

## SOGC : Le contexte pandémique accélère la nécessité de mettre en place une subvention universelle pour la contraception

Auteurs : Wendy V. Norman, M.D., CCFP, FCMF, DTM&H, M.Sc.S.  
Jennifer Blake, M.D., FRCSC, FRCOG  
Édith Guilbert, M.D., CMFC  
Amanda Black, M.D., FRCSC  
Dustin Costescu, M.D., FRCSC

Le contexte pandémique a accéléré le besoin de se doter d'un accès universel gratuit à la contraception au Canada et met en lumière les bénéfices à en retirer. L'isolement à domicile n'est pas sécuritaire pour les femmes qui vivent de la violence conjugale<sup>1, 2</sup>, laquelle comprend souvent des agressions sexuelles et un risque accru de meurtre<sup>3</sup>. En temps de crise et avec l'isolement, le taux de grossesse s'accroît généralement<sup>4</sup>. On sait que la violence conjugale augmente lorsqu'une femme est enceinte, en particulier en cas de grossesse imprévue<sup>5-7</sup>. D'autres femmes peuvent subir de la coercition reproductive de la part de leur partenaire, notamment par le sabotage des méthodes contraceptives visibles ou par une vigilance accrue du partenaire qui les empêche d'obtenir l'argent et l'intimité nécessaires pour se procurer ces méthodes<sup>8-10</sup>. Pour bon nombre de femmes qui subissent une perte d'emploi et de revenu, le coût mensuel de la contraception doit désormais être soupesé par rapport aux coûts de l'alimentation ou du loyer, et les politiques d'exécution des ordonnances en temps de pandémie pourraient faire tripler les frais d'ordonnance habituels au Canada<sup>11</sup>. De plus, les stocks de condoms sont limités en raison d'enjeux de fabrication et d'expédition<sup>12</sup>.

Chez les personnes de toutes strates sociales pouvant devenir enceintes, la capacité de planifier et d'espacer les grossesses joue un rôle important dans la santé de la population canadienne<sup>13-23</sup>. Avant la pandémie de COVID-19, des études rigoureuses ont révélé qu'un accès universel gratuit à toutes les méthodes contraceptives réduisait les grossesses non planifiées et les coûts du système de santé<sup>16, 18-22</sup>. La grossesse imprévue touche les personnes de tous âges et de tous les groupes démographiques, mais on observe une surreprésentation de ce phénomène chez les populations vulnérables, pour qui les conséquences inévitables sur les plans social, économique, éducationnel et du travail sont disproportionnées<sup>24-27</sup>. Des études révèlent que la capacité d'une population de planifier et d'espacer les grossesses a de nombreuses retombées sur la collectivité, la société, la santé familiale et la main-d'œuvre<sup>18, 19</sup>. Les politiques de santé qui offrent des services de planification familiale de haute qualité mènent à des gains populationnels en matière de santé et de santé égalitaire dans le monde entier<sup>23, 28-32</sup>.

Aujourd'hui plus que jamais, il est urgent que les femmes aient un accès universel gratuit à la contraception. Les méthodes contraceptives réversibles à action prolongée, comme les stérilets et les implants, sont les méthodes les plus efficaces, mais ont un coût initial élevé. Bien que ces méthodes soient l'option privilégiée par de nombreuses femmes, les données indiquent, de façon convaincante, que leurs coûts constituent un obstacle financier à leur adoption<sup>33-35</sup>. Des études constatent qu'en l'absence d'un accès universel gratuit, moins de 15 % de femmes souhaitant recourir à une méthode contraceptive choisissent une méthode contraceptive à action prolongée; lorsque ces méthodes sont offertes gratuitement avec des renseignements exacts, les femmes sont plus nombreuses à opter pour ces méthodes<sup>22, 35, 36</sup>. La Société canadienne de pédiatrie recommande la contraception réversible à action

prolongée comme méthode de premier choix chez les adolescentes, un groupe chez qui l'adhésion aux autres méthodes contraceptive peut s'avérer difficile, le taux de grossesses imprévues est élevé et chez qui les conséquences de ces grossesses ont une portée considérable<sup>37</sup>.

Il est impératif que le choix d'une méthode contraceptive soit libre de toute coercition. Ce ne sont pas toutes les femmes qui choisiront les méthodes contraceptives réversibles à action prolongée; il est donc important qu'elles puissent avoir accès, sans obstacle, à la méthode qui leur convient le mieux<sup>13, 14</sup>.

Comme le système de santé paie, à l'heure actuelle, pour la prise en charge de toutes les grossesses, y compris les quelques 40 % de grossesses imprévues, lesquelles représentent le tiers de toutes les naissances, le coût assumé par le système de santé pour chaque échec en matière de contraception surpasse de loin celui qui serait nécessaire pour subventionner la prévention des grossesses<sup>16, 18, 38</sup>. La SOGC appuie le principe du choix génésique, selon lequel toutes les femmes ont le droit d'avoir accès à des renseignements complets ainsi qu'à toutes les options contraceptives disponibles, afin de pouvoir choisir celle qui leur convient le mieux, qu'il s'agisse d'une méthode contraceptive réversible à action prolongée, d'un contraceptif oral, injectable ou transdermique, d'un anneau vaginal, d'une méthode de type barrière, d'une contraception d'urgence ou d'une combinaison de ces méthodes<sup>13, 14, 33</sup>.

Les services de planification familiale sont des services de santé essentiels. La pandémie de COVID-19 a clairement mis en lumière les nombreux obstacles à l'accès à la contraception qui sont encore présents. Elle a aussi renforcé la nécessité de l'accès universel à des méthodes contraceptives efficaces modernes.

## Conclusion

**Les Canadiennes ont besoin d'être soutenues afin d'atteindre leurs objectifs en matière de reproduction, soit éviter une grossesse imprévue, se protéger de l'intensification de la violence conjugale et éviter la pauvreté exacerbée par une grossesse imprévue. Plus que jamais, les femmes et familles du Canada doivent pouvoir profiter d'un accès universel gratuit et sans obstacle à la contraception. La SOGC lance un appel à tous les paliers gouvernementaux pour collaborer à l'atteinte de ce but. La pandémie de la COVID-19 a amplifié l'urgence de ce besoin.**

**Sur le plan de la reproduction, la SOGC appuie le principe de choix libre de toute coercition et est d'avis que toutes les femmes ont droit à toute l'information sur les différentes méthodes contraceptives offertes et à un accès complet à ces méthodes. Les femmes doivent être en mesure de choisir et d'utiliser les méthodes qui leur conviennent, qu'il s'agisse du stérilet, de l'implant, du timbre, de l'injection, de la pilule ou de l'anneau, d'une méthode barrière, d'une contraception d'urgence ou d'une combinaison de ces méthodes.**

## Références :

1. Kaur J. COVID-19 lockdowns leading to a rise in violence against women and girls. [En ligne]. FIGO Global Women's Health News. 2020; 14 mai 2020. Disponible : <https://www.figo.org/covid-19-lockdowns-leading-rise-violence-against-women-and-girls>. Consulté le 16 mai 2020.

2. Patel R. Minister says COVID-19 is empowering domestic violence abusers as rates rise in parts of Canada. CBC: Politics; 27 avril 2020.
3. Hayes M. At least nine women and girls killed in domestic homicides in Canada during pandemic. The Globe and Mail; 2020. Crime & Justice; 12 mai 2020.
4. Evans RW, Hu Y, Zhao Z. The fertility effect of catastrophe: U.S. hurricane births. Journal of Population Economics. 2010;23(1):1-36.
5. Drew LB, Mittal M, Thoma ME, Harper CC, Steinberg JR. Intimate Partner Violence and Effectiveness Level of Contraceptive Selection Post-Abortion. Journal of women's health. 2019;0-sous presse(0):nul.
6. Long AJ, Golfar A, Olson DM. Screening in the Prenatal Period for Intimate Partner Violence and History of Abuse: A Survey of Edmonton Obstetrician/Gynaecologists. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(1):38-45.
7. Pallitto CC, Garcia-Moreno C, Jansen HA, et coll. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. Int J Gynaecol Obstet. 2013;120(1):3-9.
8. Dias NG, Costa D, Soares J, et coll. Social support and the intimate partner violence victimization among adults from six European countries. Family practice. 2019;36(2):117-124.
9. Holliday CN, Miller E, Decker MR, et coll. Racial Differences in Pregnancy Intention, Reproductive Coercion, and Partner Violence among Family Planning Clients: A Qualitative Exploration. Womens Health Issues. 2018;28(3):205-211.
10. Miller E, Jordan B, Levenson R, Silverman JG. Reproductive coercion: connecting the dots between partner violence and unintended pregnancy. Contraception. 2010;81(6):457-459.
11. Association des pharmaciens du Canada. COVID-19 and the responsible allocation of medications to patients. CPhA News. [En ligne]. 2020 (mars). Disponible : <https://www.pharmacists.ca/news-events/news/covid-19-and-the-responsible-allocation-of-medications-to-patients/>. Consulté le 29 avril 2020.
12. Lee L. COVID-19: World's biggest condom producer warns of global shortage. Global News [En ligne]. 27 mars 2020. Disponible : <https://globalnews.ca/news/6743979/condom-shortage-coronavirus/>. Consulté le 29 avril 2020.
13. Black A, Guilbert E, Co A, et coll. Consensus canadien sur la contraception (partie 2 de 4). J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(11):1036-1039.
14. Black A, Guilbert E, Co A, et coll. Consensus canadien sur la contraception (partie 1 de 4). J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(10):939-942.
15. Black A, Yang Q, Wen SW, Lalonde A, Guilbert ER, Fischer W. Contraceptive Use Among Canadian Women of Reproductive Age: Results of a National Survey. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(7):13.
16. Black AY, Guilbert E, Hassan F, et coll. The Cost of Unintended Pregnancies in Canada: Estimating Direct Cost, Role of Imperfect Adherence, and the Potential Impact of Increased Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(12):1086-1097.
17. Dunn S, Xiong AQ, Nuernberger K, Norman WV. Non-use of Contraception by Canadian Youth Aged 15 to 24: Findings From the 2009-2010 Canadian Community Health Survey. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(1):29-37.
18. Sonfield A, Hasstedt K, Kavanaugh ML, Anderson R. The social and economic benefits of women's ability to determine whether and when to have children. New York: Guttmacher Institute; 2013.
19. Sonfield A, Kost K, Gold RB, Finer LB. The public costs of births resulting from unintended pregnancies: national and state-level estimates. Perspect Sex Reprod Health. 2011;43(2):94-102.

20. Sonfield A, Pollack HA. The Affordable Care Act and reproductive health: potential gains and serious challenges. *J Health Polit Policy Law*. 2013;38(2):373-391.
21. Sonfield A, Tapales A, Jones RK, Finer LB. Impact of the federal contraceptive coverage guarantee on out-of-pocket payments for contraceptives: 2014 update. *Contraception*. 2015;91(1):44-48.
22. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1291-1297.
23. Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Vlassoff M, UN Population Fund. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. Adding It Up. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund; 2009.
24. Dunn S, Soon J, Hulme J, Guilbert E, Norman W. The Canadian contraception access survey: regional differences in access and quality of care of contraceptive services. *Contraception*. 2012;86(3):310-310.
25. Hulme J, Dunn S, Guilbert E, Soon J, Norman W. Barriers and facilitators to family planning access in Canada. *Health Policy*. 2015;10(3):48-63.
26. Norman WV, Dunn S, Guilbert E, Soon J, Hulme J. Setting a Canadian family planning research agenda: opportunities and priorities. *Contraception*. 2012;86(3):304-305.
27. Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, et coll. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*. 2005;172(5):637-641.
28. Frost JJ, Sonfield A, Zolna MR, Finer LB. Return on investment: a fuller assessment of the benefits and cost savings of the US publicly funded family planning program. *Milbank Q*. 2014;92(4):696-749.
29. Kost K, Landry DJ, Darroch JE. The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Fam Plann Perspect*. 1998;30(5):223-230.
30. Narasimhan M, Pillay Y, Garcia PJ, et coll. Investing in sexual and reproductive health and rights of women and girls to reach HIV and UHC goals. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1058-e1059.
31. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et coll. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018;391(10140):2642-2692.
32. Frost JJ, Finer LB, Tapales A. The impact of publicly funded family planning clinic services on unintended pregnancies and government cost savings. *J Health Care Poor Underserved*. 2008;19(3):778-796.
33. Black A, Costescu D, Guilbert E, et coll. Consensus sur la contraception : Mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux. Ressources de la SOGC sur la COVID-19. [En ligne]. 2020.  
Disponible : [https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted\\_FR%20Apr30.pdf](https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf): Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; 2020.
34. Sundaram A, Vaughan B, Kost K, et coll. Contraceptive Failure in the United States: Estimates from the 2006-2010 National Survey of Family Growth. *Perspect Sex Reprod Health*. 2017;49(1):7-16.
35. Norman WV, Brooks M, Brant R, Soon JA, Majdzadeh A, Kaczorowski J. What proportion of Canadian women will accept an intrauterine contraceptive at the time of second trimester abortion? Baseline data from a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014;36(1):51-59.
36. Norman WV, Bryan S, Samiedaluie S, et coll. British Columbia 2015 Sexual Health Indicators: Rates and determinants among 14 to 49 year old females. *Contraception & Abortion Research Team Reports* [En ligne]. Université de la Colombie-Britannique; 2017. Disponible : <http://med-fom->

[cart-grac.sites.olt.ubc.ca/files/2015/08/2015-BC-Sexual-Health-Indicators-CART-CSHS\\_2017-06-15.pdf](http://cart-grac.sites.olt.ubc.ca/files/2015/08/2015-BC-Sexual-Health-Indicators-CART-CSHS_2017-06-15.pdf)

37. **Di Meglio G, Crowther C, Simms J, Society CP, Committee AH. La contraception chez les adolescents canadiens [En ligne]. Société canadienne de pédiatrie; 2018. Disponible : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/contraception>. Consulté le 24 septembre 2020.**
38. Norman WV, Bryan S, Henry B, et coll. Contraception Cost-Effectiveness in British Columbia. Vancouver, BC, Canada [En ligne]. Université de la Colombie-Britannique; 2018. Disponible : [https://med-fom-cart-grac.sites.olt.ubc.ca/contraception-cost-effectiveness\\_cart-report\\_2018-06-21/](https://med-fom-cart-grac.sites.olt.ubc.ca/contraception-cost-effectiveness_cart-report_2018-06-21/)