

Arguments pour des soins en planification familiale de qualité

Les soins de santé reproductive constituent une part essentielle des soins de santé globaux. Dans le cadre de son *Plan d'action gouvernemental sur l'accès à l'avortement 2024-2027*, la ministre de la Condition féminine, Mme Martine Biron, a présenté un état des lieux détaillé d'un domaine dans lequel il reste encore beaucoup de travail à accomplir. Dans l'introduction de ce document, et en réitérant son engagement à soutenir les femmes, le premier ministre François Legault souligne qu'« *un meilleur accès aux services contribue à la santé, à l'égalité et à l'autonomie des femmes* ». L'introduction de la pilule contraceptive dans les années 1960 a permis une avancée majeure en matière de planification des grossesses, contribuant ainsi à améliorer la santé, l'égalité et l'autonomie des femmes, tout en modifiant profondément leur place dans la société en leur donnant un meilleur accès à l'éducation et à des carrières professionnelles.

Depuis 2008, l'accès à l'avortement est gratuit au Québec et ce service est entièrement couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il devrait en être de même pour la contraception, qu'elle soit hormonale ou non, ainsi que pour la contraception orale d'urgence, deux éléments clés permettant de prévenir les grossesses non désirées. C'est dans cette perspective que l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ), dont les membres interviennent directement auprès des femmes, a une nouvelle fois exprimé sa position en faveur de l'accès universel à une contraception efficace et gratuite pour toutes les Québécoises. De nombreuses autres organisations, telles que l'Association médicale canadienne (AMC)¹, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)² et la Société Canadienne de pédiatrie (SCP)¹ se sont également exprimées en faveur d'une telle couverture. Cette initiative s'inscrit par ailleurs parfaitement dans le cadre du Plan d'action de Mme Biron, qui vise notamment à « *faciliter l'accès à une information fiable et véridique ainsi qu'aux services en matière de contraception* ».

Chaque individu devra un jour prendre la décision d'avoir ou non un enfant et de planifier le moment auquel cette grossesse pourrait survenir. Cependant, il existe des inégalités majeures en matière d'accès à des moyens contraceptifs

fiables permettant de planifier une grossesse de manière éclairée. Pensons notamment aux personnes défavorisées, n'ayant pas les moyens financiers de payer une contraception tous les mois, ou encore de déboursier un montant initial élevé pour obtenir une contraception efficace. Pensons aux adolescentes qui désirent exercer leur autonomie pour prendre en main leur santé reproductive, mais qui n'ont pas les moyens financiers de se procurer une contraception sans devoir aviser leurs parents. Pour celles qui le peuvent et dans un souci de confidentialité, certaines choisiront donc de payer la totalité de leur contraception de leur poche plutôt que de passer par l'assurance médicament parentale... Pensons aux femmes victimes de coercition reproductive qui tentent d'assurer leur sécurité en se procurant discrètement une contraception efficace, mais dont la principale source de revenu est le conjoint... La liste des disparités en matière d'accès pourrait se poursuivre longtemps.

Le Québec a besoin d'un accès gratuit à la contraception pour plusieurs raisons :

- Prévenir les grossesses non planifiées, qui représentent une charge importante pour le réseau de la santé et qui constituent environ 40 % de toutes les grossesses.
- Permettre à chaque individu de planifier le moment où un enfant sera accueilli dans un environnement propice, avec l'amour et les ressources qu'il mérite.
- Respecter l'autonomie des femmes qui choisissent de ne pas avoir d'enfant.
- Optimiser l'intervalle inter-grossesse pour éviter les grossesses rapprochées, qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur les issues obstétricales (prématurité, petit pour l'âge gestationnel, etc.)³
- Réduire le nombre de grossesses non planifiées et, par conséquent, le nombre d'avortements.
- Assurer un accès universel, sans frais, à des traitements hormonaux pour des pathologies gynécologiques telles que l'endométriose ou les fibromes utérins.
- Opter pour un investissement en amont, en prévention, plutôt que pour une prise en charge coûteuse des complications évitables.

Le coût demeure le principal obstacle rapporté par les femmes lorsqu'il s'agit de choisir une méthode contraceptive efficace^{4,5}. Les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (MCRLA), telles que les stérilets hormonaux ou en cuivre et les implants contraceptifs, sont parmi les plus efficaces, avec un taux d'échec inférieur à 1 % par an. Toutefois, leur coût initial élevé peut constituer un frein, même si elles sont moins coûteuses sur le long terme. En effet, ces méthodes ont une durée d'efficacité variant de 3 à 10 ans selon le type et le modèle. Face à ce coût initial élevé, de nombreuses patientes optent pour des méthodes moins efficaces, s'exposant ainsi à un risque accru de grossesse non planifiée et d'échec.

Bien que la majorité des Québécoises bénéficient d'une couverture partielle pour leur méthode contraceptive, via un assureur privé ou la RAMQ, les coûts résiduels non couverts par ces assurances constituent une barrière significative pour de nombreuses personnes, rendant l'accès difficile, voire impossible, à certaines méthodes.

L'étude CHOICE, menée aux États-Unis, a démontré qu'une contraception gratuite favorise l'utilisation des méthodes les plus efficaces^{6,7}. Cette étude prospective a impliqué 9 256 femmes et visait à augmenter l'usage de MCRLA en les rendant gratuites, avec un accompagnement en counseling contraceptif. Les résultats ont montré que lorsque les barrières financières, d'accès et d'information étaient levées, l'usage de MCRLA augmentait, avec 75 % des patientes optant pour des stérilets ou des implants. Le taux de satisfaction et de continuation de la méthode était également élevé chez ces patientes. Le counseling contraceptif, combiné à l'accès gratuit aux méthodes contraceptives, a conduit à une réduction significative des grossesses non désirées, en particulier parmi les utilisatrices de MRCLA, qui ont enregistré une diminution de 22 % des grossesses non planifiées par rapport aux non-utilisatrices. De plus, le taux d'avortement a connu une réduction substantielle, atteignant environ la moitié du taux national et régional observé dans la population étudiée. Un impact particulièrement marqué a été noté chez les adolescentes, avec une diminution de plus de 75 % du taux de grossesses, de naissances et d'avortements induits, passant de 158,5 grossesses pour 1000 adolescentes à 34 pour 1000. D'autres recherches ont également corroboré ces résultats⁸.

L'introduction d'un programme de contraception gratuite, en plus de ses effets positifs sur la santé publique, permettrait également de réaliser des économies substantielles pour le système de santé. Le budget de la santé représente environ 40 % du budget provincial total, soit 157,6 milliards de dollars pour l'année 2024-2025. L'investissement dans la contraception gratuite est une mesure préventive qui pourrait réduire les dépenses liées aux soins médicaux associés aux grossesses non planifiées, contribuant ainsi à une meilleure allocation des ressources publiques.

Un programme de contraception gratuite a été mis en place aux États-Unis. Une estimation préliminaire avait établi une économie de 4\$ sur les soins de santé pour chaque dollar investi en contraception. Après la mise en place de leur programme, le bilan était plutôt que pour chaque dollar investi en contraception, il en permettait de sauver plus de 7\$ en soins de santé³.

Une étude canadienne de 2015 a estimé que la gratuité des méthodes contraceptives coûterait 157 millions de dollars par an⁹, mais permettrait de réaliser des économies de l'ordre de 320 millions de dollars en soins médicaux associés à la prise en charge des grossesses non planifiées¹⁰.

En 2018, la Colombie-Britannique a commandé une étude sur les coûts et la faisabilité de la mise en place d'un programme de contraception gratuite, à la demande du groupe de recherche sur l'accessibilité à la contraception (CART-GRAC) de l'Université de Colombie-Britannique. Dirigée par Wendy Norman et Stirling Bryan, cette étude a démontré que l'investissement dans la contraception ne serait pas seulement rentable pour le gouvernement, mais permettrait également une réduction substantielle des grossesses non désirées.

L'évaluation économique menée a révélé qu'un investissement en contraception gratuite permettrait de réaliser des économies considérables pour le système de santé, avec un retour sur investissement de 8 \$ économisés en soins de santé pour chaque dollar investi en soins de santé reproductive. De plus, l'implantation d'un tel programme pourrait atteindre une neutralité budgétaire en seulement deux ans, selon les projections des experts de Colombie-Britannique. En effet, leurs prévisions indiquent qu'un programme de contraception gratuite pour tous les résidents de la province pourrait se financer par lui-même à partir de la deuxième année et entraîner

une économie de 27 millions de dollars en soins de santé dès la quatrième année. Ce programme permettrait également de prévenir 12,8 % des grossesses non planifiées chaque année à partir de la quatrième année.

Par ailleurs, l'étude révèle qu'environ 90 % des patientes sondées ne souhaitaient pas de grossesse. Malgré tout, seulement 56 % de ces patientes, à l'exception de celles ayant recours à des méthodes permanentes, ne recouraient à aucune méthode contraceptive ou utilisaient des méthodes ayant un taux d'échec supérieur à 10 % par an. En comparaison, seulement 14 % des patientes optaient pour des méthodes de contraception intra-utérine (MCRLA), reconnues pour leur efficacité élevée.

Le programme de contraception gratuite a été mis en place en avril 2023 en Colombie-Britannique. Les résultats préliminaires confirment l'augmentation importante de l'utilisation d'une méthode de contraception après la mise en place du programme, ainsi que les bénéfices économiques estimés préalablement. En effet, ils ont observé une augmentation de 10% de l'utilisation de contraception, toutes méthodes confondues, comparativement à la période de référence ainsi qu'une augmentation significative de l'utilisation des MCRLA. À la réévaluation en juin 2024, soit un an après le début du projet, 80 200 femmes utilisaient une MCRLA. Les chercheurs estiment que 11 400 femmes parmi celles-là n'auraient pas choisi ce type de contraception n'eût été de la gratuité contraceptive¹¹. Ces résultats ne font que corroborer les résultats de l'étude CHOICE américaine, mais ici au Canada.

L'amélioration de l'accès à de l'information fiable et aux services de soins en matière de contraception tel que le propose le *Plan d'action gouvernemental sur l'accès à l'avortement 2024-2027* est donc primordial pour améliorer le taux d'utilisation de contraceptifs chez les patientes qui ne désirent pas de grossesse. Cependant, cela doit inévitablement s'accompagner d'un programme de contraception gratuite pour diminuer les barrières d'accès aux MCRLA, considérant qu'elles sont encore peu utilisées ici. En effet, seulement 8,8 % des femmes canadiennes utilisent une contraception intra-utérine¹².

En mai dernier, le gouvernement fédéral a fait un premier pas significatif en adoptant le projet de loi C-64, s'engageant ainsi à financer la contraception pour toutes les Canadiennes. Il revient désormais aux gouvernements

provinciaux de prendre des mesures similaires et de s'engager activement sur ce sujet. À cet égard, la députée de Mercier, Mme Ruba Ghazal (Québec solidaire), a déposé en novembre dernier à l'Assemblée nationale une pétition en faveur de la contraception gratuite, soutenue par plus de 95 000 signataires, témoignant de l'importance cruciale de cette question pour les québécois et québécoises. Il est essentiel que le gouvernement du Québec emboîte le pas et mette en place un programme similaire, en ligne avec les initiatives d'autres provinces comme la Colombie-Britannique et le Manitoba.

Accès facilité de la contraception orale d'urgence en vente libre

L'accès facilité à la contraception orale d'urgence (COU) est également une mesure cruciale pour prévenir les grossesses non planifiées, notamment en cas d'échec de la méthode contraceptive habituelle, ou lorsque celle-ci n'a pas été utilisée, ou a été partiellement utilisée¹³. L'efficacité de la COU est optimale lorsqu'elle est prise dans les plus brefs délais après une relation sexuelle non protégée ou partiellement protégée. Cela souligne l'importance de garantir un accès facile et rapide à cette méthode, tant en pharmacie que dans les établissements de santé, afin de maximiser son efficacité et de répondre aux besoins des femmes¹⁴.

Bien que la COU soit disponible en pharmacie au Québec, elle n'est pas entièrement remboursée, et son coût peut constituer un obstacle financier pour de nombreuses patientes. Également, elle se retrouve généralement derrière le comptoir et doit être délivrée par le pharmacien, après counseling. Certaines études ont démontré que l'obtention de la COU nécessitant une interaction avec un employé de la pharmacie pouvait être une barrière à l'accès, considérant que les patientes jugent embarrassant de discuter de leur vie sexuelle. Cet inconfort psychologique peut entraîner des retards dans la prise du médicament, réduisant ainsi son efficacité, voire empêcher certaines patientes de s'en procurer^{13,15,16}.

Il est donc essentiel d'intégrer la COU dans une politique de gratuité des contraceptifs et de repenser ses modalités de distribution. Offrir la COU gratuite et la rendre accessible directement sur les tablettes de la pharmacie, ainsi qu'optimiser sa distribution gratuite dans tous les points de services de

santé (CLSC, cliniques, urgence, hôpitaux, etc.) permettrait une prise en temps opportun, maximisant ainsi son efficacité pour la prévention des grossesses non désirées.

Diminution des restrictions concernant la mifépristone

Enfin, une proportion significative des grossesses, qu'elles soient planifiées ou non, aboutissent à un avortement spontané, ou « fausses-couches ». En effet, on estime que jusqu'à 20% des grossesses cliniquement reconnues se concluront en perte fœtale précoce¹⁷ et plus de 10% des femmes connaîtront au moins une grossesse arrêtée au cours de leur vie¹⁸.

Bien qu'approuvée par Santé Canada pour les avortements médicamenteux, l'utilisation de mifépristone et de misoprostol pour la gestion des « fausses-couches » est encore limitée. La littérature scientifique démontre de manière incontestable que ce régime est bien plus efficace pour la gestion des avortements spontanés que l'option actuellement disponible, à savoir l'utilisation exclusive du misoprostol. En effet, plusieurs études de bonne qualité ont démontré que l'association de la mifépristone et du misoprostol augmente le taux d'expulsion du sac gestationnel, réduit le risque d'échec au traitement et diminue la nécessité d'interventions supplémentaires¹⁹. Une étude randomisée contrôlée a démontré que l'ajout de mifépristone au misoprostol constituait un traitement plus efficace, avec un taux de succès de 91 % comparé à 76 % pour le traitement par misoprostol seul²⁰. Bien que les échecs soient rares, une procédure chirurgicale appelée la dilatation et aspiration est proposée aux patientes lorsqu'ils surviennent. Une étude de cohorte rétrospective, incluant plus de 31 000 patientes, a révélé que l'ajout de mifépristone réduisait le besoin d'une dilatation et aspiration, faisant passer le taux de recours à cette procédure de 14 % à 10,5 %²¹. Il convient également de souligner que le régime mifépristone-misoprostol est non seulement plus efficace, mais également plus rentable²². En effet, il permet de réduire les visites de suivi, le recours à des procédures chirurgicales supplémentaires pour la rétention de produits de conception, ainsi que les visites à l'urgence, en raison de son efficacité accrue¹⁹. Il est impératif que le gouvernement accélère l'intégration de la mifépristone dans les soins de santé liés aux « fausses-couches », en permettant le remboursement du régime mifépristone-misoprostol, connu sous le nom commercial de *Mifégymiso*, afin

d'assurer des soins de qualité pour toutes les patientes. Il est également important de noter que l'utilisation de ce régime dans la gestion des avortements spontanés est recommandée par des autorités médicales de renom, telles que l'American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) dans sa directive clinique de 2018²³ ainsi que par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dans ses recommandations de 2023²⁴.

1. Di Meglio G, Yorke E. Universal access to no-cost contraception for youth in Canada. *Paediatr Child Health*. 2019;24(3):160-169. doi:10.1093/pch/pxz033
2. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Consensus canadien sur la contraception (1 re partie de 4). *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(10):939-942. doi:10.1016/S1701-2163(16)30034-2
3. 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. doi:10.1111/1468-0009.12080
4. Hulme J, Dunn S, Guilbert E, Soon J, Norman W. Barriers and facilitators to family planning access in Canada. *Healthc Policy Polit Sante*. 2015;10(3):48-63.
5. Kroelinger CD, Pagano HP, DeSisto CL, et al. Increasing Access to Contraception: Examining Barriers and Facilitators of Long-Acting Reversible Contraception. *J Womens Health 2002*. 2024;33(1):52-61. doi:10.1089/jwh.2023.0142
6. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(2):115.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2010.04.017
7. McNicholas C, Madden T, Secura G, Peipert JF. The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):635-643. doi:10.1097/GRF.0000000000000070

8. Thompson KMJ, Rocca CH, Kohn JE, et al. Public Funding for Contraception, Provider Training, and Use of Highly Effective Contraceptives: A Cluster Randomized Trial. *Am J Public Health*. 2016;106(3):541-546. doi:10.2105/AJPH.2015.303001
9. Morgan SG, Law M, Daw JR, Abraham L, Martin D. Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2015;187(7):491-497. doi:10.1503/cmaj.141564
10. Black AY, Guilbert E, Hassan F, et al. 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 JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2015;37(12):1086-1097. doi:10.1016/s1701-2163(16)30074-3
11. Grant K. UBC research shows increase in birth-control use after province made contraception free. *The Globe and Mail*. https://www.theglobeandmail.com/canada/article-ubc-research-shows-increase-in-birth-control-use-after-province-made/?intcmp=gift_share. December 18, 2024.
12. Black A, Rouhani S, Cook J. CONTRACEPTIVE USE AND TEN-YEAR TRENDS IN CANADIAN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. May 2019:711-712.
13. Atkins K, Kennedy CE, Yeh PT, Narasimhan M. Over-the-counter provision of emergency contraceptive pills: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(3):e054122. doi:10.1136/bmjopen-2021-054122
14. Stevenson TB, Thapaliya K, Moore V, Mazza D, Grzeskowiak LE. Accessibility of oral emergency contraceptives in Australian community pharmacies. *Contraception*. 2024;137:110480. doi:10.1016/j.contraception.2024.110480
15. Chau VM, Stamm CA, Borgelt L, et al. Barriers to Single-Dose Levonorgestrel-Only Emergency Contraception Access in Retail Pharmacies. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2017;27(5):518-522. doi:10.1016/j.whi.2017.03.010

16. Vega A, Choi YJ, Tschann M, Salcedo J. Over-the-counter access to levonorgestrel emergency contraception in South Texas: Does Over-the-counter mean ready to buy? *Contraception*. 2021;104(3):271-274. doi:10.1016/j.contraception.2021.05.005
17. Baker CC, Wu BT, Han G, Flynn AN, Creinin MD. Early pregnancy loss medical management in clinical practice. *Contraception*. 2023;126:110134. doi:10.1016/j.contraception.2023.110134
18. Pirrami RG, Reinert JP. Efficacy and Safety of Mifepristone and Misoprostol Compared to Misoprostol Alone for the Resolution of Miscarriage and Intrauterine Fetal Death: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Pharmacother*. Published online October 23, 2024:10600280241289968. doi:10.1177/10600280241289968
19. Tarleton JL, Benson LS, Moayed G, Trevino J, Beasley A, Boos E. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication management for early pregnancy loss. *Contraception*. Published online December 20, 2024:110805. doi:10.1016/j.contraception.2024.110805
20. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss. *N Engl J Med*. 2018;378(23):2161-2170. doi:10.1056/NEJMoa1715726
21. Benson LS, Gunaje N, Holt SK, Gore JL, Dalton VK. Outcomes After Early Pregnancy Loss Management With Mifepristone Plus Misoprostol vs Misoprostol Alone. *JAMA Netw Open*. 2024;7(10):e2435906. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.35906
22. Nagendra D, Koelper N, Loza-Avalos SE, et al. Cost-effectiveness of Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Nonviable Early Pregnancy: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e201594. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.1594
23. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol*. 2018;132(5):e197-e207. doi:10.1097/AOG.0000000000002899

24. *Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2023. Accessed January 7, 2025.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544906/>