues* 31, no. 1 (2021): 5–8, <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.10.004>.

⁵⁹ Danielle Miller, "Beyond Legal: A Feminist Intersectional Analysis of the Policy Landscape Shaping Indigenous Women's Access to Abortion Services in Canada" (Thesis, 2023), <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/15107>.

⁶⁰ Christabelle Sethna and Marion Doull, "Spatial Disparities and Travel to Freestanding Abortion Clinics in Canada," *Women's Studies International Forum* 38 (2013): 52–62, <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.02.001>.

⁶¹ Stephanie Begun et al., "I Know They Would Kill Me': Abortion Attitudes and Experiences Among Youth Experiencing Homelessness," *Youth & Society* 52, no. 8 (2020): 1457–78, <https://doi.org/10.1177/0044118X18820661>.

⁶² Katherine Brown et al., "Black Women's Lived Experiences of Abortion," *Qualitative Health Research* 32, no. 7 (2022): 1099–1113, <https://doi.org/10.1177/10497323221097622>.

l'élaboration des outils de recherche, le recrutement des personnes participantes et les activités d'application des connaissances. Ce cercle de spécialistes n'a pas eu accès aux données brutes ni à aucune information permettant d'identifier les personnes participantes.

Cette section du rapport explique les méthodes employées pour chaque élément de ce projet.

3.1 Données cliniques anonymisées

L'équipe de recherche a travaillé en collaboration avec la Clinique 554 pour créer un outil de base de données qui a permis au personnel de la clinique de partager avec l'équipe de recherche des données anonymes sur leur pratique de l'avortement chirurgical. Tout au long de ce processus, l'équipe de recherche a pu vérifier de manière fiable des informations inédites telles que le nombre d'avortements chirurgicaux pratiqués à la Clinique 554, l'âge gestationnel, le mode de paiement (par exemple, de sa poche, pro bono, don à la clinique, etc.), l'âge et la zone de santé (si disponible). Aucun membre de l'équipe de recherche n'a vu ou n'a eu accès aux documents cliniques ou aux informations désanonymisées sur les bénéficiaires. Les données ont été analysées à l'aide du programme Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

3.2 Entretiens et groupes de discussion

L'équipe de recherche a mené 28 entretiens semi-structurés et trois groupes de discussion (15 personnes au total) avec des prestataires de soins de santé, des activistes, des défenseurs, des spécialistes en la matière et des personnes ayant subi un avortement, soit un total de 43 personnes participantes distinctes. Tous et toutes étaient âgés de 19 ans ou plus et pouvaient s'exprimer en anglais ou en français. Les objectifs fixés pour les groupes de discussion et les entretiens ont été dépassés. Pour préserver la confidentialité dans une petite province, et parce que ces catégories se chevauchent, le rapport ne détaille pas davantage le nombre de personnes participantes aux entretiens et aux groupes de discussion selon des catégories telles que les prestataires de soins de santé, les activistes, les défenseurs des droits, les spécialistes en la matière, les personnes ayant subi un avortement, etc.

Les entretiens et les groupes de discussion ont été transcrits et les informations permettant d'identifier les personnes participantes ont été supprimées. Les chercheuses principales, la coordinatrice du projet et une assistante de recherche ont élaboré de manière inductive un livre de codes à partir des guides d'entretien et de groupe de discussion, qui a ensuite été affiné par la lecture d'une petite sélection de transcriptions et la réalisation d'un codage initial. Les transcriptions ont été codées à l'aide de NVIVO. La fiabilité intercodeurs a été obtenue par un double codage d'au moins 25 % des transcriptions, les codeurs se réunissant et partageant leur processus de codage et discutant des convergences et des divergences dans leurs processus et leurs résultats. Un IP a organisé les données codées en thèmes initiaux après avoir lu une sélection de rapports NVIVO, et ces thèmes ont été finalisés par un processus collectif de délibération entre les IP et le coordinateur du projet.

Sept thèmes finaux ont été identifiés et des résumés de données pour chacun d'entre eux ont ensuite été produits par les codeurs. Ces thèmes comprennent les politiques et les pratiques, le paiement, l'accès à l'information, les mythes, l'activisme anti-choix et les

recommandations. La saturation théorique a été atteinte pour chaque thème. Certaines citations ont été légèrement modifiées pour protéger la confidentialité des participants.

3.3 Sondage

L'avortement étant une procédure de soins de santé très stigmatisée au Nouveau-Brunswick, l'équipe de recherche a élaboré un sondage en ligne en français et en anglais pour permettre aux personnes participantes potentielles (âgées de 19 ans et plus) de partager leurs expériences et leurs points de vue de manière anonyme au lieu, ou en plus, de participer à un entretien ou à un groupe de discussion. Ce sondage comportait à la fois des réponses fixes et des questions ouvertes à rédiger sur l'accès ou la tentative d'accès à l'avortement. À la fin du sondage, les personnes participantes pouvaient s'inscrire elles-mêmes à un entretien (< 5 ont choisi cette option). Au total, 41 personnes ont répondu au sondage. Bien qu'il s'agisse d'un nombre relativement faible, l'objectif était de 20 personnes et le sondage était un outil de recherche conçu pour recueillir les expériences de personnes souhaitant rester anonymes et non une tentative de collecte de données statistiques à des fins de généralisation. Les données quantitatives du sondage ont été agrégées et les réponses qualitatives ont été codées à l'aide du même livre de codes que les données des entretiens et des groupes de discussion. Le cas échéant, les réponses au sondage sont rapportées avec les données des entretiens et des groupes de discussion dans la section des résultats.

3.4 Données d'archives

Une analyse complète du paysage actuel de l'accès à l'avortement au Nouveau-Brunswick nécessite une solide compréhension de l'histoire des soins d'avortement à l'échelle provinciale et nationale. Afin de bien situer les données ethnographiques, les réponses aux sondages et les données des cliniques dans le paysage des soins d'avortement au N.-B., l'équipe de recherche a non seulement effectué un examen de la documentation existante (voir l'examen de la documentation), mais aussi une recherche archivistique substantielle dans les Archives provinciales du Nouveau-Brunswick. En collaboration avec les archivistes provinciaux, les chercheuses ont examiné plus de 500 documents, dont des notes de service, des lettres, des pétitions, des articles de journaux, des bulletins d'information, des magazines, des documents de politique, des ébauches, des procès-verbaux de réunions organisationnelles, des dossiers juridiques, des statistiques hospitalières, des communications internes, des listes de membres, des communications de réunions du conseil et des résumés de conférences, provenant de fonds pertinents. Ces fonds comprennent Everett Chalmers, l'Hôpital de Moncton, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, les Chevaliers de Colomb Pro-Life Canada, le fonds Carol Fergusson, le fonds Greg Milton, la Société médicale de York-Sunbury-Queens et l'affaire Morgentaler. En plus d'alimenter l'aperçu historique du présent rapport, ce travail d'archives est présenté dans une chronologie détaillée disponible en ligne à l'adresse suivante <https://timeline.rjaccessprojectnb.ca/>.

4.0 4. Les résultats

4.1 Introduction

Les avortements sont légaux au Nouveau-Brunswick depuis 1969. Cependant, les gouvernements provinciaux successifs ont utilisé leurs pouvoirs législatifs et réglementaires en matière de soins de santé pour restreindre l'accès aux avortements

financés. Ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que le Nouveau-Brunswick a commencé à libéraliser son approche. Cela s'est traduit par un changement substantiel dans le discours gouvernemental. Il est passé le temps où le gouvernement provincial s'engageait à donner au Dr Morgentaler le combat de sa vie. Au lieu de cela, le gouvernement libéral du premier ministre Gallant s'est engagé à supprimer les restrictions réglementaires et a fait du Nouveau-Brunswick la première province à financer les avortements médicaux.

Votre gouvernement a éliminé les obstacles à la santé reproductive qui étaient en place depuis près de trois décennies et s'est engagé à aller plus loin.

(Victor Boudreau, ministre de la Santé, 2017)⁶³

Le gouvernement conservateur actuel n'est pas revenu sur ces changements. Au lieu de cela, le premier ministre Higgs a affirmé que les soins liés à l'avortement au Nouveau-Brunswick étaient adéquats et que la question ne devait pas être jugée par les politiciens.⁶⁴ Notre étude visait à déterminer si la réorientation discursive à travers les lignes partisans s'accompagnait d'une amélioration globale de l'accès. Pour les raisons qui suivent, nous concluons que la réponse à cette question est non. Certains obstacles à l'accès à l'avortement rencontrés par les bénéficiaires du Nouveau-Brunswick ont été éliminés ou réduits, mais d'autres subsistent, et toutes les améliorations ne peuvent pas être attribuées au gouvernement provincial.

Cette constatation n'enlève rien à l'impact des changements apportés par la province. Les changements réglementaires concernant les exigences relatives aux spécialistes, aux deux médecins et à la facturation réciproque ont tous eu pour effet d'améliorer quelque peu l'accès, tout comme l'expansion des soins d'avortement à Moncton et le financement des avortements médicaux. Cependant, bien que nos personnes participantes aient reconnu ces changements importants, de nombreuses préoccupations exprimées par la plupart des personnes participantes à la recherche concernant les obstacles actuels aux soins d'avortement demeurent. Il est important de noter que ni le gouvernement libéral précédent ni le gouvernement conservateur actuel n'ont persuadé les gens du Nouveau-Brunswick qu'ils étaient dignes de confiance sur la question de l'avortement. Les membres participant de chaque groupe ont attribué la responsabilité des obstacles actuels aux politiques conçues et mises en œuvre par les gouvernements libéral et conservateur. Malgré les changements récents, les personnes participantes ont exprimé le point de vue que les obstacles aux soins liés à l'avortement existent toujours pour de nombreuses personnes et que les gouvernements récents perpétuent une longue tradition d'opposition obstinée, illogique et discriminatoire aux soins liés à l'avortement.

Je pense qu'il ne fait aucun doute que les obstacles viennent de notre propre gouvernement. Cela ne fait aucun doute. Ils essaient littéralement de nous faire croire qu'il n'y a plus d'obstacles. Ils ont tout réglé. Ils ont ouvert les hôpitaux, il n'y a pas de manque de service. C'est un mensonge flagrant. Il y a un manque de services, il y a

⁶³ MacKinnon, "Abortion Pill Now Available for Free to Women in New Brunswick"

⁶⁴ Brown, "Health Authorities Are Responsible for Abortion Access, Not the Government: Higgs."

d'énormes barrières. Ils ne font qu'aggraver la stigmatisation et ce qui peut être une situation difficile pour les personnes vulnérables. Je blâme sans hésitation et à cent pour cent le gouvernement de ne pas avoir soutenu la clinique Morgentaler au départ et la Clinique 554 par la suite.

En outre, notre étude montre que certains obstacles, ainsi que certaines améliorations de l'accès, ne proviennent pas du niveau provincial. Ils sont plutôt attribuables à des actions au niveau fédéral, ou trouvent leur origine dans la défense des intérêts de la population, l'autorégulation professionnelle ou les lignes directrices cliniques. Par exemple, c'est Santé Canada qui a retardé pendant des décennies l'obtention des autorisations nécessaires pour les avortements médicaux avant d'approuver finalement le Mifegymiso en 2015. En 2019, Santé Canada a également supprimé l'obligation de réaliser une échographie⁶⁵ avant de prescrire Mifegymiso.⁶⁶ Cette dernière étape a permis de lever un obstacle important au Nouveau-Brunswick, car il y a une pénurie de techniciens en échographie.⁶⁷

Nos données montrent que trois types d'obstacles continuent de dominer : 1) les barrières légales et réglementaires qui entraînent un manque de financement et d'accessibilité locale aux soins d'avortement en clinique, 2) les déficits d'information et une culture associée de stigmatisation et de désinformation, et 3) les défis pratiques ou logistiques auxquels sont confrontées à la fois les personnes cherchant à se faire avorter et les prestataires de services. Ces obstacles ont été identifiés par les personnes participantes, quel que soit leur mode de participation à notre recherche, y compris par celles qui ont partagé leur expérience de l'avortement dans le cadre d'un sondage, d'un groupe de discussion ou d'un entretien, par les activistes et les prestataires, dans les groupes de langue anglaise et française.

La partie du rapport consacrée aux résultats est divisée en cinq sections. Nous commençons par décrire le contexte juridique, réglementaire et politique des soins liés à l'avortement au Nouveau-Brunswick et illustrons l'historique et la continuité des obstacles à l'accès à l'avortement. Ensuite, nous analysons les soins médicaux d'avortement et leur impact sur l'accès. Nous examinons ensuite le paysage de l'information. Nous explorons ici la disponibilité et l'accessibilité d'informations fiables en matière de santé publique sur l'avortement, décrivons les limites et les obstacles, et examinons les implications des obstacles informationnels introduits par les activistes anti-choix, les fournisseurs de soins de santé et les représentants du gouvernement. Cela conduit à une discussion sur la façon dont le manque d'informations publiques fiables sur les soins liés à l'avortement alimente la stigmatisation et les mythes et rend difficile pour le gouvernement provincial, les hôpitaux et les autres prestataires de soins de santé de

⁶⁵Amanda Connolly, "Ultrasound No Longer Required before Patients Can Access Abortion Pill: Health Canada," *Global News*, April 16, 2019, <https://globalnews.ca/news/5173789/how-to-get-abortion-pill-canada-ultrasound/>.

⁶⁶The College of Family Physicians of Canada (CFPC), "Abortion Resources for Family Physicians," accessed October 24th, 2023, <https://www.cfpc.ca/en/education-professional-development/practice-tools-guidelines/abortion-resources-for-family-physicians>.

⁶⁷Raechel Huizinga, "New Brunswick Medical Imaging Technologists Suffering from Pandemic Burnout," *CBC News*, March 10, 2022, <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/new-brunswick-medical-imaging-technologists-burnout-1.6379322>.

s'assurer que les bénéficiaires reçoivent des informations opportunes et exactes. Dans la dernière partie, nous identifions les obstacles pratiques à l'accès à l'avortement et à la fourniture de soins liés à l'avortement.

En bref, nous avons constaté que, dans un contexte où la *Loi sur le paiement des services médicaux* limite encore aux hôpitaux le financement des avortements chirurgicaux et des analyses sanguines, seuls trois hôpitaux dans deux villes proposent des services d'avortement. Cela signifie que les personnes ont besoin d'argent pour se déplacer et se faire aider, et qu'il n'y a que peu ou pas d'aide pour les personnes qui ont accès à la procédure, ce qui constitue des obstacles aux soins de santé. Il y a toujours un manque d'informations fiables et une prévalence de la stigmatisation et de la désinformation. La situation ne s'est pas suffisamment améliorée pour que l'on puisse parler de "suppression des obstacles", et les femmes continuent de payer de leur poche pour avoir accès à l'avortement à la Clinique 554. Malgré des changements considérables, nos données montrent qu'il existe une continuité dans les obstacles à l'accès à l'avortement.

4.2 Contextes et obstacles juridiques, réglementaires et politiques

Le Canada a largement décriminalisé l'avortement en 1969 et n'a plus de loi fédérale sur l'avortement depuis 1988. Malgré cela, le Canada ne dispose pas d'une articulation claire du droit à l'avortement garanti par la Charte et d'un droit statutaire facilement applicable à des soins d'avortement financés. Cela signifie que l'avortement, bien que toujours légal, reste inaccessible à de nombreuses personnes du Canada, y compris celles du Nouveau-Brunswick. Cependant, contrairement à d'autres régions du Canada, où le manque d'accès est souvent le résultat de l'inaction du gouvernement, le Nouveau-Brunswick a pris des mesures positives pour rendre l'avortement plus difficile d'accès.

L'histoire de l'avortement chirurgical au Nouveau-Brunswick démontre qu'il peut y avoir un écart important entre la légalité d'une procédure et l'accès significatif à celle-ci. Dans cette étude, basée sur la littérature et les contributions des personnes participantes, nous définissons l'accès significatif comme nécessitant des soins d'avortement gratuits, certains, inclusifs et locaux. L'accès gratuit exige une couverture complète par l'Assurance-maladie ou d'autres formes d'assurance, indépendamment de la méthode utilisée pour fournir des soins d'avortement, de toute caractéristique personnelle de la personne demandant un avortement ou de l'âge gestationnel. L'accès sécurisé exige que le résultat de la prestation de soins d'avortement soit clairement prévisible par la personne qui demande un avortement. L'accès est certain lorsqu'une personne sait qu'elle pourra obtenir un avortement en passant par un point d'accès disponible. L'accès inclusif exige que les soins liés à l'avortement soient disponibles de manière sûre, confidentielle et positive, et sans discrimination ni traitement punitif. Enfin, nous définissons l'accès comme local lorsque les besoins en transport sont minimes ou que le transport vers les points d'accès est bien soutenu.

Les gouvernements du Nouveau-Brunswick ont pris des mesures pour restreindre l'accès à l'avortement à partir de 1985. En avril de cette année-là, le Dr Morgentaler a écrit au ministre provincial de la Santé pour lui proposer de coopérer à l'ouverture d'une clinique d'avortement financée par l'Assurance-maladie dans la province.⁶⁸ La proposition a été

⁶⁸ Provincial Archives of New Brunswick, RS417: Records of the Office of Premier Richard B. Hatfield, 6720-A (1985). Letter to Charles Gallagher from Henry Morgentaler, April 24, 1985.

rejetée. Au lieu de cela, en juin de la même année, le gouvernement, dirigé par Richard Hatfield, a érigé en infraction le fait pour un médecin de pratiquer un avortement en dehors d'un hôpital, sous peine de perte ou de suspension de son autorisation d'exercer dans la province.⁶⁹

La contestation par le Dr Morgentaler du système du Comité d'action thérapeutique (CAT) dans le Code criminel a été couronnée de succès devant la Cour suprême du Canada. Les juges étaient divisés dans leurs motifs, mais au minimum, il est clair que l'utilisation d'un régime administratif qui retarde l'accès à l'avortement est inconstitutionnelle parce qu'elle viole les droits des bénéficiaires à la sécurité de leur personne. La décision reconnaît que le fait de retarder les avortements comporte des risques médicaux qui ne sont pas justifiés.

En 1988, peu après l'annulation par la Cour suprême des dispositions du Code criminel relatives à l'avortement, le premier ministre Frank McKenna a convoqué une conférence de presse et décrit une politique selon laquelle deux médecins devraient approuver un avortement pour qu'il soit pris en charge par l'Assurance-maladie dans l'un des quatre hôpitaux agréés.⁷⁰ Le Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick (CCCFNB) a réagi une semaine plus tard, arguant que la politique de M. McKenna maintiendrait des restrictions d'accès similaires à celles qui avaient été invalidées par la Cour suprême.⁷¹ L'accès à l'avortement et la politique en la matière dans la province sont restés incertains et instables pendant un certain temps. Les hôpitaux ne savaient pas si leur CAT pouvait continuer à fonctionner⁷² et le directeur de l'Ordre des médecins et chirurgiens a rédigé une rédaction à l'intention de ses membres pour les informer de "l'importance d'être très attentifs pour éviter de devenir le cas type recherché par les deux extrémités du spectre de l'opinion publique."⁷³ Des groupes de défense du droit à la vie ont organisé des rassemblements et une campagne d'envoi de lettres, et Choix NB Choice, un organisme comptant environ 90 membres à Saint-Jean, Moncton et Fredericton, a organisé un forum sur l'avortement à l'UNB de Saint-Jean.⁷⁴

Le docteur Morgentaler a intenté une action en justice pour obtenir le remboursement de trois avortements pratiqués sur des personnes qui résident au Nouveau-Brunswick dans sa clinique du Québec. La province a fait valoir que la politique provinciale était que les avortements n'étaient couverts au Nouveau-Brunswick que s'ils étaient pratiqués dans un hôpital agréé et approuvés par deux médecins. En avril 1989, le tribunal a jugé qu'aucune politique de ce type n'avait été officiellement adoptée et que la seule loi provinciale régissant l'avortement, adoptée en 1985 sous le premier ministre Hatfield, ne s'appliquait pas aux médecins de l'extérieur de la province.⁷⁵ À la suite de cette perte, le premier ministre McKenna a décidé d'officialiser la politique qu'il avait annoncée en février 1988.

⁶⁹ *An Act to Amend An Act Respecting the New Brunswick Medical Society and the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick*, SNB 1985, c 76

⁷⁰ "Abortion policy comes under fire from both sides," *Telegraph Journal*, February 13, 1988.

⁷¹ "Abortion Policy Concerns Women's Council," *Daily Gleaner*, February 18, 1988.

⁷² "Chalmers Abortion Panel Put in Limbo," *Telegraph Journal*, February 10, 1988.

⁷³ Provincial Archives of New Brunswick, Carol Fergusson Fonds MS 3848, File MS 2A1. Memorandum from Victor D. McLaughlin to the members of the College of Physicians and Surgeons, "Re: The Abortion Controversy," February 22, 1988.

⁷⁴ Provincial Archives of New Brunswick, Carol Fergusson Fonds MS 3848, File MS 2A1.

⁷⁵ *Morgentaler v New Brunswick (Attorney General)*, 1989 NBJ No 311.

Le 5 mai 1989, son gouvernement a ajouté l'avortement aux services non couverts par l'Assurance-maladie qui sont énumérés dans le règlement 84-20, annexe 2. L'amendement se lit comme suit:

2.01(b) Ne sont pas réputés être des services assurés:

(a.1) l'avortement, sauf lorsqu'effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie à un établissement hospitalier approuvé par la juridiction où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;⁷⁶

En mars 1989, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a adopté une loi interdisant les avortements pratiqués en dehors des hôpitaux agréés et refusant de les financer. Le Dr Morgentaler a ouvert une clinique à Halifax et a rapidement été inculpé en vertu de cette loi. Il a été acquitté en première instance. La Cour d'appel lui donne raison et, en septembre 1993, la Cour suprême du Canada donne raison au Dr Morgentaler, estimant que l'interdiction faite par la Nouvelle-Écosse de pratiquer des avortements en dehors d'un hôpital agréé "vise principalement à supprimer le préjudice ou le mal que les cliniques d'avortement sont censées causer au public."⁷⁷

Le Dr Morgentaler a obtenu son permis d'exercice de la médecine au Nouveau-Brunswick le 11 mars 1994. Il a ouvert une clinique à Fredericton en juin, et le ministre de la Santé a rapidement déposé une plainte auprès de l'Ordre des médecins et chirurgiens pour demander à l'Ordre d'interdire au Dr Morgentaler de pratiquer des avortements à la clinique de Fredericton. Cette plainte a été déposée en vertu de la loi de 1985 du Nouveau-Brunswick. Une loi similaire de la Nouvelle-Écosse a été annulée par la Cour suprême en 1993. Appliquant la décision de la Cour suprême, la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick a annulé la loi en 1994⁷⁸ et une majorité de la Cour d'appel du Nouveau-Brunswick ⁷⁹ a confirmé la décision en 1995. Cette décision portait sur l'interdiction, mais pas sur l'autre élément jugé inconstitutionnel dans l'affaire de la Nouvelle-Écosse, à savoir l'exclusion de l'avortement des services assurés. En 1997, le gouvernement McKenna a supprimé les sanctions imposées en 1985 aux médecins pratiquant des avortements en dehors des hôpitaux agréés, mais a maintenu le règlement 84-20.

Le règlement 84-20 est resté inchangé sous les gouvernements libéraux et progressistes-conservateurs. En 2003, le Dr Morgentaler a poursuivi le gouvernement provincial au motif que le règlement 84-20 violait à la fois la *Charte* et la *loi canadienne sur la santé*. La province a adopté une stratégie d'attribution. Elle a contesté la qualité pour agir du Dr Morgentaler et, après avoir perdu,⁸⁰ a fait appel de cette décision. Les organismes anti-choix ont demandé le statut d'intervenant et, lorsqu'ils ont perdu,⁸¹ ont fait appel.⁸² Sept

⁷⁶ *General Regulation - Medical Services Payment Act*, NB Reg 1989-84-20, sched 2, s. 2.01(b) (a.1).

⁷⁷ *R v Morgentaler*, [1993] 3 SCR 463.

⁷⁸ *Morgentaler v New Brunswick (AG)*, 1994 CanLII 10960 (QB).]

⁷⁹ *Morgentaler v New Brunswick (AG)*, 1995 CanLII 16625 (NB CA), leave to appeal denied, [1995] SCCA No. 126.

⁸⁰ *Morgentaler v New Brunswick*, 2008 NBQB 258. (CanLII)

⁸¹ *Morgentaler v NB*, 2004 NBQB 139. (CanLII)

⁸² *Coalition for Life and Health v Dr. Henry Morgentaler and the Province of New Brunswick*, 2005 NBCA 3. (CanLII)

ans plus tard, en 2009, la Cour d'appel du Nouveau-Brunswick a statué⁸³ que le Dr Morgentaler avait effectivement qualité pour contester la loi. Ironiquement, la Cour s'est appuyée sur la vaste expérience du Dr Morgentaler en tant que plaideur et sur ses moyens financiers pour étayer l'idée qu'il était le mieux placé pour intenter une action en justice :

Il convient également de garder à l'esprit que le Dr Morgentaler apporte à l'arène judiciaire des ressources financières et une expertise juridique qui contribueront sans aucun doute à uniformiser les règles du jeu et à améliorer considérablement les chances que toute décision judiciaire sur le fond soit pleinement informée, tant sur le plan factuel que sur le plan juridique.⁸⁴

La province n'a pas fait appel de la décision cette fois-là, mais elle n'en avait pas besoin. Au moment où la Cour d'appel s'est prononcée, le Dr Morgentaler avait dépensé environ un million de dollars pour le litige. En 2008, la clinique a été endommagée par une inondation, ce qui a entraîné des frais de réparation supplémentaires de 100 000 dollars. Alors que d'autres commerces du centre-ville ont été remboursés, la clinique n'a pas bénéficié d'une telle compensation. En 2009, le Dr Morgentaler était épuisé financièrement. Il a continué à verser des contributions pour s'assurer qu'aucune personne ne soit refusée. Après sa mort en 2013, sa succession ne pouvait plus supporter ces paiements.

Après avoir fait campagne en promettant que, s'il était élu, son parti "...agirait rapidement pour s'assurer que nous trouvions les obstacles au droit des femmes de choisir et que nous les éliminions,"⁸⁵ le gouvernement libéral provincial de Brian Gallant a modifié le règlement 84-20 de la loi sur les services médicaux. L'amendement a supprimé l'obligation pour un spécialiste de pratiquer la procédure, ainsi que la nécessité d'être référé par deux médecins.⁸⁶ Les avortements subventionnés sont devenus disponibles dans les cliniques de planification familiale de l'Hôpital régional Chaleur à Bathurst, de l'Hôpital de Moncton et du Centre hospitalier universitaire Dr Georges-L. Dumont, tous deux à Moncton.

Malgré l'affirmation du gouvernement provincial selon laquelle tous les obstacles ont été supprimés, les données nous indiquent que non seulement plusieurs obstacles à l'accès bien documentés et de longue date ont survécu aux changements réglementaires de 2014 et à l'introduction de Mifegymiso, mais qu'ils continuent d'empêcher l'accès à l'avortement d'être local, certain, inclusif et gratuit. Un thème récurrent dans nos données était que le règlement 84-20 de la Loi sur les soins médicaux, qui refuse la couverture par l'Assurance-maladie des avortements chirurgicaux et d'autres types de soins liés à la grossesse effectués en dehors d'un hôpital, impose des barrières financières aux personnes à la recherche de services d'avortement.

⁸³ *New Brunswick v Morgentaler*, 2009 NBCA 26. (CanLII)

⁸⁴ *Ibid* at para 59.

⁸⁵ Sarah Boesveld, "Abortion Thrust into Spotlight in New Brunswick Election after 'Strategic' Blitz by Activists," *National Post*, September 17, 2014, <https://nationalpost.com/news/politics/abortion-thrust-into-spotlight-in-new-brunswick-election-after-strategic-blitz-by-activists>.

⁸⁶ Government of New Brunswick, Office of the Premier, "Provincial Government Removes Barriers to a Woman's Right to Choose", November 26, 2014, https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/news/news_release.2014.11.1334.html

Contrairement à ce qui se passe ailleurs dans le pays, les avortements chirurgicaux pratiqués dans une clinique ne sont pas couverts par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick en raison du règlement 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.⁸⁷ Comme nous l'avons vu dans l'annexe 2, à partir de 1989, tout avortement pratiqué en dehors d'un cadre hospitalier a été répertorié comme l'un des nombreux services qui ne sont pas autorisés à être payés par l'Assurance-maladie. Nous avons reproduit cette liste dans son intégralité pour en faciliter la consultation:

(a.1) l'avortement, sauf lorsqu'effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie à un établissement hospitalier approuvé par la juridiction où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;

Le paragraphe a.1 a été modifié et se lit désormais comme suit:

(a.1) l'avortement, sauf lorsqu'il est pratiqué dans un établissement hospitalier qu'approuve l'autorité compétente dans lequel celui-ci est situé;

L'amendement a supprimé deux obstacles importants : la procédure ne doit plus être pratiquée par un gynécologue-obstétricien et elle ne nécessite plus la certification de la nécessité médicale par deux médecins. Auparavant, ces deux exigences constituaient des obstacles presque insurmontables, car de nombreuses personnes du Nouveau-Brunswick n'ont pas accès à des prestataires de soins de santé primaires, de nombreux médecins ont des objections de conscience à la certification ou s'inquiètent de leur responsabilité juridique, car la norme juridique de la nécessité médicale est très incertaine, et l'accès à des spécialistes est encore plus difficile.

Les personnes participantes ont reconnu que ces mesures constituaient des améliorations significatives de l'accès, mais ont fait valoir qu'elles n'étaient pas suffisantes. Ces efforts sont apparus à au moins une participante comme un moyen d'éviter l'abrogation de la directive 84-20:

... ils (le gouvernement) ont essayé de donner l'impression qu'ils se débarrassaient des lacunes sans se débarrasser de la réglementation qui, nous le savons, est le principal problème. C'est ainsi qu'ils ont bricolé sur les bords sans modifier l'accès de manière significative. J'ai donc eu l'impression que le gouvernement, après 2015, aimait prétendre qu'il avait réglé les choses sans rien régler en réalité.

Le principal obstacle financier, et permanent, résultant du Règlement 84-20 identifié par les personnes participantes est l'absence de financement gouvernemental pour les avortements pratiqués dans les cliniques Morgentaler et la Clinique 554. Au moment de sa fermeture en 2014, la clinique Morgentaler facturait 700 à 850 dollars pour chaque avortement en fonction de l'âge gestationnel, tout en s'engageant à ne refuser aucune personne ayant besoin d'un avortement, même si elle n'était pas en mesure de le payer. En conséquence, la clinique Morgentaler fonctionnait avec une perte d'environ 10 000

⁸⁷ *General Regulation - Medical Services Payment Act*, NB Reg 1989-84-20, sched 2, s. 2.01(b) (a.1).

dollars par an, que les cliniques Morgentaler de Toronto et de Montréal subventionnaient. Malgré ces subventions, de nombreuses bénéficiaires ont payé de leur poche.

Lorsque le Dr Edgar a acheté le bâtiment de la clinique Morgentaler et a ouvert un cabinet de médecine familiale proposant également des avortements en 2015, il a pratiqué les mêmes tarifs que la clinique Morgentaler malgré l'augmentation des coûts. La Clinique 554 a également poursuivi la pratique de la clinique Morgentaler consistant à ne pas refuser les personnes en fonction de leur capacité à payer. Le personnel de la clinique a aidé les bénéficiaires qui n'avaient pas les moyens de payer l'intégralité des frais à remplir les documents nécessaires pour demander des subventions. Le personnel de la clinique était également connu pour donner de son temps dans certains cas où la patiente ne pouvait pas payer et où la clinique payait déjà des coûts. En raison du règlement 84-20, les avortements pratiqués à la Clinique 554 ne répondent pas à notre définition de l'accès effectif, car ils ne sont gratuits que pour certaines bénéficiaires et uniquement grâce à des efforts extraordinaires et, en fin de compte, non viables. Cependant, le règlement 84-20 signifie également que les soins d'avortement ne sont pas nécessairement gratuits dans les hôpitaux désignés. En effet, le règlement 84-20 exclut également d'autres services auxiliaires pertinents, notamment les suivants :

(b) les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;

(m) les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;

(y) la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé

Le règlement 84-20 a pour effet non seulement d'exclure les avortements chirurgicaux de la couverture de l'Assurance-maladie, mais aussi d'entraîner des coûts pour les personnes qui accèdent à des services d'avortement chirurgical, en passant par un hôpital ou par la Clinique 554.

En outre, dans le cas des avortements chirurgicaux pratiqués dans les hôpitaux désignés, toute personne ne disposant pas d'une carte d'Assurance-maladie doit s'acquitter d'une redevance, et les analyses de sang et les échographies pratiquées dans une clinique ne sont pas prises en charge. Le coût d'un avortement à l'hôpital pour toute personne ne bénéficiant pas d'une assurance-maladie est nettement plus élevé que le coût d'un avortement en clinique. Le tarif du Moncton Family Planning Clinic est de 2 770 \$, dont 180 \$ doivent être payés le jour de l'intervention pour couvrir les honoraires du médecin.

Paradoxalement, les personnes participantes ont également indiqué que le fait de réunir les fonds nécessaires à un avortement peut entrer en concurrence avec la capacité à payer le coût des soins contraceptifs.

Si l'on examine la question du paiement sous un autre angle, l'un des indicateurs les plus évidents de l'existence de barrières à l'accès est le montant dépensé par les personnes pour leur avortement dans les cliniques au fil des ans. Cela dit, l'écart est invisible dans les données officielles. Les avortements chirurgicaux n'étant pas couverts par l'Assurance-maladie, le gouvernement n'inclut dans ses données ni les avortements chirurgicaux ni les avortements médicaux pratiqués à la Clinique 554.

De 2015 à 2021, plus de 93% des personnes ont contribué financièrement à leur avortement chirurgical à la Clinique 554. Ensemble, ces paiements totaux et partiels s'élèvent à 640 430 \$. De ce montant, 549 530 \$ ont été payés par des personnes ayant déclaré vivre au Nouveau-Brunswick. Cela exclut 132 personnes qui n'ont pas communiqué d'adresse à la Clinique 554, ce qui signifie que ces avortements ont pu être pratiqués sur des personnes vivant à l'intérieur ou à l'extérieur du Nouveau-Brunswick. Près de 12 % des personnes ont eu recours à un travail pro bono pour accéder à l'avortement. La Clinique 554 a fourni 52 245 \$ de travail pro bono entre 2015 et 2022 pour assurer le maintien de l'accès à l'avortement. Pour chaque personne ayant eu besoin d'une aide pro bono, la clinique a fourni en moyenne 439,03 \$.

On peut se demander pourquoi les bénéficiaires choisiraient d'accéder à des soins d'avortement dans une clinique où elles doivent payer plutôt que d'accéder à un service financé dans un hôpital. La réponse réside dans la certitude et la rapidité de l'accès aux soins d'avortement en clinique. Une comparaison entre les données du rapport Badgley de 1975 et les données sanitaires de 2017 montre que la plupart des avortements en milieu hospitalier sont pratiqués entre neuf et douze semaines. Il est choquant de constater que le calendrier des procédures d'avortement chirurgical en milieu hospitalier est fondamentalement inchangé malgré l'invalidation du régime CAT sur la base d'un délai inconstitutionnel.^{88 89}

Et nous n'avons même pas abordé la question des personnes qui n'ont pas de carte de santé. Que faisons-nous pour les personnes qui n'ont pas de carte de santé ? Et pourquoi ne méritent-elles pas autant d'attention de notre part ? Pourquoi cette question n'est-elle pas au centre des préoccupations ? Dans notre travail de défenseurs de la reproduction, cela devrait vraiment être le cas. Parce que ces personnes bénéficient de services financés par l'État et qu'elles les paient de leur poche, ce qui n'est ni éthique ni responsable sur le plan fiscal.

La Clinique 554 est alors leur seul espoir, car il faut payer des milliers et des milliers de dollars pour que l'opération soit effectuée à l'hôpital. C'est un obstacle de taille. Je suppose que pour Higgs, il s'agit d'un petit pourcentage de personnes, mais il s'agit tout de même de la vie d'une personne, vous savez ?

⁸⁸ Committee on the Operation of the Abortion Law, "Canada. Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law, (Ottawa: Ministry of Supplies and Services, 1977) (Chair: Robin Badgley)" (Ottawa: Ministry of Supplies and Services, January 1977), Bora Laskin Law Library, University of Toronto, 147., https://library.law.utoronto.ca/whrr/Badgley_Report

⁸⁹Canadian Institute for Health Information (CIHI), "Induced Abortions Reported in Canada in 2017," Access Data and Report, n.d., <https://www.cihi.ca/en/search?query=induced+abortions>. n.b. Les données de 2017 ont été ajustées pour répartir proportionnellement les avortements d'âge gestationnel "inconnu".

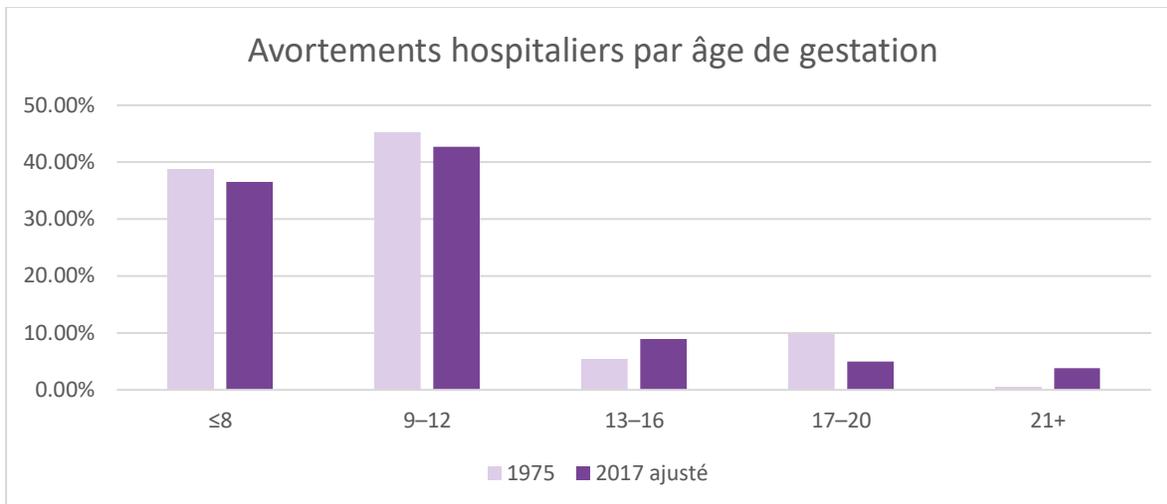


Figure 1

Il est surprenant de constater que l'annulation du système CAT n'a pas entraîné une réduction des délais de prise en charge des avortements à l'hôpital. Il est important de noter que la situation des bénéficiaires en ce qui concerne les risques pour la santé liés aux retards n'a pas changé, mais que ni le système médical ni le système juridique ne sont motivés pour se pencher sur le problème.

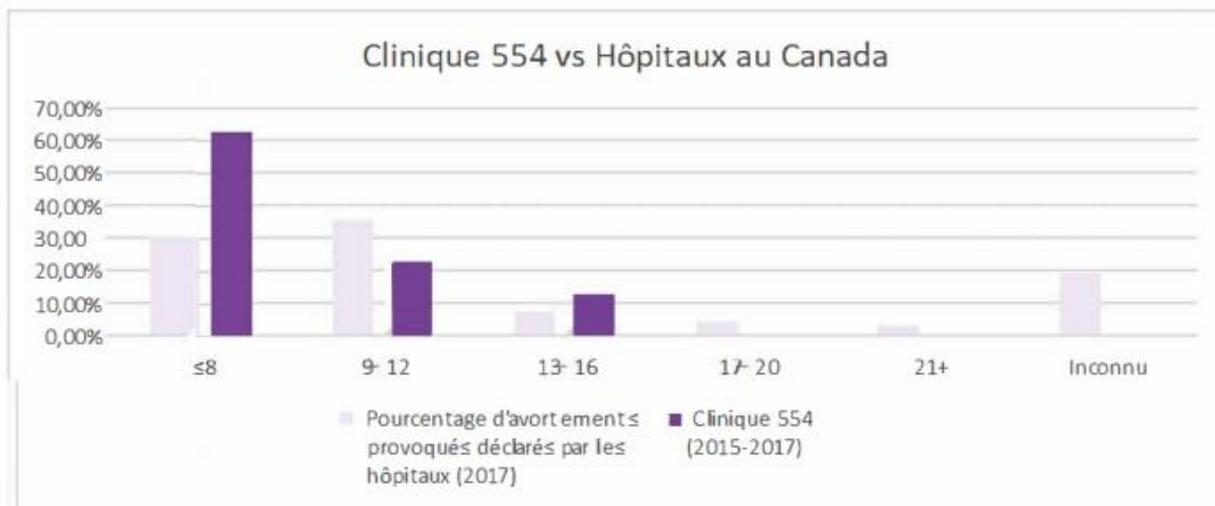


Figure 2

En revanche, nos données montrent que les avortements pratiqués à la Clinique 554 ont lieu beaucoup plus tôt dans la grossesse que les avortements pratiqués dans le système hospitalier canadien. Plus de 60 % des procédures sont effectuées avant 9 semaines, contre environ 30 % dans les hôpitaux canadiens. Nous concluons que le règlement 84-20 souffre du même vice constitutionnel que celui qui a conduit à l'annulation du régime du CAT : il entraîne un retard administratif. Le fait d'éviter ce retard et les conséquences sanitaires et psychologiques inévitables qui en découlent sont une motivation clé pour accéder aux avortements en clinique. Les bénéficiaires du Nouveau-Brunswick et les

fournisseurs de cliniques ont payé la facture pour un accès rapide et certain à l'avortement.

MOYENS DE PAIEMENT DES BÉNÉFICIAIRES

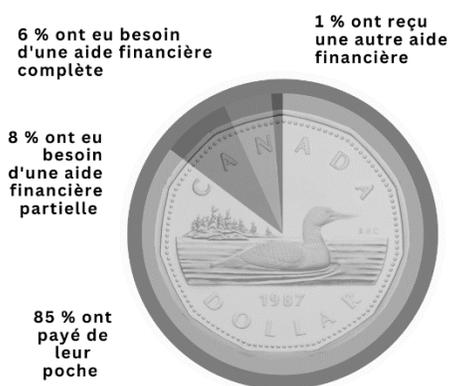


Figure 3

RÉPARTITION DES COÛTS MOYENS

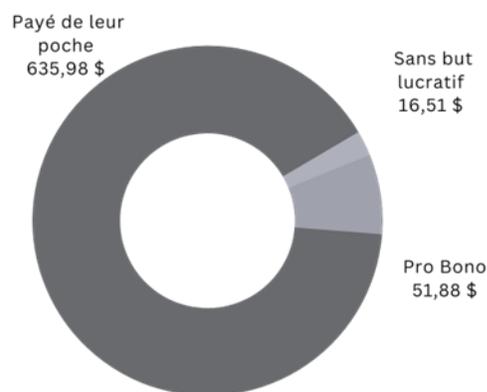


Figure 4

Comme nous l'avons vu, les obstacles peuvent résulter de l'inaction ou de l'action du gouvernement. Pendant de nombreuses années, des manifestations non réglementées ont créé des obstacles à l'accès aux soins en matière d'avortement. Les personnes participantes savaient que d'autres juridictions avaient pris davantage de mesures pour protéger la vie privée et l'absence de harcèlement des personnes accédant aux soins liés à l'avortement. Une participante a expliqué que bien qu'il y ait des manifestants en Nouvelle-Écosse, il existe une législation provinciale qui régit la distance à laquelle les manifestants doivent se trouver des hôpitaux et des cliniques qui fournissent des soins en matière d'avortement. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a refusé d'instaurer une zone de protection⁹⁰ similaire autour de la clinique Morgentaler ou de la Clinique 554. Au lieu de cela, New Brunswick Right to Life a pu établir un "Centre de soins pour femmes" au 562 Brunswick Street, juste à côté de la clinique Morgentaler à Fredericton. En l'absence d'une zone tampon, un groupe de manifestants antiavortement affilié au Centre de soins pour femmes avait toute latitude pour harceler les bénéficiaires, les personnes qui les soutiennent et les prestataires de soins les jours où des avortements étaient pratiqués à la clinique Morgentaler.

⁹⁰ Abortion Rights Coalition of Canada (ARCC), "Safe Access Zone Laws and Court Injunctions in Canada (to Protect Abortion Access)," Abortion Rights Coalition of Canada, August 22, 2022, <https://www.arcc-cdac.ca/media/2020/06/Bubble-Zones-Court-Injunctions-in-Canada.pdf>.

[Des bénéficiaires] y sont passés par erreur, et c'est vraiment horrible, parce qu'ils vous enferment dans une pièce et vous montrent des vidéos affreuses.

Certaines protections ont été mises en place, mais pas par le gouvernement provincial. En 2017, un juge a émis une injonction permanente pour empêcher les manifestations anti-choix devant l'hôpital de Bathurst.⁹¹ Pendant la pandémie de la COVID-19, le Parlement a adopté le projet de loi C-3⁹² pour empêcher les manifestants d'entraver les efforts de vaccination. Les nouvelles infractions d'intimidation, d'interférence ou d'obstruction à l'égard d'établissements de soins de santé ont effectivement rendu illégale la manifestation devant la Clinique 554 d'une manière qui intimide, interfère ou obstrue. On peut dire que l'aide fédérale est arrivée trop tard. Lorsque le projet de loi C-3 a été promulgué, les manifestations sur le site de la clinique avaient cessé.

Les manifestations contre l'avortement sont financées en partie par le gouvernement fédéral. Droit à la vie au Nouveau-Brunswick est un organisme de bienfaisance enregistré auprès de l'ARC et, par conséquent, conformément à la loi fédérale, ne paie pas d'impôt, mais est en mesure de délivrer des quittances de bienfaisance pour les dons.⁹³ Cela équivaut à un soutien financier public à des manifestations qui sont maintenant criminalisées. Comme indiqué, à l'heure actuelle, la question semble sans objet, mais cela peut bien sûr changer à nouveau.

Pour certaines personnes, les obstacles à l'accès à un avortement subventionné sont liés à l'administration de l'Assurance-maladie plutôt qu'aux lois et règlements. Les personnes participantes ont souligné les problèmes de documentation pour une partie de la population et ont fait valoir que le fait de lier le service aux hôpitaux était un défi pour les personnes, en particulier compte tenu du fait qu'il y a un délai minimum de quatre à six semaines pour le traitement des demandes auprès de l'Assurance-maladie.⁹⁴

Les personnes qui ont demandé une carte d'Assurance-maladie et qui ne l'ont pas encore reçue, celles qui viennent de l'étranger, les nouveaux arrivants qui attendent leur carte

Les personnes participantes ont souligné la précarité des soins liés à l'avortement en raison de la pénurie générale de services de santé dans la province, qui entraîne des retards dans un domaine des soins de santé où les délais sont très serrés. Seize personnes participantes ont souligné qu'il y a une crise générale des soins de santé dans la province en raison d'une pénurie de médecins et d'infirmières, ce qui augmente les délais pour toutes les procédures médicales. Cette situation est particulièrement problématique

⁹¹ *Regional Health Authority A (Vitalité Health Network) v Godin*, 2017 NBQB 93 (CanLII).

⁹² *Ibid.*

⁹³ Abortion Rights Coalition of Canada (ARCC), "Position Paper #80. Why Anti-Choice Groups Should Not Have Charitable Tax Status," 2023, <https://www.arcc-cdac.ca/media/position-papers/80-Charitable-Tax-Status.pdf>.

⁹⁴ Government of New Brunswick, "Medicare," Health, accessed October 24, 2023, <https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/Medicare.html>.

lorsqu'il s'agit de respecter les limites d'âge gestationnel pour les avortements médicaux et chirurgicaux. Une participante a noté que le Nouveau-Brunswick propose des avortements à un âge gestationnel très limité par rapport à d'autres régions du Canada. Les limites d'âge gestationnel ne sont pas le résultat de restrictions réglementaires, mais sont plutôt mises en œuvre par les politiques des hôpitaux. Ces obstacles soulignent l'importance de passer de l'examen des lois et des règlements à celui des politiques et des pratiques.

4.3 Avortements médicaux

Pendant la période d'exploitation de la Clinique 554 en tant que cabinet de médecine familiale et clinique d'avortement, un changement attendu depuis longtemps s'est produit au niveau fédéral. Santé Canada a approuvé l'avortement médical par Mifegymiso en juillet 2015, après un processus d'examen de trois ans, et la distribution a commencé en janvier 2017. Rappelons que ce médicament a été mis au point en France et approuvé dans ce pays en 1988, mais qu'il est resté indisponible en Amérique du Nord jusqu'à ce que la FDA l'approuve aux États-Unis en 2000. Au Canada il a fallu attendre 15 ans de plus pour l'approuver, et les normes cliniques au Canada continuent d'évoluer.

En juillet 2017,⁹⁵ le Nouveau-Brunswick a été la première province du pays à annoncer que le programme d'avortement médical ⁹⁶ couvrirait l'intégralité du coût de Mifegymiso pour toute personne résident au Nouveau-Brunswick possédant une carte d'Assurance-maladie valide et une ordonnance.⁹⁷ ⁹⁸ Il n'y a pas de copaiement ou de frais, et les pharmacies communautaires du Nouveau-Brunswick ou de l'extérieur qui s'inscrivent peuvent remplir le formulaire. Ces pharmacies facturent ensuite directement le ministère de la Santé pour le remboursement.

L'avortement médical a été largement anticipé comme un élément clé pour combler les lacunes en matière d'accès au Canada, en particulier dans les zones rurales et éloignées. Les premières études soutiennent l'idée que l'avortement médical a le potentiel d'améliorer l'accès, mais notent également qu'il est loin d'être une panacée. Notre examen des données quantitatives disponibles n'a pas apporté de réponses concluantes à certaines questions clés: combien d'avortements médicaux sont pratiqués chaque année dans la province? Quel est leur taux de réussite? Quel a été l'impact de la disponibilité des avortements médicaux sur le nombre d'avortements chirurgicaux? Comment les nouvelles exigences de Santé Canada et l'évolution des protocoles cliniques ont-elles affecté l'offre et l'accessibilité des avortements médicaux ? Le nombre total d'avortements

⁹⁵ MacKinnon, "Abortion Pill Now Available for Free to Women in New Brunswick."

⁹⁶ Government of New Brunswick: Department of Health, Pharmaceutical Services, "Medical Abortion Program Policy (Plan J)" (Government of New Brunswick, November 19, 2019), https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/policymanual-manuelpolitiques/Medical-Abortion-Program_Plan-J.pdf.

⁹⁷ Canadian Press, "N.B. to Provide Abortion Pill Mifegymiso Free of Charge," *Atlantic*, April 4, 2017, <https://atlantic.ctvnews.ca/n-b-to-provide-abortion-pill-mifegymiso-free-of-charge-1.3354427?cache=yes%3FautoPlay%3Dtrue%3FclipId%3D89530%3Fot%3DAjaxLayout>.

⁹⁸ South, "New Brunswick Makes Medical Abortion Pill Free to Patients with Medicare Card."

au Nouveau-Brunswick a-t-il changé? Comment la pandémie a-t-elle affecté les besoins en matière de soins d'avortement?

Il est également nécessaire de comprendre pourquoi les bénéficiaires ont recours à un avortement médical ou chirurgical. La réponse à cette question ne viendra pas des statistiques. Notre étude donne un aperçu de certaines des raisons et des contraintes. Elles sont abordées ci-dessous, après une discussion sur les données quantitatives.

Voici ce que montrent les données disponibles: le ministère de la Santé a suivi le nombre de demandes de remboursement de Mifegymiso sur son site web.⁹⁹



Programme d'avortement médical du Nouveau-Brunswick Demandes de remboursement pour Mifegymiso

	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
Nbre de demandes	736	724	828	448
Total payé	246 327,02\$	242 201,03\$	277 315,06\$	150 070,31\$

Remarque : les données de l'année en cours sont mises à jour 90 jours après la fin du trimestre précédent.

Figure 3

Les données provinciales présentent certaines limites. Elles sont présentées par année fiscale et non par année civile comme le veut la norme nationale, ce qui rend les comparaisons difficiles. Les données de l'ICIS incluent les avortements médicaux, mais ne publient pas de données provinciales par méthode. Il y a donc inévitablement des retards dans les données. En outre, on ne sait pas exactement combien de doses ont été administrées dans les salles d'urgence des hôpitaux ou dans les cliniques de planification familiale des hôpitaux, par rapport au nombre de doses délivrées sur ordonnance.

En outre, Mifegymiso est également prescrit aux bénéficiaires qui font une fausse couche spontanée incomplète. Il n'est pas clair si les données provinciales incluent ces prescriptions, et si elles ne le font pas, par quel mécanisme le ministère de la Santé fait la distinction entre les prescriptions pour ces différentes raisons. Enfin, ce tableau ne montre pas combien de bénéficiaires ont utilisé leur ordonnance ni quel était le taux d'efficacité au Nouveau-Brunswick. Ces deux derniers points sont liés. Étant donné que les avortements médicaux sont indiqués au cours du premier trimestre, il est possible qu'un nombre important de personnes qui obtiennent une ordonnance pour un

⁹⁹ Government of New Brunswick, "Programme d'avortement médical du Nouveau-Brunswick Demandes de remboursement pour Mifegymiso 2019-20 à 2022-23," accessed October 24, 2023, https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/avortement/demandes_mifegymiso.pdf

avortement médical n'y aient finalement pas recours. En effet, un petit nombre de personnes subiront un avortement chirurgical après avoir tenté un avortement médical,¹⁰⁰ certaines feront des fausses couches spontanées et certaines pourront changer d'avis. En bref, bien que nous sachions, grâce aux données provinciales, combien de prescriptions sont remplies et payées par la province, il s'agit d'une approximation très imparfaite du taux d'avortements médicaux dans la province.

Les données fédérales sont fournies par l'ICIS. Pour les années concernées, les données actuellement disponibles fournissent deux ensembles d'informations qui peuvent contribuer à une analyse de l'avortement médical au Nouveau-Brunswick.

Table 1

Année	Nombre d'avortements provoqués déclarés par les hôpitaux	Nombre d'avortements provoqués déclarés par les cliniques (à partir de 2021 : par les établissements non hospitaliers)	Total
2014	528	0	528
2015	676	0	676
2016	827	0	827
2017	699	0	699
2018	507	99	606
2019	431	98	529
2020	495	0	495
2021	754	141	895

Il convient de noter que ce tableau inclut tous les avortements pratiqués au cours des années considérées, y compris toutes les méthodes d'avortement disponibles à l'époque. Les données relatives aux cliniques pour les années 2014 à 2020 sont inexistantes ou incomplètes. En d'autres termes, les zéros ne signifient pas qu'aucun avortement n'a été pratiqué dans une clinique. Ils indiquent plutôt qu'aucun avortement en clinique n'a été déclaré à l'ICIS de 2014 à 2017 ainsi qu'en 2020. De plus, nos données montrent que seuls certains avortements en clinique ont été déclarés à l'ICIS en 2018 et 2019.

Notre recherche peut combler certaines des lacunes des données fédérales en ajoutant ou en corrigeant les informations dérivées de notre examen des données de la clientèle de la

¹⁰⁰ Sheila Dunn and Rebecca Cook, "Medical Abortion in Canada: Behind the Times," *CMAJ* 186, no. 1 (2014): 13–14, <https://doi.org/10.1503/cmaj.131320>.

Clinique 554. Il convient de noter que les données de la Clinique 554 ne représentent que les avortements chirurgicaux.

Table 2

Année	Nombre d'avortements provoqués déclarés par les hôpitaux	Nombre d'avortements chirurgicaux dans l'étude actuelle de la Clinique 554	Total précédent	Total corrigé
2014	528	s/o	528	528
2015	676	217	676	893
2016	827	233	827	1 060
2017	699	218	699	917
2018	507	112	606	619
2019	431	111	529	542
2020	495	81	495	576

La deuxième donnée pertinente de l'ICIS concerne le nombre et le ratio de répartition entre avortements médicaux et avortements chirurgicaux. Elles ne sont publiées qu'au niveau national, sans être détaillées par province, et les données ne portent que sur une année, puisque la première année de déclaration des avortements médicaux utilisant Mifegymiso est 2021.

Table 3

Méthode d'avortement			Nombre d'avortements provoqués	Pourcentage d'avortements provoqués
Chirurgical			55 073	63,1 %
Médical			32 234	36,9 %
Total			87 307	100,0 %

Selon les notes de source de ce tableau de données, les chiffres comprennent les cliniques qui fournissent des services d'avortement au Nouveau-Brunswick. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des données provinciales distinctes pour le Nouveau-Brunswick.

Pendant les années d'exploitation de la clinique Morgentaler, les avortements déclarés par les hôpitaux et les cliniques au Nouveau-Brunswick ont été assez stables, soit entre 1 036 et 1 104 avortements par année. L'année de sa fermeture, la clinique Morgentaler n'a

pas déclaré les interventions de 2014 à l'ICIS. Nos recherches n'ont pas permis d'identifier une raison pour laquelle le besoin d'avortements aurait été moindre entre 2014 et les six premiers mois de 2017, c'est-à-dire la période qui a suivi la fermeture de la clinique Morgentaler et l'arrivée de Mifegymiso au Nouveau-Brunswick. Les chiffres de 2014 doivent être considérés comme une anomalie.

À partir de l'ouverture de la Clinique 554, les chiffres sont revenus dans la fourchette attendue, 2016 apparaissant comme une année "normale" dans l'histoire des soins d'avortement dans la province. 2018 marque la première année de baisse des avortements déclarés. Cela est probablement attribuable à une augmentation des avortements médicaux qui ne semblent pas apparaître dans les données de l'ICIS du Nouveau-Brunswick avant 2021. Il convient toutefois de noter que les chiffres de 2018 déclarés par les hôpitaux pourraient avoir inclus certains avortements médicaux, selon la méthodologie de l'ICIS.

Pour 2020 et 2021, il est possible d'utiliser les chiffres fournis par la province pour estimer le nombre d'ordonnances exécutées pour Mifegymiso au Nouveau-Brunswick, en supposant une répartition uniforme sur l'année civile. Cela donnerait environ 727 ordonnances exécutées en 2020 et 802 en 2021. Pour les raisons discutées, ces chiffres surestiment probablement le nombre d'avortements médicaux au Nouveau-Brunswick. Le total des avortements hospitaliers déclarés et des ordonnances exécutées en 2020 serait de 1 303. En 2021, le total serait de 1697.

Nous ne sommes pas convaincus que les données disponibles sur Mifegymiso soient suffisamment claires ou solides pour permettre de tirer des conclusions sur le nombre d'avortements médicaux individuels pratiqués au Nouveau-Brunswick et, par conséquent, sur le nombre total d'avortements au Nouveau-Brunswick. Une chercheuse a fourni aux médias des chiffres qui semblent suggérer que l'utilisation de Mifegymiso au Nouveau-Brunswick est beaucoup plus élevée que la moyenne canadienne. Nous n'avons pas été en mesure de vérifier de manière indépendante les données fournies par la chercheuse. Si elles sont exactes, elles soulèvent des questions sur les raisons de cette différence. Pourquoi les personnes du Nouveau-Brunswick ont-elles accès à des avortements médicaux deux fois plus élevés que la moyenne nationale ? Nous concluons qu'il n'est pas possible d'être certain du taux d'avortements médicaux au Nouveau-Brunswick. Nous avons besoin de plus de données sur le nombre de personnes qui ont recours à l'avortement médical. S'il s'avère en effet que les personnes habitant au Nouveau-Brunswick ont un taux d'accès beaucoup plus élevé, il serait important de comprendre s'il s'agit d'un indicateur des obstacles à l'accès à l'avortement chirurgical, s'il reflète le choix des bénéficiaires ou s'il a d'autres raisons.

Pour mieux comprendre l'accès à l'avortement médical, nous nous sommes renseignés sur la disponibilité et l'accessibilité de Mifegymiso dans un échantillon de vingt pharmacies, grandes ou petites, franchisées ou indépendantes. Seul 1/5 de l'échantillon (4/20) avait Mifegymiso en stock. Une pharmacie a indiqué qu'elle le stockait habituellement, mais qu'elle n'en avait plus. Les grandes pharmacies et celles qui desservent une population plus jeune, par exemple sur un campus postsecondaire, l'ont généralement en stock. Ce n'est peut-être pas le cas des petits magasins. La plupart des pharmacies ont indiqué qu'elles pouvaient le commander et l'avoir pour le lendemain. Quelques pharmacies ont répondu de manière peu constructive à notre demande,

indiquant qu'elles n'avaient pas le médicament en stock et n'ont pas proposé de le rechercher ou de faire des suggestions. En revanche, plusieurs autres pharmacies se sont montrées ouvertes et serviables. Nous nous sommes également renseignés sur le prix du médicament pour une personne sans carte d'Assurance-maladie ni assurance. Le prix indiqué allait de "quelques centaines de dollars" à 400 ou 500 dollars selon certaines estimations, et se réduisait à 325 ou 340 dollars pour les pharmaciens qui ont vérifié le prix en réponse à notre demande. Toutes les pharmacies savaient ou ont vérifié que le médicament devait être prescrit par un médecin, bien que les informations fournies sur la nécessité de procéder à des échographies et à des analyses de sang pour avoir accès à la mifépristone n'aient pas été uniformes. Nous concluons que Mifegymiso est disponible au Nouveau-Brunswick, mais que l'on pourrait faire davantage pour améliorer l'accès à un médicament qui a, sans aucun doute, élargi l'accès à l'avortement dans toute la province et dans tout le pays.

Malgré l'amélioration de l'accès à l'avortement offerte par Mifegymiso, plus d'une participante a estimé que l'avortement médical avait été trop promis comme solution aux problèmes d'accès. Onze personnes interrogées ont évoqué les obstacles à l'avortement médical en réponse à l'idée que la couverture provinciale de Mifegymiso répondait de manière adéquate aux retards d'accès, et nous avons entendu qu'il peut y avoir des défis associés à la fois à l'accès à l'avortement médical et à l'expérience de l'avortement médical.

Les préoccupations en matière d'accès comprenaient la nécessité de prendre plusieurs rendez-vous médicaux, les coûts annexes des avortements médicaux (tels que le coût des médicaments contre la douleur), ainsi qu'une information inadéquate sur la procédure à suivre pour passer par un avortement médical.

Selon les informations fournies par les autorités sanitaires du Nouveau-Brunswick, les avortements médicaux peuvent nécessiter plusieurs rendez-vous avant et après la prescription. Ces rendez-vous peuvent comprendre des analyses de sang, un rendez-vous pour obtenir une ordonnance et d'autres analyses de sang après la fin du traitement pour s'assurer que la grossesse a bien été interrompue. Ces rendez-vous supplémentaires peuvent peser sur un système de santé déjà surchargé. Des recherches sont en cours sur l'utilisation de tests de grossesse pour évaluer la complétude d'un avortement médical;¹⁰¹ cependant, les tests de grossesse représentent un autre coût accessoire aux soins d'avortement et, s'ils sont utilisés de cette manière, ils devraient être fournis gratuitement avec une prescription de Mifegymiso.

Sur la question des frais annexes et de l'Assurance-maladie, une participante a fait remarquer que les bénéficiaires auront besoin de fournitures supplémentaires au cours du processus qui ne sont pas couvertes par l'Assurance-maladie.

Médicament avortement ... la seule chose que le gouvernement paie est la pilule abortive. ... si vous avez besoin de Gravol, vous devez l'acheter. Si vous avez besoin d'Advil et de Tylenol, ce qui est le cas de tout être humain, vous devez les acheter. Si tu es anxieuse et que tu as besoin d'Ativan ou d'autre chose, tu dois

¹⁰¹ Allison Gilbert et al., "At-Home Urine Pregnancy Test Assessment after Mifepristone and misoprostol for Undesired Pregnancy of Unknown Location," *Contraception* 120 (2023): 109955, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.109955>.

l'acheter. Si vous souffrez beaucoup et que vous avez besoin de fentanyl et de T3 (Tylenol 3), vous devez l'acheter. La prise en charge des symptômes de l'avortement n'est donc pas incluse dans le "financement" par le gouvernement, financement entre guillemets, d'un avortement médical.

Selon la page web du gouvernement, les bénéficiaires peuvent obtenir des informations sur les avortements médicaux auprès de leur médecin traitant, de l'une des trois cliniques de planification familiale de Moncton et de Bathurst, en appelant Télé-Soins 8-1-1¹⁰² ou en consultant la page web "Avortement" de Vitalité.¹⁰³ Les sites des autorités sanitaires fournissent le numéro de contact et le site web de la Clinique 554 comme sources d'information sur une prescription, mais aucune de ces sources web ne répertorie les prescripteurs ou les pharmacies qui stockent le médicament. Les personnes qui prennent ce médicament ne savent peut-être pas que le processus d'avortement peut prendre plusieurs jours et que des analyses de sang peuvent être nécessaires pour s'assurer de son efficacité.

Les personnes peuvent également ne pas être suffisamment préparées aux effets d'un avortement médical, qui, selon nos personnes participantes, peut être un processus très sanglant et douloureux en fonction de l'état d'avancement de la grossesse. Il arrive que des personnes se retrouvent à l'hôpital parce qu'elles pensent que quelque chose s'est mal passé. Une histoire particulièrement poignante nous a été racontée : la patiente s'était vu prescrire trois fois du Mifegymiso au lieu d'être orientée vers un avortement chirurgical et s'est retrouvée avec une infection plus grave.

Une participante nous a dit qu'il y a eu un nombre important de cas où des personnes ont demandé un avortement chirurgical à cause d'un "avortement raté". D'autres personnes

ont demandé de l'aide à la Clinique 554 spécifiquement parce qu'elles avaient eu une expérience négative avec un avortement médical dans le passé ou s'étaient présentées au service des urgences de l'hôpital en raison de l'intensité de la douleur et des saignements. Nos personnes participantes ont conclu qu'il y aura toujours un besoin d'avortements chirurgicaux parce que tout le monde ne se rendra pas compte qu'il a une grossesse non désirée dans les neuf semaines, et qu'un avortement médical n'est pas toujours une option viable pour les personnes qui ont d'autres problèmes de santé.

La prise en charge de l'avortement médical ne se substitue pas à la prise en charge de l'avortement chirurgical.

¹⁰² Government of New Brunswick, "Medical Abortion Program - Q&A," June 20, 2017, https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/MedicarePrescriptionDrugPlan/NBDrugPlan/ForHealthCareProfessionals/medical_abortion_program_qa.html.

¹⁰³ Vitalité Health Network, "Abortion," accessed September 18, 2023, <https://www.vitalitenb.ca/en/points-service/sexual-health/pregnancy/unplanned-pregnancy/abortion>.

Enfin, les personnes participantes ont fait remarquer qu'en l'absence d'accès aux avortements chirurgicaux, la décision de recourir à un avortement médical n'est pas entièrement volontaire. Limiter l'accès aux avortements chirurgicaux financés à quelques hôpitaux désignés empêche les personnes d'accéder au type de soins qu'elles souhaitent et dont elles ont besoin au moment où elles le souhaitent. Lorsque les personnes ne peuvent pas surmonter les obstacles à l'accès à un avortement chirurgical, l'avortement médical ne peut pas être considéré comme un véritable "choix". Selon nos personnes participantes, cela affecte davantage les personnes à faibles revenus. Les personnes participantes ont exprimé la crainte que l'avortement médical soit la seule option viable pour certaines personnes qui n'ont pas les moyens économiques de se déplacer et de s'absenter de leur travail, non pas parce qu'il s'agit de l'option la plus appropriée, mais parce qu'il s'agit de la seule option abordable.

Bien que l'accès à l'avortement médical puisse résoudre certains des problèmes liés à la confidentialité, à l'arrêt de travail, à l'organisation de la garde des enfants, aux frais de déplacement et au temps, il a également pour effet de privatiser la charge des soins liés à l'avortement au profit de la personne et d'éloigner encore davantage la conversation sur l'avortement de la sphère publique.

4.4 Lacunes en matière d'information

Un thème récurrent parmi nos personnes participantes est le manque d'information fiable et digne de confiance sur les soins liés à l'avortement. Les personnes participantes ont souligné que cette situation n'était pas nouvelle et que la rareté des informations fiables, combinée aux efforts des mouvements antiavortement pour intimider les demandeurs et les prestataires d'avortement, diffuser des informations erronées et perpétuer la stigmatisation, était considérée comme un obstacle de longue date à l'accès à l'avortement dans la province. Nos personnes participantes ont estimé qu'une des conséquences de la suppression des informations sur l'avortement est que les personnes ne peuvent pas accéder aux soins dont elles ont besoin. Lorsque les personnes n'ont pas de prestataire de soins primaires ou ne sont pas en mesure d'obtenir des conseils utiles de la part de leur prestataire de soins de santé, elles doivent faire leurs propres recherches, généralement en ligne. Cela peut s'avérer difficile, car, comme l'a expliqué une personne interrogée, les gens ne savent pas toujours où chercher, qui appeler ou quoi demander. Lorsque les gens sont paniqués par leur situation, il peut leur être difficile d'effectuer des recherches et de traiter les informations concernant les endroits où passer, ce qu'il faut faire et le nombre de rendez-vous nécessaires.

Lorsqu'on leur a demandé où trouver des informations, les personnes participantes ont le plus souvent recommandé d'appeler la Clinique 554 pour obtenir des informations non moralisatrices, précises et complètes sur toutes les options. Certaines personnes participantes ont mentionné d'appeler les hôpitaux où les services d'avortement sont fournis, leur médecin s'il y en a un, ou les cliniques locales sans rendez-vous. Plusieurs personnes participantes ont indiqué que la recherche en ligne était l'approche la plus utile et que des informations sur les avortements médicaux et chirurgicaux étaient disponibles sur la page FAQ de la Clinique 554 et sur le site RJNB.org. Ces données suggèrent que les personnes doivent compter sur leur propre capacité à rechercher et à comprendre les informations sur le paysage des soins d'avortement dans la province afin d'accéder à ce service. Bien que des groupes populaires comme MyChoiceNB et Justice reproductive

Nouveau-Brunswick soient engagés dans des efforts continus pour améliorer les connaissances sur où, comment et quand accéder aux soins d'avortement au Nouveau-Brunswick, le manque d'information sur la santé publique crée un fardeau considérable pour les personnes enceintes qui doivent se renseigner sur les différents points d'accès et s'y retrouver par elles-mêmes, surtout si elles n'ont pas de fournisseur de soins primaires ou de personne avec qui il est sécuritaire de parler de l'avortement.

Le fardeau que représente la recherche d'informations pour les bénéficiaires soulève la question de la littératie en matière de santé au Nouveau-Brunswick. Un rapport publié en 2008 par l'Association canadienne de santé publique a démontré que le niveau de littératie en matière de santé était faible au Canada, et que le Nouveau-Brunswick présentait l'un des taux de littératie en matière de santé les plus bas du pays.¹⁰⁴ Bien qu'il s'agisse d'une étude ancienne, ce rapport a mis en évidence le faible niveau de littératie en matière de santé au sein des communautés structurellement marginalisées, notamment les nouveaux arrivants, les personnes handicapées et les adultes plus âgés. Étant donné la relation entre la littératie en matière de santé et les résultats en matière de santé, l'accès à des informations fiables et facilement compréhensibles est essentiel. En outre, comme nous le verrons plus loin, les informations sur l'avortement fournies par le gouvernement du Nouveau-Brunswick ne sont pas rédigées dans un langage clair, ce qui crée des obstacles supplémentaires à la compréhension, en particulier dans une province où 1/5 des adultes ont un taux d'alphabétisation inférieur à la moyenne nationale. Au-delà de la littératie en santé, la langue est un obstacle à l'accès, les personnes participantes francophones signalant qu'elles doivent choisir entre des soins en temps opportun et des soins en français. Une participante a déclaré:

C'est très difficile d'avoir accès à des soins dans sa propre langue. C'est aussi ce que nous disent souvent... Soit elles doivent choisir, eh bien, d'avoir un avortement ou un autre service de santé sexuelle et reproductive en anglais, soit, eh bien, elles doivent attendre. Mais pour l'avortement, par exemple, on ne peut pas attendre, et pour l'accouchement, on ne peut pas attendre.

Une autre s'est inquiétée de l'accès à des niveaux de soins égaux lorsque la possibilité d'exercer les droits linguistiques n'est pas disponible.

Il y a beaucoup d'études qui disent que quand on est soigné dans une langue qui n'est pas la sienne, ça veut dire des risques d'erreurs médicales, des risques de complications, des risques de douleurs ou de suivis qui ne sont pas faits correctement. Il y a vraiment beaucoup de problèmes. Ce n'est pas juste de l'inconfort parce que ce n'est pas dans notre langue. C'est de vrais problèmes médicaux, puis après il faudra gérer aussi.

La question des droits linguistiques dans les soins médicaux n'est pas nouvelle au Nouveau-Brunswick. C'est une décision arbitrale, annulée par la suite par un tribunal, qui a permis l'embauche de personnel paramédical unilingue et qui a mis au premier plan la

¹⁰⁴ Irving Rootman and Deborah Gordon El-Bibbety, *A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy* (Ottawa, Ontario: Canadian Public Health Association, 2008), <https://www.cpha.ca/vision-health-literate-canada-report-expert-panel-health-literacy>.

question de la langue dans l'accès aux soins de santé. Notre recherche suggère que l'accès à des soins inclusifs et sûrs peut être compliqué par des disparités dans les services bilingues.

Nos recherches ont également confirmé que les gens ont tendance à rechercher des informations sur les soins liés à l'avortement au moment où le besoin est immédiat, plutôt que d'en prendre connaissance par le biais d'informations publiques ou dans un cadre éducatif. Cela n'est pas surprenant. Les personnes participantes ont souligné qu'il existe peu de sources publiques d'information et qu'il n'y a pas de publicité de santé publique sur les services disponibles. En outre, l'information sur l'avortement n'a pas été incluse dans les programmes scolaires de santé.

À court terme au moins, l'information sur les soins liés à l'avortement doit donc répondre aux besoins des personnes qui vivent une grossesse non désirée et qui sont en quête d'information. Comme il s'agit d'une situation stressante, il est important que l'information soit facile à trouver, accessible et digne de confiance. Malheureusement, ce n'est pas le cas actuellement. En ce qui concerne les recherches en ligne, de nombreuses personnes participantes ont fait remarquer que, d'après leur expérience, les soi-disant centres de grossesse apparaissent souvent dans les recherches d'informations avant les services qui fournissent des informations précises sur les options de grossesse et offrent des services d'avortement. Les centres de grossesse d'urgence sont très répandus, même dans des villes comme Saint-Jean où il n'y a pas de services d'avortement.

Au moment de la rédaction du présent document, il existe deux sites web contenant des informations et des numéros de contact pour les cliniques de planification familiale en milieu hospitalier disponibles dans le cadre des réseaux de santé Horizon¹⁰⁵ et Vitalité.¹⁰⁶

Le site web Horizon énumère les services offerts à l'Hôpital de Moncton: aide à la prise de décision concernant la grossesse, avortements chirurgicaux pour les grossesses de moins de 14 semaines et jusqu'à 16 semaines selon la disponibilité du médecin, avortements médicaux pour les grossesses de moins de neuf semaines d'âge gestationnel, contraception d'urgence et counseling, ainsi que services liés aux dispositifs intra-utérins et aux implants contraceptifs. Le site propose des liens vers les cliniques de planification familiale du réseau Vitalité, la Clinique 554, et un site Horizon sur la santé des femmes et des enfants. Le site précise que les personnes peuvent s'auto-orienter. Il fournit également un numéro de téléphone gratuit et recommande de laisser un message vocal en raison du nombre élevé d'appels. Une participante a rapporté avoir appelé plusieurs fois pour obtenir des soins d'avortement à l'Hôpital de Moncton, et comme elle n'obtenait pas de réponse, on lui a demandé de laisser un message sur la boîte vocale. Pour nos personnes participantes, il semblait déraisonnable de s'attendre à ce que toutes les personnes qui appellent soient à l'aise pour laisser un message vocal lorsqu'elles cherchent des informations sur une procédure urgente, en particulier dans des situations où les personnes sont marginalisées ou vulnérables. Ces préoccupations ont été exacerbées par le fait que l'invitation à laisser un message n'indique pas de délai pour le retour d'appel.

¹⁰⁵ Horizon Health Network, "Family Planning Clinic - Abortion Clinic," accessed September 18, 2023, <https://horizonnb.ca/services/clinics/family-planning-clinic-abortion-clinic/>.

¹⁰⁶ Vitalité Health Network, "Abortion."

Le site est disponible en anglais et en français, et la version française du site n'indique pas la langue de service de l'hôpital. Le site Horizon propose également un tableau de réponses aux questions fréquemment posées (FAQ) sur l'avortement médical et l'avortement chirurgical. La section FAQ propose un tableau de réponses courtes aux questions les plus fréquemment posées sur les avortements chirurgicaux et médicaux. L'aspect positif est que le site est facile à trouver, en particulier si la recherche inclut "Moncton" comme terme de recherche. Il fournit également des renseignements exacts et à jour sur les services offerts à l'Hôpital de Moncton. Le site est rédigé en grande partie dans un langage neutre. Cependant, l'information qui s'y trouve a un score Flesch-Kincaid de 46, ce qui la place dans la catégorie "difficile à lire ". Il est facile de comprendre pourquoi. Le site utilise des mots longs et des termes techniques tels que "aspiration utérine" et "tissu de grossesse". Il faut également connaître la façon dont les professionnels de la santé décrivent les stades de la grossesse. Le calcul de l'âge gestationnel n'est pas expliqué. Il serait difficile pour de nombreuses personnes d'interagir avec succès avec les informations fournies sur le site web, en particulier lorsqu'elles sont soumises à un niveau de stress élevé. Les informations sont également incomplètes, car elles ne donnent pas d'indications sur les coûts pour les personnes qui n'ont pas de carte d'Assurance-maladie. Enfin, le site ne fait aucune référence aux services d'avortement pour les personnes transgenres.

Du côté francophone, la situation est beaucoup plus préoccupante. Le site Vitalité propose comme première option "poursuivre la grossesse" sous l'onglet "grossesse non prévue", qui renvoie ensuite à l'onglet "grossesse planifiée". Il aborde ensuite la question de l'adoption et fournit des indications téléphoniques ainsi qu'un "lien utile". Il faut défiler jusqu'au bas de la page pour trouver une mention de l'avortement et cliquer à nouveau sur "pour en savoir davantage" pour accéder à l'information minimale permettant aux gens de s'auto-orienter, aux numéros de contact des cliniques de planification familiale de l'Hôpital régional Chaleur (Bathurst) et du Centre hospitalier universitaire Dr Georges-L. Dumont (Moncton), et des liens supplémentaires pour des informations sur l'adoption et l'avortement médical. Il ne fournit pas de lien vers le site Horizon, même dans la version anglophone du site, et ne semble fournir aucune des informations disponibles sur le page FAQ du site Horizon. Il indique également une limite gestationnelle de 13 semaines et six jours pour tous les hôpitaux, ce qui est en contradiction avec l'information fournie par Horizon pour l'Hôpital de Moncton. La Clinique 554 n'est pas liée pour les avortements chirurgicaux, mais l'est pour les avortements médicaux. Tout comme le site d'Horizon, le site de Vitalité ne fournit aucune information sur le coût de la procédure pour une personne qui n'est pas couverte par l'Assurance-maladie.

L'accès à l'information est rendu plus difficile par le manque d'accès fiable à l'internet dans les régions rurales de la province, en particulier dans le nord de la province. Bien que le gouvernement du Nouveau-Brunswick ait pris des mesures pour améliorer l'accès, il y a encore de grandes parties de la province qui n'ont pas d'accès fiable à internet. Étant donné le manque de matériel sur l'avortement dans les lieux publics, tels que les cabinets médicaux et les bureaux de santé publique, comme l'ont noté certaines personnes participantes, l'information virtuelle est une ressource importante.

Ni le site Horizon ni le site Vitalité ne permettent la prise de rendez-vous en ligne.

Nous avons ensuite examiné l'accès à l'information par téléphone. Les personnes participantes nous ont dit que des informations précises sur l'accès à l'avortement n'étaient pas toujours disponibles auprès des prestataires de soins de santé ou du personnel répondant au numéro d'information sur la santé publique (8-1-1), soit parce qu'ils étaient mal informés, soit parce qu'ils étaient anti-choix. Les personnes participantes sont préoccupées par le fait que, bien que les personnes puissent s'auto-orienter pour des avortements chirurgicaux depuis 2017, les médecins peuvent toujours influencer la facilité et la rapidité avec lesquelles leurs bénéficiaires peuvent accéder aux services d'avortement dont elles ont besoin, et certains sont connus pour tenter de dissuader leurs bénéficiaires de se faire avorter.

Une participante qui avait travaillé dans une province voisine a indiqué que son bureau recevait de nombreux appels de gens du Nouveau-Brunswick qui cherchaient des informations sur la manière d'accéder aux soins en matière d'avortement dans cette province, car on ne savait pas quels services étaient disponibles dans leur propre province. En effet, le site de l'Île-du-Prince-Édouard est non seulement plus facile à lire, mais il fournit également des informations claires sur les prestataires de services de l'Hôpital de Moncton.

Nous avons également essayé d'obtenir des informations sur la question des coûts pour les personnes qui ne sont pas couvertes par l'Assurance-maladie. Pour ce faire, le personnel du projet a contacté les cliniques de planification familiale (hospitalières) pour se renseigner. Le seul endroit où quelqu'un a répondu directement au téléphone était à Bathurst. La personne qui a répondu au téléphone a dit que le coût serait "d'au moins 1 000 \$". L'employée a laissé des messages aux hôpitaux de Moncton et Georges-L.-Dumont, et seul l'appel à l'hôpital de Moncton a été retourné le lendemain. Ce dernier a informé l'appelante que les avortements chirurgicaux non couverts par l'Assurance-maladie et pratiqués à l'Hôpital de Moncton coûtaient 2 770 \$, dont 180 \$ doivent être payés le jour de la procédure pour les honoraires du médecin. Le personnel qui a répondu au téléphone a également suggéré que la Clinique 554 était une autre option.

Une autre préoccupation exprimée par les personnes participantes est que les prestataires de soins de santé ne sont pas toujours une source d'information fiable. Pour négocier avec le système de santé, il faut souvent surmonter un mélange de problèmes systémiques, d'ignorance et de manque de personnel qualifié, ou traiter avec des prestataires de soins qui ne soutiennent pas toujours le droit de choisir. Si une personne a un prestataire de soins primaires, elle peut demander conseil, qu'elle soit ou non obligée de le faire, dans l'espoir de recevoir des informations exactes. Les médecins généralistes ne fournissent pas toujours des informations exactes s'ils sont mal informés ou anti-choix. Une autre participante, qui travaille dans le secteur de la santé, estime qu'il est nécessaire de tenir une liste de prestataires "sûrs" vers lesquels les bénéficiaires dont elle s'occupe peuvent être orientés pour obtenir des services de santé reproductive.

... mais notre système de santé est censé être ... un organisme distinct du gouvernement. Cependant, le gouvernement le contrôle. Ainsi, les personnes qui contrôlent le gouvernement - et actuellement notre gouvernement a des opinions très toxiques sur l'avortement, ils sont très vocaux à propos de ces opinions toxiques ... Elles s'infiltrent dans le système de santé parce qu'il est acceptable que les médecins de

famille ne prescrivent pas de contraceptifs ... Il n'y a aucune répercussion à cela. ... nous sommes également guidés dans nos services, notre accès à l'argent et notre accès aux services, par le gouvernement, qui ne croit pas du tout à l'accès à l'avortement et ne voit pas de problème à cet égard... Bien qu'on nous dise littéralement : "Vous avez un problème".

Neuf personnes participantes ont décrit un manque de connaissances précises parmi les prestataires de soins médicaux, probablement parce que, comme l'ont expliqué trois personnes participantes, les écoles d'infirmières n'enseignent pas du tout le sujet et les écoles de médecine y consacrent très peu de temps en dehors d'une résidence spécialisée en obstétrique et gynécologie. Une participante qui était médecin a parlé de ses pairs surpris qu'une anesthésie générale ne soit pas nécessaire, et de l'incompréhension générale de leurs collègues quant à la simplicité et à la clarté de la procédure.

Je me souviens qu'une de mes collègues était tellement surprise que les femmes puissent passer sans avoir besoin d'anesthésie ou quoi que ce soit de ce genre, et qu'elles aient simplement une anesthésie locale et un peu de gaz hilarant. Elle était tellement choquée parce qu'elle pensait qu'il s'agissait d'une procédure importante qui nécessitait une anesthésie générale et que tout le monde avait besoin d'une perfusion, et j'ai donc rencontré beaucoup de gens qui ne comprenaient pas et ne savaient pas parce qu'ils n'avaient jamais été exposés à cela.

Treize personnes participantes ont mentionné les difficultés liées au fait d'avoir un médecin qui ne les soutient pas lors de l'accès aux soins en matière d'avortement. Elles ont déclaré avoir été jugées, contestées ou activement découragées de se faire avorter par leur prestataire de soins, et avoir eu peur de parler à leur prestataire de soins en raison de ses croyances religieuses ou personnelles. Douze personnes participantes ont évoqué la peur des représailles, ce qui signifie que les bénéficiaires n'ont pas révélé leurs antécédents en matière de reproduction ou ont ressenti le besoin de mentir parce qu'elles craignaient qu'elles-mêmes ou leur famille ne perdent l'accès à leur médecin de famille en raison du choix d'avorter. Les prestataires de soins de santé ont décrit le soutien qu'ils apportaient aux personnes dont le prestataire de soins de santé primaires avait sapé leur confiance, leur avait donné l'impression de les juger ou de leur manquer de respect, et leur avait causé un réel préjudice.

Le manque d'information dans les organismes de soins de santé financés par l'État, tel que les cliniques, les hôpitaux, les bureaux de santé publique, etc., est particulièrement problématique, car les organisations antiavortement utilisent leurs techniques de protestation publique et de multiples outils médiatiques et publicitaires pour diffuser des informations fausses. Comme l'a décrit une personne interrogée, les gens ne voient que des publicités antiavortement près des centres de grossesse et des organismes chrétiens, et jamais de publicités pour l'accès aux soins en matière d'avortement.

Je me suis promenée dans la ville et j'ai vu des affiches qui disaient : "Enceinte? Avez-vous des questions?" Mais aucune d'entre elles ne parle d'avortement sûr et accessible, c'est toujours pour des centres de soins pour femmes qui sont comme des façades chrétiennes qui disent : "Laissez-nous vous convaincre d'avoir votre bébé !"

Les personnes participantes ont indiqué avoir vu des affiches anti-choix dans les zones urbaines et des panneaux d'affichage dans les zones rurales de la province.

J'ai remarqué, en conduisant dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick, des panneaux d'affichage qui disent: " La vie commence dès la conception " et " Chaque vie compte ". Je sais pas si c'est là que les gens cherchent de l'information, mais ce sont des opinions non sollicitées sur l'avortement que l'on croise en voiture. Il y en a partout au Canada, je ne pense pas que ce soit spécifique au Nouveau-Brunswick, mais je ne les aime pas..

Étant donné l'abondance de l'information anti-choix et l'inaccessibilité et la rareté de l'information publique sur les services disponibles, la Clinique 554 et les groupes communautaires ont dû intervenir pour combler les lacunes, mais ils ont tendance à être d'une portée limitée. Avec la fermeture du cabinet et la vente de l'immeuble du 554 Brunswick St, ainsi que la nature volontaire de l'adhésion au RJNB, il n'est pas clair combien de temps ces ressources non officielles pourront être maintenues.

Comme l'a fait remarquer une participante, les personnes qui vivent à l'extérieur de Fredericton ne savent peut-être pas qu'elles peuvent obtenir de l'aide auprès de la Clinique 554 et d'organismes comme Action Canada. C'est la situation dans laquelle s'est trouvée une participante lorsqu'elle a découvert qu'elle était enceinte pendant la pandémie de la COVID-19 et que les déplacements étaient souvent limités. Elle ne savait pas quelles étaient les options disponibles dans la région de Fredericton. Comme elle n'était pas une bonne candidate pour un avortement médical et que la grossesse lui causait beaucoup de stress, il était plus efficace pour elle d'absorber le coût du test PCR et de se rendre dans une autre province où elle était admissible à un avortement chirurgical financé dans une clinique.

Au moins deux groupes communautaires différents ont créé des sites web pour fournir des informations précises et accessibles au public. Justice reproductive Nouveau-Brunswick (RJNB), un groupe de défense composé de bénévoles qui se sont réunis pour la première fois en réponse à la fermeture de la clinique Morgentaler en 2014, maintient un site web¹⁰⁷ avec des informations d'accès ainsi que du contenu archivé. Depuis la fin de la collecte des données pour ce projet, un groupe auto-organisé de professionnels de la santé du N.-B. a créé un site web appelé My Choice N.-B. qui contient des informations sur la santé sexuelle, les méthodes d'avortement et la contraception. Ces deux sites renvoient également au site de la Clinique 554, qui fournit des informations sur la clinique, un niveau de détail plus approfondi sur les interventions médicales et chirurgicales d'avortement, une liste de ressources et un numéro de téléphone.

Le fait de ne pas faire de publicité pour les services d'avortement chirurgical ou médical dans les médias traditionnels ou nouveaux, et de compter sur des bénévoles pour fournir des informations sur l'avortement, signifie que les personnes ne disposent pas

¹⁰⁷ Reproductive Justice New Brunswick – Justice Reproductive Nouveau-Brunswick, “Accessing Abortions in New Brunswick,” accessed September 18, 2023, <https://rjnb.org/accessing-abortion-in-new-brunswick/>.

suffisamment d'informations pour prendre la meilleure décision pour elles-mêmes. Ce déficit d'information affecte de manière disproportionnée les personnes déjà vulnérables ou marginalisées. Les habitants et habitantes de la province qui n'ont pas de carte de santé provinciale peuvent penser, sur la base des informations que nous avons reçues du gouvernement, qu'ils en ont besoin et se percevoir comme n'ayant pas le droit d'accéder aux soins. Il y a un réel manque d'informations spécifiquement destinées aux jeunes, ce qui entraîne une dépendance excessive à l'égard de sources d'informations de mauvaise qualité ou inexactes sur le plan juridique. Les jeunes, qui peuvent se sentir davantage poussés à garder le secret sur une grossesse non désirée, sont plus susceptibles d'être affectés par les difficultés d'accès aux fonds pour une procédure clinique ou le transport à l'hôpital. Ces jeunes peuvent également craindre d'être découvertes lorsque le fait de s'absenter de l'école ou du travail peut entraîner un appel téléphonique à la maison.

Il est essentiel de combler les lacunes en matière d'information pour améliorer l'accès aux soins liés à l'avortement au Nouveau-Brunswick.

4.5 Obstacles pratiques

Dans un endroit où les avortements sont un service légal et généralement disponible au public, l'accès à l'avortement est incontestablement un droit de la personne qui ne peut être refusé ou entravé sur la base de motifs interdits reconnus dans la législation sur les droits de la personne. Au Nouveau-Brunswick, la Loi sur les droits de la personne reconnaît dans son préambule que "les droits de la personne doivent être garantis par la primauté du droit". À l'article 6, la loi interdit expressément toute discrimination à l'égard d'une personne ou d'une catégorie de personnes en ce qui concerne les locaux, les services ou les installations mis à la disposition du public. Les motifs d'interdiction prévus par la loi sont larges et incluent (a) la race, (b) la couleur, (c) l'origine nationale, (d) l'ascendance, (e) le lieu d'origine, (f) la croyance ou la religion, (g) l'âge, (h) le handicap physique, (i) le handicap mental, (j) l'état matrimonial, (k) la situation familiale, (l) le sexe, (m) l'orientation sexuelle, (n) l'identité ou l'expression de genre, (o) la condition sociale, et (p) la croyance ou l'activité politique.

4.5.1 Obstacles rencontrés par les bénéficiaires pour accéder aux avortements financés

L'avortement chirurgical est une procédure très courante. Depuis la fin des années 1980, "le Canada affiche un taux d'avortement stable d'environ 14,5 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans."¹⁰⁸ L'avortement n'est pas un soin spécialisé; il s'agit d'une intervention chirurgicale sûre et rapide et, désormais, d'un traitement médical simple. Malgré cela, les bénéficiaires du Nouveau-Brunswick continuent de rencontrer des obstacles importants pour accéder à l'avortement. Dans cette section, nous abordons les problèmes logistiques de longue date liés à l'accès à l'avortement. Une attention particulière sera accordée aux personnes pour qui la grossesse, l'accouchement et l'éducation des enfants sont les plus difficiles et qui sont confrontées aux obstacles les plus importants, notamment celles qui ont vécu dans des contextes liés à des motifs de discrimination interdits, notamment la

¹⁰⁸ Dorothy Shaw and Wendy V. Norman, "When There Are No Abortion Laws: A Case Study of Canada," *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 62 (2020): 54. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.010>.

race, le handicap, la situation familiale, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, et la condition sociale.

Le coût d'un avortement non financé est évidemment un obstacle pour les bénéficiaires aux moyens limités. Même un avortement financé entraîne des frais annexes qu'il peut être difficile de prendre en charge. De nombreuses formes d'emploi ne prévoient pas de congé de maladie rémunéré. Pour d'autres, il peut être difficile d'obtenir des congés, en particulier pour des rendez-vous multiples. Le manque de possibilités de garde d'enfants peut constituer un autre obstacle pour les personnes qui ont déjà des enfants. Un obstacle profondément ancré est la stigmatisation persistante et écrasante associée à la procédure, qui est un fardeau en soi, en plus d'une procédure qui peut être isolante. Les déplacements constituent un obstacle dans une province où les transports en commun sont limités pour les personnes qui ne vivent pas à proximité de l'un des trois hôpitaux.

Les rendez-vous à l'hôpital sont généralement répartis sur deux jours. Ce n'est pas pour des raisons de nécessité médicale.

... lorsque la clinique a ouvert ses portes, je pense que les conséquences ont été un accès beaucoup plus facile. Pour 554, la visite ne durait qu'un jour, alors que l'hôpital avait besoin de deux jours. Et quand 554 a demandé au gouvernement : "Pourquoi deux jours ?" "C'est parce que", ont-ils [prétendument] répondu, "les femmes devraient d'abord y réfléchir avant de le faire". ... c'était là intentionnellement, comme un obstacle, pour retarder les choses.

Bien qu'il soit possible pour les bénéficiaires de se défendre elles-mêmes pour obtenir tous leurs rendez-vous en une journée, cela n'est pas très connu. Lors d'un avortement à l'hôpital, en fonction de l'heure du rendez-vous ou de la distance à parcourir, il peut être nécessaire de passer la nuit sur place, car les possibilités de transport public sont limitées.

Lorsqu'une personne a les moyens financiers, qu'elle peut se le permettre ou qu'elle dispose d'une assurance-maladie lui permettant de s'absenter de son travail et des ressources nécessaires pour s'occuper de ses autres enfants, elle peut accéder au type d'avortement qu'elle préfère et gérer ses propres soins. Elles peuvent préférer un avortement chirurgical, malgré les frais encourus, comme l'ont fait certaines (3) de nos personnes participantes, parce qu'elles peuvent bénéficier d'une procédure rapide, qu'il y a moins de rendez-vous, qu'elles peuvent être assurées du résultat et qu'elles savent que le personnel de la clinique ne portera pas de jugement. Par ailleurs, la clinique Morgentaler et la Clinique 554 ont toutes deux mis à disposition un espace de garde d'enfants lorsque les personnes devaient amener d'autres enfants avec elles à leur rendez-vous, mais aucun prestataire de ce type n'est disponible dans le système hospitalier.

Cela dépend de l'argent que vous avez... Si vous avez 1 000 dollars qui traînent pour pouvoir passer à la Clinique 554 la semaine prochaine, alors, c'est facile. Si vous n'en avez pas, que vous ne sachiez pas où aller ou que vous soyez dans une zone rurale, vous deviez d'abord avoir accès à internet pour trouver les numéros de téléphone de ces hôpitaux... puis vous deviez avoir accès à un moyen de transport pour vous rendre à ces endroits, ce qui signifie que vous devez dire ce qui se passe à un membre de votre famille ou à une amie, que vous devez lui

payer l'essence, que vous devez peut-être économiser de l'argent pour un séjour à l'hôtel, car qui veut rentrer chez lui en voiture après cela, pour les repas, ce genre de choses. Je dirais donc que si vous avez de l'argent, c'est facile, mais que si vous n'en avez pas, c'est l'enfer. ... parfois le temps, ou le climat, peut être un obstacle important. Si vous êtes censé passer à la Clinique 554 un vendredi et qu'il y a une tempête de neige, vous devez attendre une semaine de plus, c'est très difficile. Tant de choses peuvent se produire dans ce laps de temps, et cela ajoute une semaine supplémentaire d'incertitude, de traumatisme ou de toute autre expérience vécue par la personne concernée.

Certaines personnes peuvent avoir besoin de temps pour réunir l'argent, et lorsqu'elles y parviennent, comme l'a mentionné une participante, certaines trouvent difficile d'accepter des dons d'accès ou d'autres fonds non gouvernementaux pour les aider à couvrir leurs frais. Nous reconnaissons que le fait d'exiger des soins en cas d'avortement menace déjà le sentiment d'autonomie d'une personne, ce qui peut être aggravé par le fait de devoir compter sur une aide financière. En tout état de cause, une résistance à l'aide pourrait entraîner un report de l'intervention, qui serait plus coûteuse et plus inconfortable, ou un renoncement à l'intervention.

Les personnes qui s'occupent des réservations au 554 et du plaidoyer pour le financement m'ont dit que certaines personnes sont trop fières pour le faire. ... Elles préfèrent subir des retards pour se rendre à l'hôpital, passer hors de la province ... si elles ont dépassé les limites de gestation de l'hôpital, faire n'importe quoi d'autre que de tendre la main.

L'incertitude quant à la position de leur médecin de famille à l'égard de l'avortement est une autre difficulté à laquelle de nombreuses personnes doivent faire face. Au Nouveau-Brunswick, la liste d'attente pour avoir accès à un médecin de famille est longue. Si les gens ont un médecin de famille, il faut faire preuve de prudence, car il se peut que le médecin n'appuie pas l'accès de sa bénéficiaire aux soins liés à l'avortement. Nous savons que l'interaction entre les médecins anti-choix et les bénéficiaires qui cherchent à obtenir des soins d'avortement est difficile depuis les années 1970, lorsque l'Hôpital de Moncton a mis sur pied une clinique pour aider les bénéficiaires à naviguer dans le processus du comité d'avortement thérapeutique.

Même après qu'une personne ait obtenu un rendez-vous, les obstacles persistent. Le regroupement des services d'avortement à Moncton a été souligné par les personnes participantes. Comme l'a fait remarquer une personne interrogée, il n'est pas logique d'avoir deux sites d'avortement à Moncton, mais pas de clinique à l'hôpital de Saint-Jean, où l'accès à l'avortement est très difficile:

... il y avait dans la ville de Fredericton une prestation de services qui n'existait pas à Saint-Jean. C'est une information de bouche à oreille, je n'en sais rien, n'ayant pas vécu ça. Mais ... on semblait savoir que c'était à Saint-Jean que c'était le plus difficile d'avoir un avortement.

Le transport peut être particulièrement difficile pour quiconque vit dans une région rurale. Le Nouveau-Brunswick a une superficie de 73 440 kilomètres carrés, s'étendant sur un peu plus de 240 km d'est en ouest et 320 km du nord au sud.¹⁰⁹ Plus de 18 000 km d'autoroutes et de routes secondaires, et 10 lignes de traversier,¹¹⁰ avec des bateaux fonctionnant soit de manière saisonnière (4), soit tout au long de l'année (6), dont la plupart sont gratuits. Les déplacements intraprovinciaux en train sont limités, car il n'existe qu'une seule ligne ferroviaire de passagers au Nouveau-Brunswick, avec des gares à Campbellton, Bathurst, Miramichi et Moncton.¹¹¹ Les trois plus grandes villes, Saint-Jean, Fredericton et Moncton, ont des réseaux de transport urbain en difficulté. En 2021, deux projets de transport rural ont été lancés dans la Péninsule acadienne et la région Chaleur, avec un budget combiné de 1,14 million de dollars sur cinq ans fournis par le Fonds de solutions pour la transition rurale.¹¹²

Si le service n'est pas couvert par l'Assurance-maladie, nous marginalisons encore plus les personnes les plus vulnérables qui ont besoin de ce service, les femmes, les personnes qui ont un utérus et qui ne peuvent pas se rendre à Moncton ou à Bathurst, ou même à Fredericton, à partir des régions rurales du Nouveau-Brunswick. C'était un obstacle lorsque j'ai commencé, et c'est un obstacle que nous voyons encore aujourd'hui, simplement à cause de la ruralité de la région où nous nous trouvons.

Maritime Bus a des arrêts dans 24 localités, dont Moncton et Bathurst, et les stations sont ouvertes six ou sept jours par semaine. (Fig. 6¹¹³)

Nous notons que pendant la pandémie, les voyages avaient tellement diminué que Maritime Bus allait annuler les liaisons avec Edmundston et Campbellton, mais la liaison a été rétablie lorsque la compagnie a reçu une subvention des fonds fédéraux (360 000 \$) et provinciaux (36 000 \$).¹¹⁴

¹⁰⁹ Government of New Brunswick, "Geography," accessed September 18, 2023, https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/gateways/about_nb/geography.html.

¹¹⁰ Government of New Brunswick, "Ferries," Transportation and Infrastructure - Bridges & Ferries, accessed September 18, 2023, https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/dti/bridges_ferries/content/ferries.html.

¹¹¹ VIA Rail Canada, "Explore New Brunswick by Train," accessed October 25, 2023, <https://www.viarail.ca/en/explore-our-destinations/provinces/new-brunswick>.

¹¹² Mischa Wanek-Libman, "Canada Opens Rural Transit Grant Intake Process; Awards Projects in New Brunswick with Funds," *Mass Transit*, January 23, 2023, <https://www.masstransitmag.com/bus/article/21293266/canada-opens-rural-transit-grant-intake-process-awards-projects-in-new-brunswick-with-funds>.

¹¹³ Image tirée de Maritime Bus. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.maritimebus.com/en>

¹¹⁴ The Canadian Press, "Maritime Bus Gets \$720,000 Subsidy to Operate Routes in Northern New Brunswick," *CTV News*, January 29, 2021, <https://atlantic.ctvnews.ca/maritime-bus-gets-720-000-subsidy-to-operate-routes-in-northern-new-brunswick-1.5287970>.

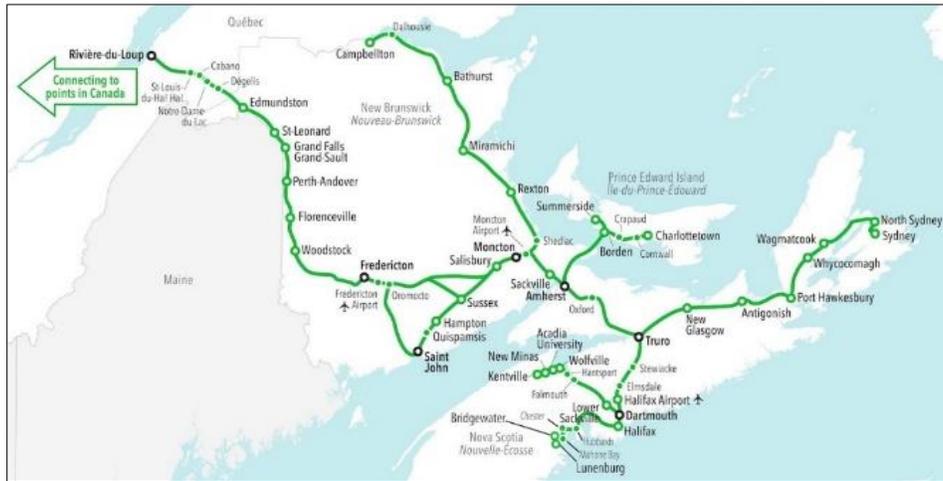


Figure 4

Outre les transports publics, nous avons identifié un réseau de services répertoriés sur un PDF en ligne où les gens peuvent se faire conduire à leurs rendez-vous médicaux.¹¹⁵ Un membre de l'équipe a appelé trois fois chacun des numéros indiqués et, lorsque quelqu'un répondait, il demandait s'il était possible de se rendre à Moncton. Lorsque personne ne répondait, mais qu'il était possible de laisser un message, ils l'ont fait. La moitié des services n'ont pas décroché ou n'ont pas retourné les messages. Le tableau suivant résume les réponses reçues.

¹¹⁵ Economic and Social Inclusion Corporation Government of New Brunswick, "Community Transportation Services"

Table 4

Zone	Organisme	Réponse
Péninsule acadienne	Déplacement Péninsule	Oui, certaines personnes passent à Moncton.
Restigouche	Transport communautaire Restigouche	Oui, ils passent par Moncton, ils ont besoin d'un préavis de 48 heures, il y a des frais de 25 cents/km, ce qui est estimé à 175-200 dollars pour un voyage aller-retour.
Comté de Kent	Transport communautaire Kent	Oui, ils passent à Moncton, avec un préavis de 48 heures. Ils fonctionnent selon le principe du premier arrivé, premier servi. Si quelqu'un n'est pas client, il doit s'inscrire pour le devenir. Si quelqu'un veut se porter volontaire pour être chauffeur, il doit passer une vérification de son casier judiciaire et de son dossier de conduite.
Grand Miramichi	Transport communautaire Northumberland	Oui, ils passent à Moncton, dans tout le N.-B. et même en N.-É.
Région de Sussex	Sussex Dial-A-Ride	Oui, ils se rendent à Moncton, le coût est de 40 \$ et le préavis est de 48 heures.
York County	Transport urbain/rural	Ils se rendent à Moncton, Saint-Jean et Halifax.
McAdam	Transport McAdam	Pas de réponse
Comté de Charlotte	Charlotte Dial-A-Ride	Pas de réponse
Chaleur	Transport communautaire Chaleur	Pas de réponse
Fundy	Transport régional de Fundy	Pas en service
Harvey	Dial-A-Ride régional de Harvey	Message laissé, pas de réponse
Westmorland - Albert	Transport urbain/rural	Pas de réponse

Ces réponses illustrent les difficultés liées au recours à des services bénévoles. Certains endroits proposent d'excellentes offres, mais la capacité peut être très limitée, et le service aura tendance à être moins fiable ou moins accessible.

Une autre participante a évoqué la difficulté d'accès aux échographies au Nouveau-Brunswick et la façon dont cela affecte l'accès à l'avortement.

Pour autant que je sache, l'obtention d'une échographie est un problème majeur partout. Peu importe d'où l'on vient, il faut obtenir une échographie au bon moment, puis obtenir ce dont on a besoin peu de temps après. Il s'agit donc certainement d'un obstacle ou d'un problème partout dans la province.

Les obstacles évoqués jusqu'à présent concernent les difficultés à obtenir des soins en matière d'avortement. Cependant, nous avons également entendu parler de préoccupations liées au fait que, lorsqu'on y accède, les services peuvent être offerts d'une manière discriminatoire ou dangereuse. Par exemple, nous avons entendu dire que l'accès à un avortement financé dans l'un des hôpitaux pourrait ne pas être un lieu sûr pour les personnes marginalisées.

Les hôpitaux ne sont pas des lieux sûrs pour un grand nombre de personnes, en particulier les personnes vulnérables, comme les personnes transgenres, les personnes qui n'ont pas d'assurance-maladie ou les personnes qui consomment des drogues...

En revanche, les cliniques sont décrites comme des contextes plus accessibles et moins discriminatoires pour les soins liés à l'avortement. Les cliniques ont été qualifiées d'espaces plus accueillants, plus privés et plus sûrs pour l'accès à l'avortement. La clinique Morgentaler et la Clinique 554 ont été créées pour fournir un prestataire de services complets aux personnes qui s'y rendaient pour se faire avorter. Contrairement à un hôpital, elles offrent aux bénéficiaires des peignoirs doux et des conseils dispensés par un personnel attentif et compatissant, qui ne porte pas de jugement, afin de réduire les obstacles et de créer un environnement positif et valorisant pour les bénéficiaires.

... c'est une bonne chose que les hôpitaux les pratiquent, mais la clinique est une meilleure solution pour les femmes qui se font avorter, et ce pour de nombreuses raisons. La confidentialité, le fait qu'elles soient accueillies ici. Il n'y a pas de préjugés. Il y a encore des histoires d'infirmières qui ne voulaient pas s'occuper des femmes qui venaient se faire avorter à l'hôpital. Ce n'était donc pas toujours l'endroit le plus agréable.

Ce que je retiens de la [Clinique 554], c'est qu'on n'a pas l'impression d'être à l'hôpital. Et je pense que cela allège le fardeau de ce qui se passe. Ce n'est pas si... Il faut que ce soit médicalisé, je suis d'accord, mais pas à ce point, c'est comme s'il s'agissait de personnes humaines. Et chaque femme sait que lorsqu'elle est ici, elle n'aura droit à aucune connerie ou attitude.

Il y a plusieurs (8) références aux obstacles à l'accès à l'avortement présents dans les hôpitaux eux-mêmes, même si une personne est capable de s'y rendre, ou aux raisons pour lesquelles les cliniques peuvent être des endroits plus appropriés ou préférés pour

accéder à l'avortement. Deux de nos personnes participantes francophones ont souligné qu'il n'était pas toujours possible d'accéder aux soins dans leur langue choisie.

Étant donné le niveau de stigmatisation entourant la procédure et la relative "petitesse" de la population du Nouveau-Brunswick, le maintien de la confidentialité est une préoccupation. Une participante a décrit son inquiétude quant au manque de confidentialité et de soutien pour les personnes effectuant leurs propres recherches et défendant leurs intérêts, étant donné que l'information et les processus médicaux sont de plus en plus accessibles en ligne.

La stigmatisation de l'avortement signifie également que le besoin de confidentialité dans l'accès aux soins devient un obstacle à l'accès à ces soins. Une autre personne interrogée a expliqué qu'il était plus difficile d'accéder à l'avortement si l'on devait garder la confidentialité.

Je ne peux qu'imaginer à quel point cela a été difficile pour certaines d'entre elles. Si elles étaient dans une maison, comment elles allaient gérer cela, aller et revenir. Si tu travailles, comment prendre un jour de congé, qu'est-ce que tu leur dis ? Si tu es étudiante, tu manques l'école, mais tu dois aussi t'occuper de tes parents. C'est donc assez difficile. Et je pense que c'est encore le cas pour beaucoup. Je veux dire, oui, on peut se rendre à Moncton, et tout ça, mais il faut quand même s'y rendre. Il faut que quelqu'un vous accompagne. Il faut encore prendre des arrangements pour s'absenter du travail. Ou quoi que tu fasses, quelle que soit ta vie. Il faut quand même trouver un jour, et si c'est quelque chose qu'on veut confidentiel, c'est beaucoup plus difficile.

La population du Nouveau-Brunswick et le bâtiment de la clinique sont tous deux peu nombreux, de sorte qu'il n'est pas possible, comme l'a expliqué une participante, de garantir que l'on ne rencontrera pas quelqu'un que l'on connaît, que ce soit à l'hôpital ou à la clinique. Une personne interrogée a parlé de son expérience avec les bénéficiaires et des difficultés rencontrées pour préserver la confidentialité en recevant des soins à l'hôpital.

J'ai eu des bénéficiaires qui sont passés à l'hôpital et qui ont rencontré quelqu'un dans la salle d'attente, dans la salle postopératoire. Dans le stationnement, vous savez, un agent de sécurité dans le stationnement, et j'en passe. C'est le nombre d'êtres humains avec lesquels vous interagissez. La personne qui fait votre laboratoire, votre test sanguin, la personne qui fait l'échographie, ou la personne qui vous aide à vous changer, la personne qui vous dit, vous savez, dans quelle chambre passer. Toutes les personnes avec lesquelles vous interagissez en milieu hospitalier dans un petit endroit comme le Nouveau-Brunswick pourraient être votre voisin, le conjoint de votre cousin, le... alors que se passe-t-il avec ces barrières ? Vous savez, des personnes sont parfois obligées de passer par un endroit où leurs renseignements médicaux personnels sont divulgués et font l'objet de commérages. Parce qu'elles n'ont aucun contrôle sur les personnes avec lesquelles elles interagissent.

Les bénéficiaires sont souvent dans l'incertitude, et la crainte est largement répandue qu'il y ait des conséquences pour leurs soins si elles révèlent qu'elles veulent avorter ou qu'elles ont avorté. Les personnes participantes nous ont dit que leurs familles savaient qu'elles ne devaient pas dire certaines choses à leur médecin de famille, qui était catholique, ou qu'elles ne leur avaient pas parlé de l'avortement parce qu'elles pensaient qu'elles seraient rayées de la liste. L'incertitude persiste quant à l'obligation professionnelle de fournir des références, et nous avons entendu parler de cas où des médecins ont refusé de pratiquer une dilatation et un curetage parce qu'ils s'opposaient à la procédure.

En outre, les personnes participantes ont noté que l'identité, les circonstances de la vie et les besoins en matière de soins de santé d'une personne peuvent déterminer de manière significative la méthode d'avortement qui lui convient le mieux. Les différentes méthodes d'avortement ont des avantages et des inconvénients connus. Du point de vue de la recherche, il est utile d'examiner les avantages et les inconvénients en fonction des critères d'accès significatif établis ci-dessus. Dans quelle mesure les avortements médicaux sont-ils gratuits, certains, inclusifs et locaux?

COÛT : Tant les avortements chirurgicaux que les avortements médicaux sont financés par les pouvoirs publics dans certaines circonstances. Comme nous l'avons vu, ce financement est incomplet, car les avortements chirurgicaux pratiqués dans les cliniques ne sont pas couverts. Les personnes qui ne bénéficient pas de l'Assurance-maladie doivent payer et, pour elles, les avortements chirurgicaux sont plus coûteux que les avortements médicaux. Toutefois, le coût d'un avortement chirurgical en clinique est bien inférieur à celui d'un avortement hospitalier. Les frais annexes, tels que le traitement de la douleur et le transport, ne sont pas couverts. Pour les bénéficiaires ayant une assurance-maladie et d'un accès local, les avortements chirurgicaux sont plus proches de la gratuité que les avortements médicaux. Pour les bénéficiaires qui n'ayant pas d'assurance-maladie et/ou d'un accès local, les avortements médicaux sont plus proches de la gratuité. Aucune des deux méthodes n'est entièrement financée.

LA CERTITUDE : Les avortements chirurgicaux peuvent être considérés comme plus sûrs en raison de leur taux de réussite plus élevé. Ils sont également plus sûrs parce qu'ils sont disponibles pour un plus grand nombre d'âges gestationnels, ce qui est important, car les bénéficiaires peuvent ne pas savoir depuis combien de temps se déroule leur grossesse. L'avortement médical est également un processus beaucoup plus long et les bénéficiaires disent se sentir moins sûres que le degré de douleur ou de saignement ressenti est normal. La certitude du résultat est obtenue immédiatement pour les avortements chirurgicaux, mais pour les avortements médicaux, les bénéficiaires doivent attendre le résultat de leurs analyses sanguines de suivi. La certitude de l'accès et la certitude du résultat étaient extrêmement importantes pour nos personnes répondantes et peuvent expliquer pourquoi, au niveau national, deux tiers des bénéficiaires subissent des avortements chirurgicaux plutôt que des avortements médicaux. Les avortements hospitaliers sont considérés comme moins sûrs que les avortements en clinique en raison des limites d'âge gestationnel, des communications floues et de la longue ombre d'une réglementation gouvernementale hostile.

INCLUSION : Sous ce critère, nous considérons l'accès pour les bénéficiaires ayant des identités et des situations de vie différentes. Nous analysons comment diverses formes de marginalisation sociale peuvent affecter l'accès à l'avortement.

Les jeunes et les jeunes adultes représentent un pourcentage important des personnes ayant accès à l'avortement. Leur âge peut limiter leurs choix en matière d'avortement médical, car ils n'ont pas toujours accès à leur carte d'Assurance-maladie ou au financement des frais annexes. Ces jeunes ont souvent moins d'intimité dans leur logement en vivant avec leurs parents ou des colocataires. Les jeunes ont généralement moins d'expérience en matière de contraception et sont plus susceptibles de découvrir une grossesse plus tard. Leur expérience des avortements médicaux peut être moins bonne à cause de leur manque d'expérience pour gérer la douleur, et ces jeunes ne savent pas si leurs symptômes se situent dans la fourchette normale. D'autre part, leur capacité à choisir un avortement chirurgical peut être limitée par un manque d'accès local et de moyens de transport, une surveillance étroite de leur assiduité scolaire et un manque de confidentialité concernant leurs absences, ainsi qu'un faible accès au financement si l'avortement chirurgical en clinique est leur seul accès local.

Au moins un tiers des bénéficiaires ayant recours à l'avortement sont des parents. Pour ces personnes, l'accès à l'avortement médical peut être limité par la nécessité de prendre plusieurs rendez-vous, ce qui est souvent incompatible avec la garde des enfants. Nombre d'entre elles ne bénéficient pas de congés de maladie rémunérés, ce qui a également une incidence sur leur capacité à se rendre à plusieurs rendez-vous. Cela affecte également leur capacité à organiser un séjour d'une nuit pour un avortement chirurgical financé dans un hôpital. Ces facteurs sont encore plus importants pour les ménages monoparentaux. Le fait d'être dans une relation abusive, en particulier une relation qui exerce un contrôle coercitif, peut exiger un haut niveau de confidentialité et limiter les possibilités d'absence du domicile. Une longue période d'hémorragie ou de malaise peut également faire l'objet d'un examen minutieux. Pour les parents racialisés et autochtones, toute lacune en matière de garde d'enfants fait craindre des interventions de protection de l'enfance.

Une personne qui ne dispose pas d'un logement sûr peut tout simplement être dans l'impossibilité de subir un avortement médical. Une participante a décrit les obstacles que le manque de logements sûrs et d'infrastructures sanitaires pose aux personnes ayant accès à l'avortement, en particulier à l'avortement médical.

Je veux dire, imaginez que vous êtes une personne sans abri, sans toilettes, sans serviettes hygiéniques, sans produits, sans aucune forme sanitaire, sans un endroit où vous pouvez vous laver, votre vagin, vos mains? Et on vous dit que la seule option est de prendre cette pilule, de rentrer chez vous et de saigner pendant à peu près 10 jours? C'est ça? En quoi est-ce un accès à l'avortement? Ce n'est pas un accès à l'avortement.

Cela dit, il est également extrêmement difficile pour une personne qui ne dispose pas d'un logement sûr d'accéder à un avortement hospitalier financé, en particulier s'il n'est pas disponible localement.

Comme nous l'avons vu, l'avortement chirurgical est une procédure nécessaire et courante pour de nombreux types de bénéficiaires. Pour être accessible, il doit non seulement répondre aux besoins du grand public, mais les décideurs politiques doivent être particulièrement attentifs aux besoins des personnes appartenant à des groupes protégés par les droits de la personne ou qui rencontrent des obstacles différentiels.

4.5.2 Défis pour les fournisseurs

Les professionnels de la santé et les prestataires de services paramédicaux ont souligné l'absence de formation formelle sur l'avortement pour les prestataires médicaux, en indiquant que les écoles d'infirmières n'enseignent pas du tout ce sujet et, comme indiqué ci-dessus, les écoles de médecine y consacrent très peu de temps, sauf dans le cadre d'un internat spécialisé en gynécologie-obstétrique.

Et maintenant, parce que le 554 s'est tellement fait entendre pendant la pandémie à ce sujet et à quel point cela a affecté les bénéficiaires pendant une pandémie, l'Hôpital de Moncton a commencé à dire qu'il fournirait des avortements jusqu'à 16 semaines moins un jour, selon qu'il a ou non un fournisseur de soins. Les médecins qui y travaillent ne sont pas tous compétents pour pratiquer des avortements jusqu'à la seizième semaine. Je ne sais pas combien, si les quelques-uns, un ou deux, qui le font, ne sont pas en rotation cette semaine-là, la personne n'a pas de chance et doit se rendre dans une autre province. Ce n'est donc pas fiable. Ce n'est pas comme s'il s'agissait d'un soin dont on peut garantir... dont on pourrait garantir l'accès au Nouveau-Brunswick.

Le manque d'opportunités de formation affecte directement les bénéficiaires. Une participante a noté que le manque de prestataires formés pour pratiquer des avortements chirurgicaux signifie que le Nouveau-Brunswick a une norme de soins pour les personnes enceintes moins élevée que n'importe où ailleurs au Canada.

C'est la norme en matière de soins. Cela devrait être la norme de soins au Canada. En cas d'avortement chirurgical, la patiente peut choisir de prendre en charge le problème à l'aide de médicaments ou d'une procédure. Nous n'offrons pas cette possibilité au Nouveau-Brunswick. Donc, toute personne qui a... appelons cela une fausse couche, n'est-ce pas ? Un avortement spontané. Lorsqu'elles arrivent aux urgences, on ne leur propose que des médicaments. Et c'est parce que nous n'avons pas le personnel, la salle d'opération, le temps d'opération, ou peut-être, je ne sais pas, mais peut-être que la volonté des médecins de se former et d'être en mesure de pratiquer des D&C, alors que, Dieu nous en garde, qu'il s'agisse d'un traitement électif?

Une formation est également nécessaire en ce qui concerne le contexte social des personnes ayant besoin de soins en matière d'avortement. Une participante a décrit la nécessité pour les prestataires de services fournissant des services intégrés de comprendre tous les facteurs socio-économiques affectant la santé d'une personne et ses besoins en matière de soins de santé.

Malgré l'importance de former davantage de fournisseurs, il existe des obstacles importants à la formation au Nouveau-Brunswick, notamment le fait qu'il n'y a pas suffisamment de fournisseurs formés et d'endroits qui pratiquent des avortements au Nouveau-Brunswick pour les former, et que la stigmatisation liée à la pratique d'avortements et les répercussions professionnelles et personnelles qui en découlent

découragent les gens de vouloir suivre une formation pour devenir un fournisseur d'avortements.

Il n'y a pas de formation, alors quand on se demande comment on peut former des professionnels de l'avortement, je ne sais pas. Il faut passer par l'école de médecine, la résidence et la formation des médecins. Nous avons, par exemple, à Saint-Jean, un programme de résidence en médecine familiale, mais à Saint-Jean, il n'y a pas de prestataires d'avortement qui pratiquent des dilatations, n'est-ce pas ? Alors, où sont-ils censés se former ? À moins qu'ils ne passent par tous les moyens pour essayer d'organiser un stage facultatif, ils n'obtiendront aucune formation, du moins à l'échelle régionale. S'ils font des pieds et des mains pour organiser une formation facultative avec nous, vous savez, au niveau régional. Ou s'ils font des efforts pour mettre en place un électif ailleurs.

Eh bien, pour être formé à la compétence en médecine, il faut faire quelque chose suffisamment de fois pour se sentir capable de le faire en toute sécurité, même si ce n'est pas la routine, s'il y a des défis inattendus, n'est-ce pas ? Nous n'offrons pas cela au Nouveau-Brunswick. Donc, entre la Clinique 554 et les cliniques de Moncton et de Bathurst, vous [auriez]... disons qu'ils [les étudiants en médecine] ont un cours facultatif de deux semaines. Ils ont six jours d'exposition aux soins d'avortement s'ils voyagent dans toute la province, dans chaque région, et si tous nos jours de salle d'opération sont programmés à différents jours de la semaine, et même dans ce cas, ils n'auraient pas le droit de faire un stage facultatif parce qu'ils devraient combler les deux autres jours d'une façon ou d'une autre. Et comment vont-ils faire ? En passant par Halifax ? Je veux dire, peut-être. Cela dépend. Tant que les jours de bloc opératoire de chacun sont des jours différents. Où vont-ils trouver le cinquième jour de la semaine ? Allez-vous passer à Terre-Neuve ? Passer à l'Île-du-Prince-Édouard ?

Le manque de formation et de soutien des prestataires ne se limite pas à l'avortement chirurgical, mais a également un impact sur le traitement par Mifegymiso. Une participante a décrit certains des défis auxquels sont confrontées les infirmières praticiennes qui ont l'autorisation professionnelle de prescrire l'avortement médical, mais qui n'ont pas le soutien nécessaire pour assumer cette responsabilité supplémentaire. Si la capacité de prescrire l'avortement médical peut démocratiser l'accès en théorie, la formation et le mentorat sont essentiels.

...La prescription de médicaments pour l'avortement est très simple, mais jusqu'à ce que l'on s'y habitue, il faut avoir quelqu'un qui puisse nous guider.

Nous savons tous que l'avortement chirurgical est extrêmement sûr, mais si quelque chose se passe mal, et il est vrai qu'il y a des hémorragies occasionnelles, qu'il y a des cas où vous avez besoin d'un suivi de l'intervention, en tant que prescripteur, vous ne recevrez pas le

soutien nécessaire pour assurer ce suivi ou les soins d'urgence, n'est-ce pas ?

Pour les médecins, certains estiment que l'environnement professionnel peut être hostile. Le fait d'être pro-choix peut avoir des répercussions personnelles et professionnelles, y compris l'exposition à la violence et au harcèlement, et le fait d'être écarté ou exclu des opportunités professionnelles.

Il n'y a donc pas de formation. Il n'y a pas de formation adéquate au Nouveau-Brunswick pour devenir fournisseur d'avortement. Et pourquoi le feriez-vous ? Parce qu'il est très évident pour les nouveaux médecins que s'ils le font, ils n'obtiendront pas de groupe d'appel. Ils ne seront pas autorisés à pratiquer. Et puis, disons qu'ils sont de Fredericton, que leur famille est ici et que c'est le seul endroit au monde où ils veulent travailler. S'ils savent qu'ils seront si mal traités, qu'ils n'auront pas de groupe d'appel et qu'ils ne pourront pas être employés ou embauchés ici, ils ne le feront tout simplement pas. Cela ne vaut tout simplement pas la peine de risquer tout ce qui leur tient à cœur dans la vie pour fournir des soins à un petit nombre de personnes. Je pense donc que la formation est un obstacle majeur.

Malgré l'absence de financement de l'Assurance-maladie, les services en clinique ont joué un rôle essentiel dans la fourniture d'avortements dans la province, mais cela a coûté cher aux prestataires de la clinique, aux organismes alliés et au système public de soins de santé. Les personnes participantes ont discuté de la façon dont les deux cliniques, malgré le fait qu'elles ne soient pas financées par le gouvernement, ont fait partie intégrante de l'offre de soins en matière d'avortement dans la province. Comme l'a fait remarquer une participante :

[le gouvernement] permet simplement que [l'avortement] soit déchargé par 554, même s'ils ne reçoivent aucun financement. Il laisse faire.

Il s'agit notamment des soins dispensés après les limites de l'âge gestationnel fixées par les hôpitaux. Lorsque les personnes ne sont pas en mesure d'obtenir un rendez-vous en temps voulu, le personnel des hôpitaux suggère de contacter la clinique et le gouvernement provincial a toujours compté sur la clinique pour pratiquer des avortements au-delà d'un certain âge gestationnel. Comme l'a souligné une participante,

L'hôpital s'est adressé à des bénéficiaires non hospitalisés à la clinique du 13/6 au 15/6. Il ne s'agit donc pas d'un problème de sécurité.

Nous constatons que les soins d'avortement en clinique sont un élément très important pour fournir un accès significatif à l'avortement, et que la province a placé un énorme fardeau de fourniture d'accès à l'avortement sur les fournisseurs de soins en clinique et

les organismes bénévoles. Toutes les lacunes que nous avons identifiées sont en fin de compte causées par un manque d'engagement gouvernemental à assurer des services de soins d'avortement gratuits, certains et inclusifs qui fournissent un accès local.

4.6 Stigmatisation et mythes

La stigmatisation et les mythes sur l'avortement sont deux thèmes qui sont apparus dans les données des entretiens et des groupes de discussion, bien qu'un peu moins fréquemment que les autres thèmes abordés dans ce rapport. Les personnes participantes ont parlé d'expériences de stigmatisation et/ou de peur de la stigmatisation, et ont identifié et reproduit un certain nombre de mythes sur les soins liés à l'avortement. Il n'est pas surprenant que la stigmatisation et les mythes caractérisent, du moins en partie, l'histoire de l'avortement au Nouveau-Brunswick. Lorsque l'accès à de bons renseignements sur l'avortement n'est pas prioritaire ou, dans certains cas, est carrément bloqué, les stigmates et les mythes prospèrent.

4.6.1 Stigmatisation

Dans leur rédaction sur la stigmatisation de l'avortement en Irlande, Cullen et Korolczuk affirment que la stigmatisation de l'avortement, "bien qu'observable en tant que phénomène global, est construite localement par le biais de diverses voies et institutions...".¹¹⁶ Hughes¹¹⁷ en explorant le lien entre la décriminalisation et la stigmatisation, prend comme étude de cas l'avortement dans les provinces maritimes. Elle documente le maintien d'une stigmatisation importante des fournisseurs d'avortement et des personnes ayant accès à l'avortement depuis la décriminalisation. Au Nouveau-Brunswick, il ressort clairement des entretiens et des groupes de discussion que la stigmatisation de l'avortement persiste malgré les changements apportés au droit pénal et à la politique des soins de santé, et qu'elle opère et se reproduit dans trois lieux clés : le système médical, le système politique et la société civile, en particulier les organismes anti-choix.

Au niveau du système politique, certaines personnes participantes ont estimé que les opinions des responsables gouvernementaux qui guident l'élaboration de politiques limitant l'accès à l'avortement ne sont pas ancrées dans les exigences d'une bonne santé, mais dans une idéologie anti-choix. Les personnes participantes ont discuté des domaines dans lesquels les actions ou l'inaction du gouvernement, ainsi que l'apparence d'influence du mouvement antiavortement sur les décideurs politiques, ont contribué à créer un climat hostile à la fois aux demandeurs et aux prestataires d'avortement.

Aujourd'hui, l'avortement chirurgical au Nouveau-Brunswick n'est pas abordé ouvertement par le gouvernement provincial, mais, comme l'indique l'introduction de ce rapport, il est ignoré et effacé. Contrairement à l'idéologie ouvertement anti-choix exprimée par le premier ministre Frank McKenna,¹¹⁸ l'avortement est rarement évoqué en public. Le premier ministre Blaine Higgs a admis dans une interview à Radio-Canada

¹¹⁶ Pauline Cullen and Elżbieta Korolczuk, "Challenging Abortion Stigma: Framing Abortion in Ireland and Poland," *Sexual and Reproductive Health Matters* 27, no. 3 (2019):6. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1686197>.

¹¹⁷ Julia Hughes, "Perfectly Legal, but Still Bad: Lessons for Sex Work from the Decriminalization of Abortion," *University of New Brunswick Law Journal* 68 (2017): 232-252

¹¹⁸ *Ibid.*

qu'il était pro-vie, mais sur la question de l'avortement, il n'a qu'une seule ligne de conduite : il n'y a pas d'obstacles aux soins liés à l'avortement dans la province.¹¹⁹ Le fait d'éviter une conversation publique directe sur l'avortement chirurgical dans le cadre d'un système de soins de santé confine la procédure à la honte et stigmatise les bénéficiaires. Plutôt que de voir la province prendre l'initiative de fournir des informations fiables sur les soins liés à l'avortement, le public se heurte au silence ou au déni pur et simple du fait que les Néo-Brunswickois ont besoin et veulent davantage de soins liés à l'avortement que ce qui est actuellement fourni. Cette réticence à discuter de l'avortement chirurgical perpétue la stigmatisation de la procédure elle-même et de celles qui la souhaitent. Comme l'a fait remarquer une participante:

Le fait de ne pas parler ouvertement de l'avortement aggrave la stigmatisation de l'avortement et de l'accès à l'avortement et, par conséquent, l'activisme et les sentiments antiavortement se concentrent sur les endroits où l'avortement est visible, comme les cliniques et les personnes qui demandent un avortement... ils n'ont pas disparu lorsque les cliniques ont été supprimées. Ces sentiments se sont même renforcés parce qu'ils sont cachés.

Au sein du système médical, les personnes participantes ont déclaré connaître ou avoir affaire à des praticiens qui, sur la base de leurs propres croyances, refusent les services de santé reproductive, qu'il s'agisse de prescriptions de contraceptifs, de dilatations, d'orientations vers des avortements ou de ligatures des trompes. Il est certain que le refus d'accès aux soins de santé reproductive est un acte de jugement et reproduit la stigmatisation. Une participante a soulevé le problème de l'idéologie anti-choix au sein du personnel hospitalier et la nécessité de préparer les bénéficiaires au "climat de honte" qui règne dans les hôpitaux.

Il ne s'agit pas seulement de savoir si le projet est financé ou non. C'est plus profond que cela. Vous ne voulez pas passer à l'hôpital pour vous faire opérer, où le personnel est peut-être, comme s'il y avait un climat de peur et de honte à l'hôpital. Je dois toujours préparer mes bénéficiaires à leurs rendez-vous, en leur disant : "Écoutez, cela peut arriver, alors assurez-vous d'emmener quelqu'un".

La honte et la stigmatisation ont un impact négatif sur les bénéficiaires qui cherchent à obtenir des soins médicaux.

Enfin, la stigmatisation a été identifiée comme étant reproduite par les organismes et les mouvements anti-choix. À côté de la clinique Morgentaler, puis de la Clinique 554 se trouve un "centre de soins pour les femmes", un organisme anti-choix qui, à un moment donné, a exposé dans sa vitrine un fœtus en plastique, comme s'il s'agissait d'une vigile. Le mouvement anti-choix au Nouveau-Brunswick a ciblé la clinique Morgentaler et la Clinique 554 par des manifestations régulières, obligeant les bénévoles à escorter les bénéficiaires avortées à l'intérieur et à l'extérieur du bâtiment. Il y a toujours au moins une marche de N.-B Right to Life à Fredericton, et les personnes participantes ont

¹¹⁹ "Blaine Higgs se dit «pro-vie» et ne veut pas réviser son approche sur l'avortement | Radio-Canada.ca," *Radio-Canada*, accessed October 5, 2023, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1882852/avortement-debat-legalisation-acces-politique>.

mentionné l'existence de panneaux et d'affiches anti-choix dans la province. De telles manifestations publiques de sentiments anti-choix, surtout lorsqu'elles sont dirigées directement vers les bénéficiaires, reproduisent la honte et le stigma et créent une charge de travail supplémentaire pour les bénévoles et le personnel de la clinique.¹²⁰

Une répondante a décrit l'impact négatif des manifestants anti-choix à l'extérieur de la clinique Morgentaler et plus tard de la Clinique 554 pour les bénéficiaires en quête de soins. Un autre répondant a suggéré que le stress émotionnel causé par les manifestants antiavortement rendrait probablement la procédure d'avortement plus inconfortable ou douloureuse qu'elle ne le serait normalement. Bien que la plupart des manifestations contre l'avortement aient cessé lorsque la Clinique 554 a été ouverte en tant que cabinet de médecine familiale, les personnes participantes ont noté que le mouvement anti-choix est devenu plus subtil, et qu'il est également possible qu'il soit devenu plus puissant. D'autres ont témoigné avoir vu des personnes en position de pouvoir, y compris des professionnels de la santé, de hauts fonctionnaires et le premier ministre Blaine Higgs, participer à des activités militantes anti-choix.

Les effets de la stigmatisation de l'avortement sont supportés de manière disproportionnée par les bénéficiaires appartenant à des groupes privés d'équité dont les expériences de "stigmatisation sociale [sont] exacerbée lorsqu'elles ont recours à l'avortement, comme les minorités de genre, les personnes racialisées et celles qui vivent dans la pauvreté".¹²¹

Certaines personnes participantes ont décrit avoir observé une légère réduction de la stigmatisation entourant l'avortement depuis 2015. Cet effet est attribué au travail des défenseurs et aux discussions publiques et déclarations des politiciens provinciaux et fédéraux dans les médias traditionnels et sociaux au sujet de la fermeture de la clinique Morgentaler. Les personnes participantes ont suggéré que des discussions publiques plus ouvertes pourraient encourager les personnes ayant subi un avortement à se sentir plus à l'aise pour partager leurs propres expériences. Ces observations peuvent représenter des développements pleins d'espoir, mais compte tenu des multiples impacts signalés de la stigmatisation antiavortement, ou même de la stigmatisation antiavortement perçue sur les bénéficiaires et les prestataires, il est urgent que le leadership gouvernemental prenne des mesures pour réduire la stigmatisation d'une procédure de soins de santé courante.

4.6.2 Mythes

Outre les observations et les expériences de stigmatisation, les personnes participantes ont identifié un certain nombre de mythes sur l'avortement qui circulent en l'absence d'informations de qualité et d'une conversation ouverte sur les soins liés à l'avortement. Deux types de mythes sont apparus dans nos données : les mythes observés par les personnes participantes et les mythes perpétués par les personnes participantes.

¹²⁰ Rebecca Lentjes, Amy E. Alterman, and Whitney Arey, "The Ripping Apart of Silence': Sonic Patriarchy and Anti-Abortion Harassment," *Resonance* 1, no. 4 (2020): 422–42, <https://doi.org/10.1525/res.2020.1.4.422>.

¹²¹ Cullen and Korolczuk, "Challenging Abortion Stigma", 8.

Les mythes observés par les personnes participantes provenaient de conversations en personne, du bouche-à-oreille ou des médias sociaux. Les exemples comprenaient un certain nombre de points de discussion antiavortement : quatre mentions de mythes sur l'avortement en tant que procédure dangereuse, quatre mentions de la rhétorique de "l'avortement comme moyen de contrôle des naissances", deux mentions de médecins pratiquant des avortements parce que c'est rentable, et des mythes sur les personnes qui se font avorter.

Il s'agit en effet d'un mythe. Au Canada, une personne sur trois ayant un utérus aura recours à l'avortement au cours de sa vie, dont un grand nombre de personnes ayant déjà des enfants.¹²²

D'autres mythes identifiés par les personnes participantes comprenaient le fait qu'il n'y avait "nulle part" où accéder à un avortement, et que les soins d'avortement au Nouveau-Brunswick étaient plus restrictifs qu'ils ne le sont en réalité. Les mythes perpétués par les personnes participantes comprenaient l'idée que l'avortement est une procédure compliquée et difficile, nécessitant une anesthésie générale, que l'avortement n'a jamais été couvert par l'Assurance-maladie au Nouveau-Brunswick, et qu'il y a une limite de poids pour Mifegymiso.

Comme pour la stigmatisation, il est nécessaire que le gouvernement prenne l'initiative et encourage un dialogue ouvert sur l'avortement dans le cadre d'un système de soins de santé reproductive. Sans un accès ouvert à de bonnes informations, la stigmatisation et les mythes persisteront. L'absence d'avortement local financé par les cliniques affecte les délais, la certitude des résultats et accentue la stigmatisation, tout en privant la population d'un service de santé commun.

5.0 Conclusion et recommandations

Ce rapport a documenté de nombreux obstacles sociopolitiques, juridiques, informationnels et logistiques à l'avortement chirurgical au Nouveau-Brunswick, ainsi que certains obstacles à l'avortement médical. De façon retentissante, les données qualitatives et quantitatives démontrent que le statu quo au Nouveau-Brunswick n'est pas un statu quo où l'avortement chirurgical financé par l'État est "très accessible". La dépendance à l'égard de la Clinique 554 pour accéder aux avortements chirurgicaux, la désinformation présente dans les discussions quotidiennes sur tous les aspects des soins d'avortement, le travail considérable nécessaire pour identifier les voies d'accès existantes aux soins d'avortement financés par l'État, la tension émotionnelle causée par l'incertitude liée à l'attente des hôpitaux pour fixer une date, ainsi que le stress et les coûts financiers liés à l'organisation du transport vers les hôpitaux ne sont que quelques exemples de la façon dont l'accès à l'avortement chirurgical financé par l'État est rendu inutilement complexe. De plus, les données qualitatives montrent que l'impact de ces

Je pense qu'il y a aussi un mythe sur qui a accès à l'avortement. Je pense encore qu'il y a un mythe selon lequel ce serait une jeune fille irresponsable qui fait la fête, ou j'ai entendu des gens dire que les gens utilisent l'avortement comme une forme de contraception...

¹²² Dorothy Shaw and Wendy V. Norman, "When There Are No Abortion Laws: A Case Study of Canada".

obstacles à l'avortement couvert par l'Assurance-maladie n'est pas supporté de manière égale, mais crée des difficultés disproportionnées pour les bénéficiaires qui vivent dans la pauvreté, dans des communautés rurales, qui sont racialisées et subissent le racisme dans les espaces médicaux, et qui n'ont pas accès à un fournisseur de soins primaires pro-choix ou à un fournisseur de soins primaires qui connaît bien l'avortement au Nouveau-Brunswick. Pour que les soins d'avortement soient vraiment accessibles au Nouveau-Brunswick, ils doivent être locaux, certains, inclusifs et gratuits. Voici les principales recommandations issues de la recherche.

Elles reflètent à la fois les points de vue des nombreux intervenants et intervenantes avec lesquels nous nous sommes entretenus au cours du processus de recherche et ceux de l'équipe de recherche.

Si les données de ce projet montrent clairement que le gouvernement du Nouveau-Brunswick doit agir pour garantir l'accès à l'avortement à toutes celles qui le souhaitent, l'accès n'est pas seulement une question provinciale. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans l'élargissement de l'accès à l'avortement dans tout le pays, en particulier dans les communautés rurales et parmi les groupes en quête d'équité qui sont confrontés à des obstacles supplémentaires. Le rôle de chef de file du gouvernement fédéral est particulièrement important pour les Néo-Brunswickois, car la province a perdu sa crédibilité en matière de soins liés à l'avortement en raison d'un refus persistant de reconnaître et de combler les lacunes en matière d'accès. Les recommandations suivantes portent donc sur les mesures qui peuvent être prises par les deux niveaux de gouvernement.

Recommandation 1 : Le gouvernement du Nouveau-Brunswick devrait abroger l'alinéa 2.01(b) a.1, Annexe 2, Règlement général de la Loi sur le paiement des services médicaux

La recommandation la plus populaire et la plus ancienne est l'abrogation du règlement 84-20 (a.1) de la loi de 1989¹²³ sur le paiement des services médicaux, qui limite la couverture par l'Assurance-maladie de l'avortement chirurgical à trois hôpitaux dans deux villes. La suppression de cette réglementation ne nécessite pas d'amendement législatif, mais simplement un décret. L'abrogation permettrait aux professionnels de la santé formés aux soins d'avortement d'offrir des avortements chirurgicaux couverts par l'Assurance-maladie dans leurs propres communautés, réduisant ainsi les obstacles logistiques et financiers identifiés par cette recherche, tels que le transport et les séjours de nuit, les congés supplémentaires, la garde d'enfants et l'identification d'une personne de confiance accompagnement. En outre, l'abrogation du 84-20 (a.1) devrait réduire les temps d'attente pour les avortements et les autres services de soins reproductifs dans les hôpitaux surchargés du Nouveau-Brunswick.

¹²³ *General Regulation - Medical Services Payment Act*, NB Reg 1989-84-20

L'abrogation de cette section du 84-20 n'est toutefois qu'un point de départ pour améliorer l'accès à l'avortement dans la province. D'autres mesures concernant les lacunes en matière d'information et l'accès en milieu rural, par exemple, doivent être envisagées si l'on veut que les soins d'avortement chirurgical au Nouveau-Brunswick soient véritablement intégrés au paysage du système de soins de santé de la province. Jusqu'à présent, le gouvernement fédéral a tenté d'encourager le gouvernement du Nouveau-Brunswick à combler les lacunes en matière d'accès aux soins liés à l'avortement en retenant une partie du Transfert canadien en matière de santé qui reflétait la surfacturation et les frais d'utilisation payés par les bénéficiaires ayant besoin d'un avortement¹²⁴ Il est temps que le gouvernement fédéral envisage d'autres politiques pour favoriser un accès plus équitable non seulement aux soins d'avortement chirurgical, mais aussi à tous les soins d'avortement à travers le pays. Les recommandations suivantes portent sur des outils potentiels pour faciliter l'accès à l'avortement au-delà de la retenue des fonds du Transfert canadien en matière de santé.

Recommandation 2 : Le gouvernement du Canada devrait demander à l'ICIS et à Statistique Canada d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie nationale visant à combler les lacunes en matière de données sur les soins liés à l'avortement.

La désinformation sur l'avortement est l'un des obstacles les plus importants aux soins d'avortement au Nouveau-Brunswick, y compris les soins d'avortement chirurgical. Le manque de connaissances sur les limites d'âge gestationnel, les différents types d'avortement et de procédures d'avortement, les endroits où obtenir un avortement, les personnes qui peuvent fournir un avortement, ainsi que le coût et les risques de l'avortement ont été omniprésents dans les données. Ces informations erronées ou manquantes ne se limitaient pas aux bénéficiaires, mais concernaient également les prestataires de soins de santé qui ne proposent pas de soins en matière d'avortement. Des groupes locaux tels que Justice reproductive Nouveau-Brunswick et MyChoiceNB, et des organismes nationaux tels que la Fédération nationale de l'avortement et le Canadian Abortion Providers Support forum, ont cherché à résoudre ces problèmes persistants de désinformation et d'informations manquantes. Toutefois, le gouvernement doit également faire preuve de leadership dans ce domaine. La province, compte tenu de ses antécédents en matière de politique antiavortement et de son refus persistant de reconnaître les obstacles existants aux soins liés à l'avortement, a une crédibilité limitée sur cette question.

¹²⁴Health Canada, *Canada Health Act Annual Report 2020-2021*, (Ottawa: Health Canada, February 2022), <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2020-2021/canada-health-act-annual-report-2020-2021-eng.pdf>.

Le Canada abrite des organisations de défense du droit à l'avortement, des professionnels de la santé et des universitaires qui s'efforcent de briser les mythes et la désinformation,¹²⁵ ¹²⁶ demandent des changements dans les programmes d'enseignement médical,¹²⁷ et qui ont mis au point des outils Mifegymiso à l'intention des pharmaciens,¹²⁸ ¹²⁹ pour ne citer que quelques interventions. Heureusement, le gouvernement fédéral a reconnu la nécessité de soutenir et d'exploiter cette expertise et a annoncé l'octroi de 3,5 millions de dollars à des projets menés par Action Canada et la Fédération nationale de l'avortement afin d'améliorer les obstacles à l'accès, notamment l'accès à des "informations précises en matière de santé reproductive."¹³⁰ Action Canada développera la ligne d'accès et le centre d'information sur la santé sexuelle, tandis que la Fédération nationale de l'avortement du Canada fournira une aide financière aux personnes ayant besoin de soins en matière d'avortement, formera les prestataires de soins de santé aux soins en matière d'avortement et soutiendra les établissements pratiquant l'avortement.

Pour effectuer ce travail d'amélioration de l'accès et des connaissances et de dissipation des mythes, il est nécessaire que le gouvernement fédéral soutienne l'élaboration d'un plan national de collecte et d'analyse des données sur l'avortement. Comme nous l'avons expliqué en détail dans ce rapport, le manque d'accès à des données fiables et comparables sur l'avortement chirurgical et médical empêche les universitaires, les prestataires de soins de santé et les décideurs politiques d'évaluer le besoin d'avortement, l'efficacité des stratégies actuelles d'accès mobilisé à l'avortement et la capacité des systèmes de soins de santé existants à répondre aux besoins en matière d'avortement. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé a déjà publié des données beaucoup plus importantes sur les soins liés à l'avortement au Nouveau-Brunswick, y compris le nombre d'avortements détaillé par âge gestationnel, ce qui est essentiel pour comprendre l'impact de Mifegymiso. Nous recommandons au gouvernement fédéral de soutenir l'Institut canadien d'information sur la santé dans le développement d'une base de données plus solide sur l'avortement à travers le pays et de demander à Statistique

¹²⁵ Roopan Gill and Wendy V. Norman, "Telemedicine and Medical Abortion: Dispelling Safety Myths, with Facts," *MHealth* 4 (2018): 3, <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.01.01>.

¹²⁶ Action Canada for Sexual Health and Rights, "Common Myths About Abortion," April 5, 2023, https://www.actioncanadashr.org/campaigns/common-myths-about-abortion?psafe_param=1&gclid=CjwKCAjwpJWoBhA8EiwAHZFzfuzgLP7IL4VIplbBYrsJfWQ4aGD8pfxTHMU3wLfhyvImXt2lVt4NxoCsVMQAvD_BwE.

¹²⁷ Julia Lew and Ashley Waddington, "Therapeutic Abortion in Undergraduate Medical School Curricula: A Systematic Review of the Literature," *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41, no. 5 (2019): 723. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.02.202>

¹²⁸ Ashley Bancsi and Kelly Grindrod, "Medical Abortion: A Practice Tool for Pharmacists," *Canadian Pharmacists Journal / Revue Des Pharmaciens Du Canada* 152, no. 3 (2019): 160–63, <https://doi.org/10.1177/1715163519840270>.

¹²⁹ Nevena Rebic et al., "Pharmacist Checklist and Resource Guide for Mifepristone Medical Abortion: User-Centred Development and Testing," *Canadian Pharmacists Journal / Revue Des Pharmaciens Du Canada* 154, no. 3 (2021): 133–221, <https://doi.org/10.1177/17151635211005503>.

¹³⁰ Health Canada, Government of Canada, *Government of Canada Strengthens Access to Abortion Services*, May 11, 2022, <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2022/05/government-of-canada-strengthens-access-to-abortion-services.html>.

Canada d'inclure des questions sur l'avortement dans le recensement, en particulier sur l'utilisation de Mifegymiso.

Recommandation 3 : Le gouvernement du Canada devrait collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie d'accès à l'avortement en milieu rural.

Les données qualitatives démontrent que l'un des principaux obstacles logistiques à l'accès à l'avortement au Nouveau-Brunswick est la géographie. Lors du dernier recensement, plus de 49% de la population du Nouveau-Brunswick vivait dans des communautés rurales.¹³¹ Les personnes vivant en milieu rural doivent souvent parcourir de longues distances pour obtenir des soins liés à l'avortement et n'ont pas d'accès fiable au transport en commun, ce qui rend le transport vers les hôpitaux ou la Clinique 554 plus difficile et, dans de nombreux cas, plus coûteux. Par ailleurs, la couverture internet dans de nombreuses régions rurales du Nouveau-Brunswick est médiocre, ce qui entrave l'accès à des informations fiables. Ces obstacles sont particulièrement préoccupants pour le nord du Nouveau-Brunswick, une région essentiellement rurale de la province, qui connaît un taux de pauvreté élevé et abrite une population majoritairement francophone qui peut se heurter à des barrières linguistiques lorsqu'elle se rend dans le sud pour obtenir des soins en matière d'avortement.

Ces obstacles aux soins liés à l'avortement pour les populations rurales ne se limitent pas au Nouveau-Brunswick. Dans l'ensemble du pays, les personnes vivant dans des communautés rurales et éloignées subissent "d'énormes frais de déplacement pour accéder aux soins [d'avortement]"¹³² ainsi que des taux plus élevés de pauvreté économique¹³³ qui rendent les coûts financiers de l'accès aux soins de santé particulièrement lourds, ce qui se traduit par une moins bonne santé en général.¹³⁴ ¹³⁵ Paynter¹³⁶ propose des recommandations pour améliorer l'accès dans les communautés rurales et éloignées, notamment en autorisant les sages-femmes et les infirmières praticiennes à pratiquer des avortements chirurgicaux et en mobilisant la richesse des connaissances des professionnels de la santé pour mieux distribuer Mifegymiso (la pilule abortive) par le biais d'un modèle de prescription sans contact. Le potentiel de Mifegymiso pour remédier aux disparités d'accès à l'avortement dans les zones rurales est

¹³¹ Statistics Canada, "Population Growth in Canada's Rural Areas, 2016 to 2021," February 9, 2022, <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-eng.cfm>.

¹³² Martha Paynter, "How Can Canada Improve Access to Abortion Care?," University of New Brunswick, *Women's Health Research Cluster* (blog), March 24, 2023, <https://womenshealthresearch.ubc.ca/blog/how-can-canada-improve-access-abortion-care>.

¹³³ C. Ruth Wilson et al., "Progress Made on Access to Rural Health Care in Canada," *Canadian Family Physician* 66, no. 1 (2020): 31–36, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012120/>.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ Deanna White, "Development of a Rural Health Framework: Implications for Program Service Planning and Delivery," *Healthcare Policy* 8, no. 3 (2013): 27–41, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999556/>.

¹³⁶ Paynter, "How Can Canada Improve Access to Abortion Care?"

également relevé par Norman et al.,¹³⁷ et Renner et al.¹³⁸. Norman et al.¹³⁹ notent en outre que la majorité des fournisseurs d'avortements chirurgicaux au Canada sont des médecins de famille et, dans une étude antérieure, suggèrent que "le déplacement des avortements chirurgicaux hors des salles d'opération [des hôpitaux] vers des établissements de soins ambulatoires locaux"¹⁴⁰ pourrait améliorer l'accès dans les zones rurales. Compte tenu de la capacité des médecins de famille à pratiquer des avortements chirurgicaux/procéduraux, nous recommandons que ce prestataire de services soit fourni dans les cliniques de médecine familiale afin d'améliorer l'accès en milieu rural. Le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, les spécialistes nommés ci-dessus et des organismes comme le Comité sur la mise en œuvre du Plan d'action pour la médecine rurale ¹⁴¹, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et la Société Santé en français, devrait élaborer une stratégie d'accès spécifique à l'avortement dans les régions rurales et éloignées afin de fournir les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ces solutions et d'autres solutions au problème de l'accès dans les régions rurales et éloignées.

Recommandation 4 : Les gouvernements à tous les niveaux devraient collaborer à l'élaboration de stratégies visant à répondre aux besoins des membres des groupes en quête d'équité qui ont besoin de soins de santé génésique, notamment par la création d'un comité interministériel.

Comme indiqué au début du rapport, la justice reproductive ne se limite pas à l'accès à l'avortement. Il s'agit de l'accès aux soutiens économiques et sociaux qui permettent une autonomie reproductive complète.¹⁴² ¹⁴³ En d'autres termes, la justice reproductive n'est possible que lorsque les femmes et les minorités de genre ont un accès complet aux soins

¹³⁷ Wendy V Norman et al., "Could Implementation of Mifepristone Address Canada's Urban–Rural Abortion Access Disparity: A Mixed-Methods Implementation Study Protocol," *BMJ Open* 9, no. 4 (April 20, 2019): e028443, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028443>.

¹³⁸ Regina M. Renner et al., "Abortion Services and Providers in Canada in 2019: Results of a National Survey," *CMAJ Open* 10, no. 3 (2022): E856–64, <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210232>.

¹³⁹ Norman et al., "Could Implementation of Mifepristone Address Canada's Urban–Rural Abortion Access Disparity."

¹⁴⁰ Wendy V. Norman et al., "Barriers to Rural Induced Abortion Services in Canada: Findings of the British Columbia Abortion Providers Survey (BCAPS)," *PLOS ONE* 8, no. 6 (2013), 6: e67023, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067023>.

¹⁴¹ Une organisation coparrainée par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC). Voir <https://www.cfpc.ca/fr/member-services/committees/rural-roadmap-implementation-committee>

¹⁴² Zakiya Luna, *Reproductive Rights As Human Rights: Women of Color and the Fight for Reproductive Justice* (New York University Press, 2020), <https://web-p-ebsohost-com.proxy.hil.unb.ca/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlymtfXzIoNjUoMDNfXoFOo?sid=607c907e-0a88-4a83-b810-99568fac9189@redis&vid=o&format=EB&rid=1>.

¹⁴³ Loretta Ross and Rickie Solinger, *Reproductive Justice: An Introduction* (University of California Press, 2017), <https://web-p-ebsohost-com.proxy.hil.unb.ca/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlymtfXzEoNzc5ODFfXoFOo?sid=9b00b477-8163-45f7-848c-4d2075d224c@redis&vid=o&format=EB&rid=1>.

de santé reproductive et aux aides sociales et économiques qui leur donnent les moyens de contrôler quand et comment se reproduire, la structure et la taille de leur famille, et la manière dont utiliser les moyens de régulation des naissances.^{144 145}

Si l'accès à l'avortement médical et chirurgical fait certainement partie de la justice reproductive, le simple fait de fournir un meilleur accès aux soins d'avortement ne résoudra pas la pauvreté genrée et raciale et la transphobie persistante qui, fondamentalement, prive tant de personnes du contrôle sur le lieu et la manière dont elles et ils se reproduisent ou choisissent de ne pas se reproduire, sont parents ou choisissent de ne pas l'être, et construisent leur famille d'une autre manière. Il faut au moins s'attaquer à l'oppression économique et médicale des groupes privés d'équité, y compris la dévaluation et, dans certains cas, la limitation des capacités et des choix en matière de reproduction des groupes racialisés, autochtones,^{146 147}handicapés¹⁴⁸, et autres groupes méritant l'équité.

Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle dans le soutien à la justice reproductive au-delà de la mise en œuvre des recommandations ci-dessus. D'un point de vue politique, le gouvernement fédéral pourrait créer un comité interministériel (par exemple, les ministères de la Santé, des Services aux Autochtones ; de la Famille, des Enfants et du Développement social; du Logement, de l'Infrastructure et des Collectivités; des Femmes et de l'Égalité des genres et de la Jeunesse; du Développement économique rural; de la Diversité et de l'Inclusion et des Personnes en situation de handicap; de la Santé mentale et des Dépendances) pour travailler ensemble à l'élaboration de politiques complémentaires à travers ces portefeuilles, avec pour objectif une autonomie reproductive significative au Canada. Une telle entreprise s'inscrirait dans le prolongement de l'engagement du gouvernement fédéral en faveur d'une approche fondée sur l'ACS+ pour l'élaboration des politiques et la conception des programmes.¹⁴⁹

Le Nouveau-Brunswick a été la première province à assurer la couverture de Mifegymiso par l'Assurance-maladie et est bien placé pour être un chef de file dans la prestation de soins d'avortement complets et financés par l'État, c'est-à-dire des soins d'avortement qui sont gratuits, certains, inclusifs et locaux. Le Nouveau-Brunswick dispose déjà de la capacité institutionnelle nécessaire pour élargir l'accès à l'avortement. Il y a deux

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Luna, *Reproductive Rights As Human Rights: Women of Color and the Fight for Reproductive Justice*.

¹⁴⁶ Karen Stote, *An Act of Genocide: Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women* (Halifax: Fernwood Publishing, 2015).

¹⁴⁷ Chaneesa Ryan, Abrar Ali, and Christine Shawana, "Forced or Coerced Sterilization in Canada: An Overview of Recommendations for Moving Forward," *International Journal of Indigenous Health* 16, no. 1 (2021): 275–90, <https://doi.org/https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33369>.

¹⁴⁸ Tobin LeBlanc Haley, "Intimate Constraints: A Feminist Political Economy Analysis of Biological Reproduction and Parenting in High-Support Housing in Ontario," *Palgrave Communications* 3, no. 1 (2017): 1–12, <https://doi.org/10.1057/s41599-017-0053-9>.

¹⁴⁹ Women and Gender Equality Government of Canada, "Government of Canada's Approach on Gender-Based Analysis Plus," September 18, 2023, <https://women-gender-equality.canada.ca/en/gender-based-analysis-plus/government-approach.html#commitment>.

autorités sanitaires qui coordonnent les soins de santé dans un petit endroit avec une petite population. De plus, comme l'a démontré cette recherche, la province dispose d'une mine de connaissances sur les mesures à prendre pour combler les lacunes persistantes en matière d'accès qui ont un impact disproportionné sur les groupes qui méritent l'équité. Il est temps d'agir.

6.0 Bibliographie

- “Abortion Policy Comes Under Fire from Both Sides.” *Telegraph Journal*, February 13, 1988.
- “Abortion Policy Concerns Women’s Council.” *Daily Gleaner*, February 18, 1988.
- Abortion Rights Coalition of Canada (ARCC). “Safe Access Zone Laws and Court Injunctions in Canada (to Protect Abortion Access).” Abortion Rights Coalition of Canada, August 22, 2022. <https://www.arcc-cdac.ca/media/2020/06/Bubble-Zones-Court-Injunctions-in-Canada.pdf>.
- Abortion Rights Coalition of Canada. “Position Paper #80. Why Anti-Choice Groups Should Not Have Charitable Tax Status,” 2023. <https://www.arcc-cdac.ca/media/position-papers/80-Charitable-Tax-Status.pdf>.
- Ackerman, Katrina. “A Region at Odds: Abortion Politics in the Maritime Provinces, 1969-1988.” PhD Thesis, University of Waterloo, 2015.
- Ackerman, Katrina. “After Morgentaler: The Politics of Abortion in Canada.” *Canadian Historical Review* 100, no. 2 (2019): 312–14. <https://doi.org/10.3138/chr.100.2.br14.en>.
- Ackerman, Katrina. “In Defence of Reason: Religion, Science, and the Prince Edward Island Anti-Abortion Movement, 1969–1988.” *Canadian Bulletin of Medical History* 31, no. 2 (2014): 117–38. <https://doi.org/10.3138/cbmh.31.2.117>.
- Action Canada for Sexual Health and Rights. “Common Myths About Abortion.” April 5, 2023. https://www.actioncanadashr.org/campaigns/common-myths-about-abortion?psafe_param=1&gclid=CjwKCAjwpJWoBhA8EiwAHZFzfuzgLP7IL4VIplbBYrsJfWQ4aGD8pfhxTHMU3wLfhyvImXt2lVt4NxoCsVMQAvD_BwE.
- An Act to Amend An Act Respecting the New Brunswick Medical Society and the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick*, SNB 1985, c 76.
- Atcheson, Heather, Chelsea Driscoll, and the Human Development Council. *New Brunswick’s 2022 Child Poverty Report Card*. Human Development Council, 2023. <https://sjhdc.ca/report/new-brunswicks-2022-child-poverty-report-card/>.
- Backhouse, Constance B. “Involuntary Motherhood: Abortion, Birth Control and the Law in Nineteenth Century Canada.” *Windsor Yearbook of Access to Justice* 3 (1983): 61-130.
- Bailey, Martha, and Nicholas Bala. “Canada: Abortion, Divorce, and Poverty, and Recognition of Nontraditional Families.” *Journal of Family Law* 30, no. 2 (1992 1991): 279–88. <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/branlaj30&i=289>.

- Baines, Beverley. "Abortion, Judicial Activism and Constitutional Crossroads." *University of New Brunswick Law Journal* 53, no. 2004 (2019): 157–83. <https://journals.lib.unb.ca/index.php/unblj/article/view/29427>.
- Bancsi, Ashley, and Kelly Grindrod. "Medical Abortion: A Practice Tool for Pharmacists." *Canadian Pharmacists Journal / Revue Des Pharmaciens Du Canada* 152, no. 3 (2019): 160–63. <https://doi.org/10.1177/1715163519840270>.
- Begun, Stephanie, Katie Massey Combs, Kaitlin Schwan, Michaela Torrie, and Kimberly Bender. "‘I Know They Would Kill Me’: Abortion Attitudes and Experiences Among Youth Experiencing Homelessness." *Youth & Society* 52, no. 8 (2020): 1457–78. <https://doi.org/10.1177/0044118X18820661>.
- Boesveld, Sarah. "Abortion Thrust into Spotlight in New Brunswick Election after ‘Strategic’ Blitz by Activists." *Nationalpost*, September 17, 2014. <https://nationalpost.com/news/politics/abortion-thrust-into-spotlight-in-new-brunswick-election-after-strategic-blitz-by-activists>.
- Brown, Silas. "Health Authorities Are Responsible for Abortion Access, Not the Government: Higgs." *Global News*, June 2, 2021. <https://globalnews.ca/news/7915697/n-b-abortion-access-responsibility-debate/>.
- Brown, Katherine, Melissa Plummer, Arielle Bell, Maya Combs, Brandi Gates-Burgess, Alexandra Mitchell, Marshawna Sparks, Monica R. McLemore, and Andrea Jackson. "Black Women’s Lived Experiences of Abortion." *Qualitative Health Research* 32, no. 7 (2022): 1099–1113. <https://doi.org/10.1177/10497323221097622>.
- Burningham, Sarah. "Provincial Jurisdiction over Abortion." *Queen’s Law Journal* 45, no. 1 (2019): 37–80. <https://journal.queenslaw.ca/sites/qljwww/files/Issues/Vol%2045%20i1/3.%20Burningham%20-%20Final.pdf>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). "Induced Abortions Reported in Canada in 2017." Access Data and Report, n.d. <https://www.cihi.ca/en/search?query=induced+abortions>.
- Committee on the Operation of the Abortion Law. "Canada. Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law, (Ottawa: Ministry of Supplies and Services, 1977) (Chair: Robin Badgley)." Ottawa: Ministry of Supplies and Services, January 1977. Bora Laskin Law Library, University of Toronto. https://library.law.utoronto.ca/whrr/Badgley_Report.
- Canadian Press. "N.B. to Provide Abortion Pill Mifegymiso Free of Charge." *Atlantic*, April 4, 2017. <https://atlantic.ctvnews.ca/n-b-to-provide-abortion-pill-mifegymiso-free-of-charge->

[1.3354427?cache=yes%3FautoPlay%3Dtrue%3FclipId%3D89530%3Fot%3DAjaxLayout](https://www.cbc.ca/news/1.3354427?cache=yes%3FautoPlay%3Dtrue%3FclipId%3D89530%3Fot%3DAjaxLayout)

Canadian Press, The. "Maritime Bus Gets \$720,000 Subsidy to Operate Routes in Northern New Brunswick." *CTV News*, January 29, 2021. <https://atlantic.ctvnews.ca/maritime-bus-gets-720-000-subsidy-to-operate-routes-in-northern-new-brunswick-1.5287970>.

CCLA v PNB, 2021 NBQB 119.

"Chalmers Abortion Panel Put in Limbo." *Telegraph Journal*, February 10, 1988.

Choudhry, Sujit. "The Enforcement of the Canada Health Act." *McGill Law Journal* 41, no. 2 (1996): 461-508. <https://ssrn.com/abstract=1137723>.

Coalition for Life and Health v Dr. Henry Morgentaler and the Province of New Brunswick, 2005 NBCA 3. (CanLII)

Connolly, Amanda. "Ultrasound No Longer Required before Patients Can Access Abortion Pill: Health Canada." *Global News*, April 16, 2019. <https://globalnews.ca/news/5173789/how-to-get-abortion-pill-canada-ultrasound/>.

Criminal Law Amendment Act, 1968-69 SC 1968-69, c 38, s 18.

Cullen, Pauline, and Elżbieta Korolczuk. "Challenging Abortion Stigma: Framing Abortion in Ireland and Poland." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27, no. 3 (2019): 6–19. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1686197>.

Dodge, Laura, Sharon Phillip, Dayna Neo, Siripanth Nippita, Maureen Paul, and Michele Hacker. "Just Google It: Quality of Information Available Online for Abortion Self-Referral." *Contraception* 96, no. 4 (2017): 274. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.049>.

Downie, Jocelyn, and Carla Nassar. "Barriers to Access to Abortion through a Legal Lens" *Health Law Journal* 15 (2008): 143-174. <https://ssrn.com/abstract=2071284>.

Downie, Jocelyn, Jacquelyn Shaw, and Carolyn McLeod. "Moving Forward with a Clear Conscience: A Model Conscientious Objection Policy for Canadian Colleges of Physicians and Surgeons." *Health Law Review* 21, no. 3 (2013): 28–32.

Dutton, Daniel J., and J.C. Herbert Emery. "Deep poverty in New Brunswick: A Description and National Comparisons." Fredericton: New Brunswick Institute for Research, Data and Training, 2019. <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/esic/pdf/DeepPoverty.pdf>

Dunn, Sheila, and Rebecca Cook. "Medical Abortion in Canada: Behind the Times." *CMAJ* 186, no. 1 (2014): 13–14. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131320>.

- Erdman, Joanna N. “Constitutionalizing Abortion Rights in Canada.” *Ottawa Law Review* 49, no. 1 (2018): 221. <https://rdo-olr.org/wp-content/uploads/2018/09/OLR-49-1-11-Erdman-Final.pdf>.
- Foster, Angel M., Kathryn J. LaRoche, Julie El-Haddad, Lauren DeGroot, and Ieman M. El-Mowafi. “‘If I Ever Did Have a Daughter, I Wouldn’t Raise Her in New Brunswick:’ Exploring Women’s Experiences Obtaining Abortion Care before and after Policy Reform.” *Contraception* 95, no. 5 (2017): 477–84. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.02.016>.
- Froc, Kerri A. “New Brunswick Women’s Rights and the Legal Imagination.” *Journal of New Brunswick Studies / Revue d’études Sur Le Nouveau-Brunswick* 13, no. 2 (December 3, 2021): 27-35. <https://journals.lib.unb.ca/index.php/JNBS/article/view/32610>.
- General Regulation - Medical Services Payment Act*, NB Reg 1989-84-20.
- General Regulation - Medical Services Payment Act*, NB Reg 1989-84-20, sched 2, s. 2.01(b) (a.1).
- Gilbert, Daphne. “Attesting to Fundamental Human Rights: The Backlash to the Active Promotion of Equality in Canada.” *Journal of Law & Equality* 16 (2020): 1–36. <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/jleq16&i=26>.
- Gill, Roopan, and Wendy V. Norman. “Telemedicine and Medical Abortion: Dispelling Safety Myths, with Facts.” *MHealth* 4 (2018): 3. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.01.01>.
- Gilbert, Allison, Danielle Gelfand, Jenifer Fortin, Danielle Roncari, and Alisa Goldberg. “At-Home Urine Pregnancy Test Assessment after Mifepristone and misoprostol for Undesired Pregnancy of Unknown Location.” *Contraception* 120 (2023): 109955. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.109955>.
- Government of Canada, Health Canada. “Government of Canada Strengthens Access to Abortion Services.” May 11, 2022, <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2022/05/government-of-canada-strengthens-access-to-abortion-services.html>.
- Government of Canada, Women and Gender Equality. “Government of Canada’s Approach on Gender-Based Analysis Plus.” September 18, 2023. <https://women-gender-equality.canada.ca/en/gender-based-analysis-plus/government-approach.html#commitment>.
- Government of New Brunswick, Economic and Social Inclusion Corporation. “Community Transportation Services.” Social Supports NB, April 10, 2023. https://socialsupportsnb.ca/en/simple_page/community-transportation-services.

- Government of New Brunswick. "Geography." Accessed September 18, 2023.
https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/gateways/about_nb/geography.html.
- Government of New Brunswick. "Medicare." Health. Accessed October 24, 2023.
<https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/Medicare.html>.
- Government of New Brunswick. "Ferries." Transportation and Infrastructure - Bridges & Ferries. Accessed September 18, 2023.
https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/dti/bridges_ferries/content/ferries.html.
- Government of New Brunswick, New Brunswick Department of Health. "New Legislation to Allow Some Surgical Procedures to Be Performed Outside Hospitals." Accessed October 24, 2023.
https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/news/news_release.2023.05.0231.html.
- Government of New Brunswick: Department of Health, Pharmaceutical Services. "Medical Abortion Program Policy (Plan J)." Government of New Brunswick, November 19, 2019. https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/policymanual-manuelpolitiques/Medical-Abortion-Program_Plan-J.pdf.
- Government of New Brunswick. "Government of New Brunswick, " Programme d'avortement médical du Nouveau-Brunswick: Demandes de remboursement pour Mifegymiso 2019-20 a 2022-23 " Accessed October 24, 2023,
https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/avortement/demandes_mifegymiso.pdf
- Government of New Brunswick. "Medical Abortion Program - Q&A," June 20, 2017.
https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/MedicarePrescriptionDrugPlan/NBDrugPlan/ForHealthCareProfessionals/medical_abortion_program_qa.html.
- Government of New Brunswick, New Brunswick Department of Health. *Stabilizing Health Care: An Urgent Call to Action*. Fredericton, 2022.
<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/Stabilizing-health-care.pdf>.
- Government of New Brunswick, Office of the Premier. "Provincial Government Removes Barriers to a Woman's Right to Choose." November 26, 2014.
https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/news/news_release.2014.11.1334.html
- Haley, Tobin LeBlanc. "Intimate Constraints: A Feminist Political Economy Analysis of Biological Reproduction and Parenting in High-Support Housing in Ontario." *Palgrave Communications* 3, no. 1 (2017): 1–12. <https://doi.org/10.1057/s41599-017-0053-9>.

- Health Canada. “Canada Health Act Annual Report 2020-2021.” Annual report. Ottawa: Health Canada, February 2022. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2020-2021/canada-health-act-annual-report-2020-2021-eng.pdf>.
- Health Canada. “Health Canada New Drug Authorizations: 2015 Highlights. New Active Substances, Subsequent Entry Biologics, and Generic Pharmaceuticals.” Government. Ottawa: Health Canada, 2015. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/drugs-products-medicaments-produits/2015-highlights-faitssailants/alt/2015-highlights-faitssailants-eng.pdf>.
- Health Facilities Act*, SNB 2023, c 13. (not yet in force).
- Horizon Health Network. “Family Planning Clinic - Abortion Clinic.” Accessed September 18, 2023. <https://horizonnb.ca/services/clinics/family-planning-clinic-abortion-clinic/>.
- Hughes, Julia. “Perfectly Legal, but Still Bad: Lessons for Sex Work from the Decriminalization of Abortion.” *University of New Brunswick Law Journal* 68, no. 232 (2017). <https://ssrn.com/abstract=3044546>.
- Huizinga, Raechel. “New Brunswick Medical Imaging Technologists Suffering from Pandemic Burnout.” *CBC News*, March 10, 2022. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/new-brunswick-medical-imaging-technologists-burnout-1.6379322>.
- Jackman, Martha. “Health Care and Equality: Is There a Cure.” *Health Law Journal* 15 (2007): 87–142. <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/hthlj15&i=95>.
- Jackman, Martha. “The Regulation of Private Health Care under the Canada Health Act and the Canadian Charter Note.” *Constitutional Forum* 6, no. 2 (1995): 54–60.
- Johnson, Claire, and Sara Naam. “Political Barriers to Abortion Access in New Brunswick: A Qualitative Exploration of a Political Hot Potato.” *Journal of Canadian Studies* 57, no. 2, (2023): 181-204.
- Kaposy, Chris. “Improving Abortion Access in Canada.” *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy* 18, no. 1 (March 2010): 17–34. <https://doi.org/10.1007/s10728-008-0101-0>.
- Koyama, Atsuko, and Robin Williams. “Abortion in Medical School Curricula.” *McGill Journal of Medicine* 8, no. 2 (2005): 157–60. <https://doi.org/10.26443/mjm.v8i2.551>.
- Lawrence, Sonia. “2013: Constitutional Cases in Review,” *The Supreme Court Law Review: Osgoode’s Annual Constitutional Cases Conference* 67, no. 1 (2014). <https://doi.org/10.60082/2563-8505.1283>.

- Lentjes, Rebecca, Amy E. Alterman, and Whitney Arey. “‘The Ripping Apart of Silence’: Sonic Patriarchy and Anti-Abortion Harassment.” *Resonance* 1, no. 4 (2020): 422–42. <https://doi.org/10.1525/res.2020.1.4.422>.
- Lew, Julia, and Ashley Waddington. “Therapeutic Abortion in Undergraduate Medical School Curricula: A Systematic Review of the Literature.” *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41, no. 5 (2019): 723. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.02.202>.
- Luna, Zakiya. *Reproductive Rights As Human Rights: Women of Color and the Fight for Reproductive Justice*. New York University Press, 2020. <https://web-p-ebscobhost-com.proxy.hil.unb.ca/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlymtfXzIoNjUoMDNfXoFOO?sid=607c907e-0a88-4a83-b810-99568fac9189@redis&vid=0&format=EB&rid=1>.
- Macfarlane, Emmett, and Rachael Johnstone. “Equality Rights, Abortion Access, and New Brunswick’s Regulation 84-20.” *University of New Brunswick Law Journal* 72 (2021): 302–24.
- MacKinnon, Bobbi-Jean. “Abortion Pill Now Available for Free to Women in New Brunswick | CBC News.” *Canadian Broadcasting Corporation*, July 7, 2017. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/abortion-pill-mifegymiso-new-brunswick-free-1.4194436>.
- Mathewson, Gwen C. “Security of the Person, Equality and Abortion in Canada Comment.” *University of Chicago Legal Forum* 1989 (1989): 251–280. <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/uchclf1989&i=255>.
- McTavish, Lianne. “Abortion in New Brunswick.” *Acadiensis* 44, no. 2 (2015): 107–30.
- McTavish, Lianne. “The Cultural Production of Pregnancy: Bodies and Embodiment at a New Brunswick Abortion Clinic.” *TOPIA: Canadian Journal of Cultural Studies* 20 (2008): 23–42. <https://doi.org/10.3138/topia.20.23>.
- Miller, Danielle. “Beyond Legal: A Feminist Intersectional Analysis of the Policy Landscape Shaping Indigenous Women’s Access to Abortion Services in Canada,” 2023. <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/15107>.
- Monchalín, Renée. “Novel Coronavirus, Access to Abortion Services, and Bridging Western and Indigenous Knowledges in a Postpandemic World.” *Women’s Health Issues* 31, no. 1 (2021): 5–8. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.10.004>.
- Morgentaler v New Brunswick (AG)*, 1989 CanLII 8086 (NB QB).
- Morgentaler v New Brunswick (Attorney General)*, [1989] NBJ No 311 (QB).
- Morgentaler v New Brunswick (AG)*, 1994 CanLII 10960 (QB).

Morgentaler v New Brunswick (AG), 1995 CanLII 16625 (NB CA), leave to appeal denied, [1995] SCCA No. 126.

Morgentaler v NB, 2004 NBQB 139. (CanLII)

Morgentaler v New Brunswick, 2008 NBQB 258. (CanLII)

New Brunswick v Morgentaler, 2009 NBCA 26. (CanLII)

Myran, Daniel T., Jillian Bardsley, Tania El Hindi, and Kristine Whitehead. “Abortion Education in Canadian Family Medicine Residency Programs.” *BMC Medical Education* 18, no. 1 (2018): 1237–38. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1237-8>.

Norman, Wendy V, Sarah Munro, Melissa Brooks, Courtney Devane, Edith Guilbert, Regina Renner, Tamil Kendall, et al. “Could Implementation of Mifepristone Address Canada’s Urban–Rural Abortion Access Disparity: A Mixed-Methods Implementation Study Protocol.” *BMJ Open* 9, no. 4 (2019): e028443. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028443>.

Norman, Wendy V., Judith A. Soon, Nanamma Maughn, and Jennifer Dressler. “Barriers to Rural Induced Abortion Services in Canada: Findings of the British Columbia Abortion Providers Survey (BCAPS).” *PLOS ONE* 8, no. 6 (2013): e67023. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067023>.

Palley, Howard A. “Canadian Abortion Policy: National Policy and the Impact of Federalism and Political Implementation on Access to Services.” *Publius: The Journal of Federalism* 36, no. 4 (2006): 565–86. <https://doi.org/10.1093/publius/pjl002>.

Paynter, Martha. “How Can Canada Improve Access to Abortion Care?” University of New Brunswick. *Women’s Health Research Cluster* (blog), March 24, 2023. <https://womenshealthresearch.ubc.ca/blog/how-can-canada-improve-access-abortion-care>.

Paynter, Martha, Wendy V. Norman, and Ruth Martin-Misener. “Nurses Are Key Members of the Abortion Care Team: Why Aren’t Schools of Nursing Teaching Abortion Care?” *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse* 1, no. 2 (2019): 17–29. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.30>.

Poitras, Jacques. “Bill Would Pave Way for Doing Some Surgeries in N.B. Outside Hospitals.” *CBC News*, October 26, 2022. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/surgeries-medicare-bill-1.6630371>.

Radio-Canada. “Blaine Higgs se dit « pro-vie » et ne veut pas réviser son approche sur l’avortement | Radio-Canada.ca.” Accessed October 5, 2023. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1882852/avortement-debat-legalisation-acces-politique>.

- Rebic, Nevena, Sarah Munro, Wendy V. Norman, and Judith A. Soon. “Pharmacist Checklist and Resource Guide for Mifepristone Medical Abortion: User-Centred Development and Testing.” *Canadian Pharmacists Journal / Revue Des Pharmaciens Du Canada* 154, no. 3 (2021): 133–221. +
- Regional Health Authority A (Vitalité Health Network) v Godin*, 2017 NBQB 93 (CanLII).
- R v Morgentaler*, [1993] 3 SCR 463.
- Renner, Regina M., Madeleine Ennis, Damien Contandriopoulos, Edith Guilbert, Sheila Dunn, Janusz Kaczorowski, Elizabeth K. Darling, Arianne Albert, Claire Styffe, and Wendy V. Norman. “Abortion Services and Providers in Canada in 2019: Results of a National Survey.” *CMAJ Open* 10, no. 3 (2022): E856–64. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210232>.
- Reproductive Justice New Brunswick – Justice Reproductive Nouveau-Brunswick. “Accessing Abortions in New Brunswick.” accessed September 18, 2023. <https://rjnb.org/accessing-abortions-in-new-brunswick/>.
- Rodgers, Sanda, and Jocelyn Downie. 2006. “Abortion: Ensuring Access.” *CMAJ* 175 (1): 9–9. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060548>.
- Rootman, Irving, and Deborah Gordon El-Bibbety. *A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy*. Ottawa, Ontario: Canadian Public Health Association, 2008. <https://www.cpha.ca/vision-health-literate-canada-report-expert-panel-health-literacy>.
- Ross, Loretta, and Rickie Solinger. *Reproductive Justice : An Introduction*. University of California Press, 2017. <https://web-p-ebscobhost-com.proxy.hil.unb.ca/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlymtfXzEoNzc5ODFfXoFOo?sid=9b00b477-8163-45f7-848c-4d2075d2224c@redis&vid=0&format=EB&rid=1>.
- Ryan, Chaneesa, Abrar Ali, and Christine Shawana. “Forced or Coerced Sterilization in Canada: An Overview of Recommendations for Moving Forward.” *International Journal of Indigenous Health* 16, no. 1 (2021): 275–90. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33369>.
- Sethna, Christabelle, and Gayle Davis, eds. *Abortion across Borders: Transnational Travel and Access to Abortion Services*. Baltimore: John’s Hopkins University Press, 2019.
- Sethna, Christabelle, and Marion Doull. “Accidental Tourists: Canadian Women, Abortion Tourism, and Travel.” *Women’s Studies* 41, no. 4 (2012): 457–75.
- Sethna, Christabelle, and Marion Doull. “Spatial Disparities and Travel to Freestanding Abortion Clinics in Canada.” *Women’s Studies International Forum* 38 (2013): 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.02.001>.

- Shaw, Jessica. "Full-Spectrum Reproductive Justice: The Affinity of Abortion Rights and Birth Activism." *Studies in Social Justice* 7, no. 1 (2013): 143–59. <https://login.proxy.hil.unb.ca/login?>
- Shaw, Dorothy, and Wendy V. Norman. "When There Are No Abortion Laws: A Case Study of Canada." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 62 (2020): 49–62. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.010>.
- Statistics Canada. "Population Growth in Canada's Rural Areas, 2016 to 2021," February 9, 2022. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-eng.cfm>.
- South, Adrienne K. "New Brunswick Makes Medical Abortion Pill Free to Patients with Medicare Card." *Global News*, July 7, 2017. <https://globalnews.ca/news/3581697/new-brunswick-makes-medical-abortion-pill-free-to-patients-with-medicare-card/>.
- Stote, Karen. *An Act of Genocide: Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women*. Halifax: Fernwood Publishing, 2015.
- Studlar, Donley, and Raymond Tatalovich. "Abortion Policy in the United States and Canada: Do Institutions Matter?" In *Abortion Politics: Public Policy in Cross-Cultural Perspective*, edited Marianne Githens and Dorothy McBride Stetson, 75–95. New York: Routledge, 1997
- VIA Rail Canada, "Explore New Brunswick by Train," accessed October 25, 2023, <https://www.viarail.ca/en/explore-our-destinations/provinces/new-brunswick>.
- Wanek-Libman, Mischa. "Canada Opens Rural Transit Grant Intake Process; Awards Projects in New Brunswick with Funds." *Mass Transit*, January 23, 2023. <https://www.masstransitmag.com/bus/article/21293266/canada-opens-rural-transit-grant-intake-process-awards-projects-in-new-brunswick-with-funds>.
- White, Deanna. "Development of a Rural Health Framework: Implications for Program Service Planning and Delivery." *Healthcare Policy* 8, no. 3 (February 2013): 27–41a. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999556/>.
- Williams, Carol. "Reproductive Self-Determination and the Persistence of "Family Values" in Alberta from the 1960s to the 1990s." In *Compelled to Act: Histories of Women's Activism in Western Canada*, edited by Sarah Carter and Nanci Langford, 253-290. Winnipeg: University of Manitoba Press, 2001.
- Wilson, C. Ruth, James Rourke, Ivy F. Oandasan, and Carmela Bosco. "Progress Made on Access to Rural Health Care in Canada." *Canadian Family Physician* 66, no. 1 (January 2020): 31–36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012120/>.
- Varma, Manju. *Systemic Racism Commissioner's Final*. Province of New Brunswick, 2022.

<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Corporate/Promo/systemicracism-racismesystemique/SystemicRacismCommissionerFinalReport.pdf>

Vitalité Health Network. "Abortion." Accessed September 18, 2023.

<https://www.vitalitenb.ca/en/points-service/sexual-health/pregnancy/unplanned-pregnancy/abortion>.

Archives

RS417: Records of the Office of Premier Richard B. Hatfield. *File 6720-A (1985)*. Provincial Archives of New Brunswick, Fredericton, NB.

MS3848: Carol Fergusson Fonds. *File MS 2A1*. Provincial Archives of New Brunswick, Fredericton NB.

The Coalition for Life and Health v. Dr. Henry Morgentaler and the Province of New Brunswick, 2005 NBCA 3.

7.0 Annexes

Annexe A : Méthodes de gestion et de nettoyage des bases de données

Nous avons reçu des données de pratique clinique anonymisées de la Clinique 554 pour les années 2015 à 2022. Sur l'ensemble de données initial de 1 075, seules 1 007 entrées correspondaient aux critères d'inclusion d'avoir reçu des soins d'avortement chirurgical. Parmi les entrées restantes, il manquait 132 données relatives à la zone de santé et 13 données relatives à l'âge gestationnel. Ces données manquantes ont été gérées par suppression par paire.

Le coût d'un avortement à la Clinique 554 dépend de l'âge gestationnel (AG), qui est mesuré en semaines et déterminé par le produit de la conception et les enregistrements échographiques. Lorsque l'AG est inférieure à 14 semaines, un avortement chirurgical à la Clinique 554 coûte 700 \$. Lorsque l'AG est de 14 semaines ou plus, le coût est de 850 \$. La base de données de la Clinique 554 contenait des données relatives à l'AG et à l'aide financière. Ces deux variables ont été utilisées pour calculer les paiements directs, également connus sous le nom de facturation aux bénéficiaires. Le coût de l'avortement a été déterminé par l'AG et toute contribution de l'assistance financière a été soustraite de ce coût total pour déterminer le montant payé de sa poche. Par exemple, si un avortement chirurgical a été pratiqué pour une AG de 12 semaines, le coût total serait de 700 \$. Si les dossiers de la clinique indiquent qu'une subvention de 200 \$ d'Action Canada a été accordée, il reste 500 \$ à facturer au bénéficiaire.

Dans les 13 cas où les données de l'AG étaient manquantes, l'imputation moyenne a été utilisée pour calculer la facturation des bénéficiaires. Cela a permis de fixer l'AG de ces entrées à "moins de 14 semaines" et, par conséquent, le coût total plus prudent de 700 \$ a été utilisé dans les calculs. Dans deux cas d'exception, les entrées dont l'AG était inférieure à 14 semaines ont été fixées à 850 dollars, car les dossiers indiquaient que plus de 800 dollars avaient été pris en charge à titre gracieux. Les dernières exceptions au calcul de la facturation des bénéficiaires concernent dix entrées pour lesquelles une aide financière a été obtenue, mais le montant reçu n'a pas été enregistré. Dans l'un de ces cas, le montant manquant correspondait à une subvention d'un organisme à but non lucratif, et l'imputation moyenne pour cette année-là a été utilisée. Dans tous les autres cas, le coût restant a été réparti de manière égale entre les types de paiement enregistrés.

Annexe B : Tableau de concordance des variables clés

Tableau croisé des variables clés

Fréquences des avortements chirurgicaux	Année de la visite à la clinique (N = 1007)										Région (N = 875)		Assurance-maladie valide (N = 1007)		Âge de la patiente (N = 1004)					Âge gestationnel évalué médicalement (N = 994)		Payé de leur poche (N = 1007)				
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Région de Montclair	Région de Saint-Jean	Région de Friesdion	Nord du N-B.	OUI	Non	≤17	18-24	25-29	30-34	35+	≤8 semaines	9+ semaines	Complètement Payé	Partiellement Payé	Aucun		
Avortements chirurgicaux	1007	100%	202	218	202	105	107	75	50	48	12.8%	23.7%	55.0%	8.8%	71%	20%	2%	38%	27%	17%	18%	65%	35%	85%	8%	7%

Note : L'avortement chirurgical est également appelé avortement procédural. Le région a été fournie par la clinique 524. Les entrées où la carte d'assurance-maladie n'a pas été renseignée ou a été enregistrée comme "Aucune" ou "Inconnue" ont été codées comme "Non". La table de l'échantillon varie en raison de données manquantes dans les variables suivantes : Âge de la patiente (9 entrées manquantes), Âge gestationnel évalué médicalement (13 entrées manquantes), et Région (132 entrées manquantes).

Âge gestationnel évalué médicalement lors d'un avortement chirurgical

	Année de la visite à la clinique										Région		Âge de la patiente					Payé de leur poche								
	2015-2017	2018-2019	2020-2022	Région de Friesdion	Edouards de la région de Friesdion	63.0%	18-24	25-29	30-34	35+	Complètement	Partiellement	Aucun													
≤ 8 semaines	644	65%	418	67.2%	138	62.1%	98	57.0%	309	64.6%	244	63.0%	234	62.9%	157	59.2%	113	69.8%	130	76.0%	571	67.2%	40	51.9%	33	49.3%
9+ semaines	350	35%	198	32.1%	78	37.9%	74	43.0%	169	38.4%	143	37.0%	138	37.1%	108	40.8%	49	30.2%	41	24.0%	279	32.8%	37	48.1%	34	50.7%
N	994	100%	616	100%	206	100%	172	100%	478	100%	387	100%	372	100%	265	100%	162	100%	171	100%	850	100%	77	100%	67	100%

Note : La table de l'échantillon varie en raison de la suppression par paire des données manquantes et de la suppression de la catégorie d'âge ≤17 ans. Les tables d'échantillon sont affichées comme suit : Âge gestationnel (AG) évalué médicalement, N = 994 (13 entrées manquantes) ; AG par région, N = 894 (13 entrées manquantes) ; AG par âge du patient, N = 970 (13 entrées manquantes) et 24 entrées supplémentaires ; AG par dépenses, N = 994 (13 entrées manquantes).

Note : La table de l'échantillon varie en raison de la suppression par paire des données manquantes et de la suppression de la catégorie d'âge ≤17 ans.

Quel est le montant payé de sa poche ?

	Année de la visite à la clinique										Région		Âge gestationnel évalué médicalement					Valeur N-B: Assurance-maladie								
	2015-2017	2018-2019	2020-2022	Région de Friesdion	Edouards de la région de Friesdion	83.0%	≤ 8 semaines	9+ semaines	OUI	Non	Complètement Payé	Partiellement Payé	Aucun													
Complètement	859	85%	543	87.2%	183	86.3%	133	76.9%	387	80.3%	346	83.0%	571	89.7%	279	79.7%	565	83.5%	254	88.8%	40	51.9%	33	49.3%		
Partiellement	80	8%	50	8.0%	19	9.0%	11	6.4%	46	9.5%	29	7.4%	40	6.2%	37	10.6%	66	9.3%	14	4.8%	37	48.1%	34	50.7%		
Aucun	68	7%	29	4.7%	10	4.7%	29	16.8%	49	10.2%	18	4.6%	33	5.1%	34	9.7%	52	7.3%	16	5.4%	77	100%	67	100%		
N	1007	100%	622	100%	212	100%	173	100%	482	100%	393	100%	644	100%	350	100%	713	100%	294	100%	850	100%	77	100%	67	100%

Note : La catégorie des paiements directs a été déterminée par le montant de l'aide financière reçue par les patients et si l'absence d'une autre type de paiement est le coût de l'avortement. Les entrées où la carte d'assurance-maladie du N-B était vide ou enregistrée comme "Aucune" ou "Inconnue" ont été codées comme "Non". La table de l'échantillon varie en raison de la suppression par paire des données manquantes ; Dépenses par région, N = 875 (132 entrées manquantes) ; et Dépenses par âge gestationnel médicalement évalué, N = 994 (13 entrées manquantes).