



CONTRACEPTION*

Sharon McMahon M.A.; Lisa Hansen M.Sc., M.Sc.S.; Janice Mann M.D.; Cathy Seigny; Tom Wong M.D., maîtrise en hygiène publique, FRCPC; Marlene Roache M.A. (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada)

Exposé général

Les choix de contraception influent sur la santé sexuelle à long terme et la fécondité des femmes et des hommes, particulièrement lorsque le moyen de contraception n'est pas utilisé correctement ou de façon constante. En étant en mesure de contrôler leur fécondité, les femmes contrôlent mieux leur vie, mais ce contrôle entraîne une plus grande importance de la contraception dans une relation. Étant donné que la majorité des méthodes de contraception existantes sont conçues pour les femmes, et que les conséquences d'un échec de la contraception peut avoir une répercussion plus importante sur leur vie et leur santé, il s'agit d'une question primordiale pour la santé des femmes. Dans toute relation, il est idéal pour les deux partenaires de discuter de la méthode de contraception la plus appropriée et de s'engager à l'utiliser correctement et de façon constante. Le contexte dans lequel les hommes et les femmes prennent les décisions relatives à la contraception a changé avec l'introduction de la contraception orale il y a 40 ans et, plus récemment, avec la sensibilisation accrue au VIH/sida et aux maladies transmissibles sexuellement (MTS).

La décision d'utiliser une méthode de contraception plutôt qu'une autre est influencée par le choix personnel, l'efficacité de la méthode, le risque qui menace la personne, la disponibilité, l'âge, le coût, le sexe, le niveau d'études, l'origine ethnique, la situation familiale, le nombre actuel d'enfants, l'orientation sexuelle, les habitudes sexuelles et le niveau de coopération entre les partenaires.

L'objectif de ce chapitre est de fournir un bref historique de la contraception; souligner les dernières tendances de l'utilisation des moyens de contraception chez les Canadiennes; examiner leur connaissance des diverses méthodes, y compris la contraception d'urgence; tenir compte des facteurs qui influencent le choix au cours des étapes de la vie et des différences entre les sexes; de faire des recommandations en se basant sur cette information. Le chapitre mettra l'accent sur deux des principales méthodes de contraception, les contraceptifs oraux et le préservatif.

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institut canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



Historique

L'histoire a démontré que, pendant des décennies, les femmes et les hommes ont utilisé diverses méthodes de contraception, dont certaines étaient nuisibles à l'état de santé global des femmes, pour prévenir la grossesse et contrôler la procréation. [1] Au Canada, vers la fin des années 1800, de nombreuses méthodes de contraception étaient utilisées, y compris l'abstinence, les éponges vaginales, les diaphragmes, les préservatifs, le coït interrompu, la douche vaginale, l'allaitement prolongé, la méthode rythmique, la stérilisation et l'avortement. On continue à utiliser ces méthodes qui sont désormais grandement améliorées. Depuis la fin des années 1860 aux années 1930, il y a eu beaucoup de controverse et un nombre important de théories contradictoires et de tares sociales liées à l'utilisation de la contraception. Plusieurs femmes ont renoncé à se procurer de l'information auprès des médecins qui hésitaient souvent à fournir de l'information sur la contraception en raison de leurs propres croyances et du fait que la contraception était illégale. [2] Dans les années 1960, La contraception était plus acceptée. Cette acceptation se manifestait par les changements faits à la loi en 1969 pour légaliser le contrôle des naissances. Avec l'introduction des pilules contraceptives, une meilleure accessibilité à d'autres méthodes de contraception, et plus tard le risque du VIH/sida, l'opinion sur la contraception des sociétés a évolué et continue de le faire.

Méthodes

On a analysé les données transversales du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 (ESCC). On a examiné les résultats de l'Étude canadienne sur la contraception de 1998 et d'autres enquêtes et recherches afin d'aider à dresser un portrait des pratiques actuelles de contraception chez les femmes de différents âges et de déterminer les facteurs qui influencent leurs choix. L'Étude canadienne sur la contraception de 1998 a comparé quatre enquêtes nationales sur l'utilisation de la contraception au Canada : l'Étude canadienne sur la fertilité (1993) et les trois études canadiennes sur la contraception (1993, 1995 et 1998).

Résultats

Méthodes de contraception

La pilule contraceptive

Introduite dans les années 1960, la contraception orale est largement utilisée à travers le monde. Selon l'Étude canadienne sur la contraception de 1998, la contraception orale est la méthode de contraception de choix des femmes au Canada. Elle est utilisée par plus de 28 % des femmes et par 43 % des femmes actives sexuellement. [3] Comme pour tous les moyens de contraception, l'utilisation d'une contraception orale comporte des avantages et des inconvénients que les femmes devraient évaluer avec leur dispensateur de soins de santé lorsqu'elles songent à utiliser cette méthode. Le fait que cette méthode n'offre aucune protection contre les MTS est particulièrement inquiétant.

Les préservatifs pour hommes

Le préservatif est une méthode efficace de contrôle des naissances et offre actuellement la méthode de protection la plus fiable contre le sida et les MTS. [4] On estime que le préservatif pour homme a une efficacité de 88 % lorsqu'il est utilisé correctement et de façon constante. [5] Selon l'Étude canadienne sur la contraception, les femmes ont affirmé qu'elles étaient très conscientes de l'importance du préservatif, et celles qui le connaissaient bien l'ont classé comme une méthode « très » ou « quelque peu » satisfaisante. [3]

Les préservatifs pour femmes

Le préservatif pour femmes, ou condom au féminin, est une méthode relativement récente qui permet aux femmes d'utiliser une méthode de contraception barrière, et qui procure une certaine protection contre les MTS. L'Étude canadienne sur la contraception a révélé que seulement 25 % des femmes interrogées avaient entendu parlé de cette méthode, malgré le fait que 41 % des femmes célibataires de 15 à 17 ans connaissaient son existence. Personne n'a affirmé l'utiliser comme méthode de contraception, et seulement 3 % étaient en faveur du préservatif féminin. [3] Le coût est un facteur qui influence le choix, étant donné que le préservatif féminin est considérablement plus dispendieux que le préservatif pour hommes.

La double protection

La double protection se définit comme toute méthode de contrôle des naissances que l'on combine avec l'utilisation d'un préservatif. Elle prévient la grossesse et la transmission d'une MTS. Cependant, il est à noter que certaines MTS, telles que le papillomavirus, peuvent vivre en dehors du vagin ou à la base du pénis et que le préservatif n'offre donc pas de protection complète. La double protection permet de maintenir une bonne santé sexuelle tout au long de la vie d'une personne, ce qui est particulièrement important pour les jeunes gens ou ceux qui ne partagent pas de relation monogame réciproque.

Les études sur la méthode d'utilisation double sont limitées, mais il existe plusieurs raisons que l'on peut avancer pour expliquer la faible utilisation concordante du préservatif. Premièrement, les gens semblent considérer la grossesse comme la menace imminente la plus importante, et une fois cet obstacle surmonté, leur motivation à prendre des mesures supplémentaires est faible. Deuxièmement, certaines méthodes nécessitent une utilisation constante, telles que la contraception orale ou le préservatif, et d'autres non, telles que la stérilisation ou le dispositif intra-utérin (DIU). Les personnes utilisant les méthodes qui nécessitent une utilisation constante sont peu susceptibles d'avoir des préservatifs à leur disposition ou de prendre des mesures supplémentaires. [6]

La contraception d'urgence

Souvent appelée pilule « du lendemain », la contraception d'urgence est disponible depuis plus de deux décennies en Amérique du Nord et en Europe. Elle est une solution efficace en cas de rapports sexuels non protégés, d'échec de la contraception ou d'une agression sexuelle. La contraception d'urgence est grandement efficace pour prévenir la grossesse si elle est prise moins de 72 heures après les rapports sexuels non protégés. Elle agit soit en stoppant l'ovulation ou en transformant la muqueuse utérine afin d'empêcher la fécondation. La contraception d'urgence n'aura aucun effet si la femme est déjà enceinte. [7]

Une enquête, menée par Langille et Delany auprès d'étudiantes âgées de 14 à 19 ans d'une école secondaire en Nouvelle-Écosse, a révélé que 80 % des filles avaient entendu parler de la contraception d'urgence, mais que seulement 10 % d'entre elles connaissaient les délais de son efficacité. Sur l'ensemble, elles comprenaient peu les risques, les avantages et l'efficacité de la contraception d'urgence. Pour la plupart, ces jeunes femmes avaient entendu parler de la contraception d'urgence au cours de leurs cours d'éducation sexuelle de la 7^e à la 9^e année. Seulement 2 % en avaient entendu parler grâce à leur médecin. [8]

La difficulté qui s'impose aux responsables de l'élaboration des politiques est de faire connaître davantage le rôle éventuel de la contraception d'urgence. On estime les coûts des soins médicaux liés à l'avortement volontaire à 618 \$, tandis que le coût d'une visite chez le médecin et la prescription d'un contraceptif d'urgence se chiffre approximativement à 32,27 \$. [9] Cette comparaison simpliste ne comprend pas les coûts sociaux et psychologiques importants de l'avortement ou d'une grossesse non intentionnelle.



Nouvelles méthodes

Il existe quelques nouvelles méthodes de contraception à l'horizon qui ne sont toutefois pas encore disponibles au Canada. L'anneau vaginal et les contraceptifs injectables une fois par mois sont des méthodes combinées d'œstrogène et de progestine extrêmement efficaces. De plus, étant donné qu'elles ne nécessitent pas de rituel quotidien, elles peuvent améliorer l'observance. Les dispositifs et les implants intra-utérins qui libèrent de la progestérone offrent des choix efficaces aux femmes pour qui la prise d'œstrogène n'est pas conseillée. [10]

Le timbre contraceptif est une autre nouvelle option qui s'offre aux Canadiennes et dont l'utilisation au Canada a été approuvée en août 2002. Il agit de la même façon que les contraceptifs oraux, mais sous la forme d'un timbre utilisé une fois par semaine. Le timbre, de la taille d'une boîte à allumettes, est porté pendant trois semaines consécutives suivi d'une semaine où on ne le porte pas.

On s'attend moins à l'arrivée d'une pilule pour hommes dans un proche avenir, étant donné que les essais cliniques en Chine, qui ont été financés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ont révélé plusieurs effets secondaires graves. On a interrompu cet essai, mais la recherche portant sur d'autres options se poursuit. [11] L'utilisation d'injections qui combinent la testostérone avec l'androgène-progestogène est un autre essai clinique plus prometteur. Lancée une fois de plus par l'OMS, l'étude comprend près de 200 participants et tente de déterminer l'acceptabilité de ces méthodes hormonales par les hommes et les femmes. Cette option pourrait s'avérer acceptable pour les couples monogames où la contraception et les conséquences de son échec sont partagées. Toutefois, il ne s'agit peut-être pas d'une option utile pour les femmes à risque ou pour celles qui ont de multiples partenaires. [12]

Une recherche sur les microbicides, qui peuvent tuer les virus, les bactéries, les champignons et le sperme, est en cours. Cependant, il se passera bien des années avant que ces mesures de précaution ne deviennent grandement disponibles. La capacité d'un gel microbicide (aussi appelé « condom invisible ») à combattre le virus du sida et les MTS est énorme et permettrait aux femmes de contrôler à la fois la prévention de la grossesse et des MTS. Les entreprises pharmaceutiques ont fait peu d'investissements dans les microbicides, car seulement 1 % du financement provient du secteur privé. Les microbicides seront particulièrement précieux pour les femmes qui vivent une relation où il y a violence, pour les travailleuses de l'industrie du sexe et pour celles dont le partenaire est engagé dans d'autres relations. [13]

Le choix du contraceptif

L'analyse des données de l'ESCC indique que 17,7 % des femmes interrogées, âgées entre 12 et 50 ans, ont affirmé prendre des contraceptifs oraux lorsqu'on leur a demandé quels médicaments elles avaient pris au cours des mois précédents. Il est important de noter que les questions du module sur les médicaments de cette enquête n'ont été posées qu'en Ontario et faisaient référence à tous les médicaments, et non pas seulement aux contraceptifs. Les femmes âgées de 18 à 29 ans étaient celles qui utilisaient le plus les contraceptifs oraux. Dans la plupart des groupes d'âge, les femmes célibataires l'utilisaient plus que les femmes qui avaient un partenaire, comme l'indique le tableau 1. [14]

Tableau 1 : Pourcentage de femmes qui affirment avoir pris des contraceptifs oraux au cours des mois précédents [14]

	Âge					
	De 15 à 17 ans	De 18 à 24 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans
Avec partenaire*	10,3 %	39,1 %	29,5 %	20,8 %	10,1 %	9,8 %
Célibataire**	13,2 %	36,2 %	38,6 %	31,5 %	16,8 %	8,4 %

* Les femmes ayant un partenaire comprennent celles qui sont mariées ou qui vivent en union de fait

** Les célibataires comprennent les veuves et les femmes séparées ou divorcées

Les résultats de l'ESCC ont jeté de la lumière sur les facteurs, autres que l'âge, qui influencent l'utilisation des contraceptifs oraux. Les femmes à revenu faible et moyennement faible étaient moins susceptibles que leurs homologues au revenu plus élevé d'utiliser la contraception orale au cours des mois précédents. Le mode de vie, qu'il soit rural ou urbain, n'avait pas de conséquence sur l'utilisation. Toutefois, le taux d'utilisation de la contraception orale était considérablement plus bas chez les femmes ayant un partenaire (un mari ou un conjoint de fait), soit 14,7 % comparativement à 21,4 % ($p < 0,001$) chez les femmes célibataires. Les femmes qui se décrivent comme étant « blanches » sont plus susceptibles d'utiliser la contraception orale que celles qui appartiennent à une autre race ou une autre culture (20,3 % par rapport à 9,5 %) ($p < 0,001$). Enfin, on a observé une corrélation entre l'utilisation des contraceptifs oraux et le niveau d'études. En effet, les femmes diplômées du secondaire ou de tout autre étude postsecondaire étaient considérablement plus susceptibles d'utiliser les contraceptifs oraux que les femmes qui n'étaient pas diplômées du secondaire (20,3 % par rapport à 9,2 %) ($p < 0,001$). [14]

L'Étude canadienne sur la contraception de 1998 a montré que, ces dernières années, le changement le plus remarquable à s'être produit dans le choix de la méthode de contraception est lié à la stérilisation : le nombre de ligatures de trompes a diminué alors que le nombre de vasectomies a augmenté. En 1984, 24 % des répondantes ont affirmé avoir eu recours à la stérilisation, une proportion qui a diminué à 10 % en 1998. Au cours de cette même période, la proportion de vasectomies a augmenté de 9 % à 14 %. [3] Martin et Wu ont constaté que le taux de stérilisation au Canada est élevé par rapport à celui d'autres pays industrialisés. [15]

De plus, les résultats indiquent fortement que les femmes sont mieux informées de nos jours sur la protection contre les MTS. L'utilisation du préservatif a augmenté de façon considérable, soit de 6,2 % en 1984 à 21 % en 1998. Les connaissances générales des femmes se sont accrues en ce qui concerne l'incapacité des contraceptifs oraux à fournir une protection contre les MTS. En 1998, 3 % des femmes ont affirmé qu'elles croyaient à tort que le contraceptif oral offrait une protection contre les MTS, une légère baisse par rapport aux 6 % en 1993. [3]

Bien que les Canadiennes aient maintenu une grande connaissance[†] du contraceptif oral et des préservatifs avec le temps, leur connaissance des autres méthodes, telles que la stérilisation, le coït interrompu, le diaphragme, le dispositif intra-utérin (DIU) et la méthode rythmique, a diminué de façon constante depuis 1984. [3] Cette diminution peut s'expliquer, en partie, par le fait que les discours des médias mettent souvent l'accent sur le contraceptif oral et le préservatif. Les auteurs de l'Étude canadienne sur la contraception soulignent qu'il est nécessaire pour les femmes de connaître le grand éventail de choix de contraception pour pouvoir faire les meilleurs choix tout au long de leur vie.

Neuf pour cent des femmes interrogées au cours de l'Étude canadienne sur la contraception ont affirmé utiliser le coït interrompu comme méthode de contraception, une méthode qui n'est pas très efficace et qui n'offre pas de protection contre les MTS. Le taux d'utilisation était plus élevé chez les femmes non mariées; 22 % des 15 à 17 ans, 11 % des 18 à 34 ans et 15 % des 35 à 44 ans se fiaient à cette méthode. La progestérone injectable, connue aussi sous le nom de Depo-Provera, est une méthode hormonale dont l'utilisation au Canada a été approuvée en 1997. Dans le cas du Depo-Provera, seulement 21 % des femmes connaissaient cette méthode, et moins de 1 % l'utilisaient. [3]

Enfin, le pourcentage de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception est passé de 21 % en 1984 à 25 % en 1995, une constatation qui peut s'expliquer par le vieillissement de la population. [3]

[†] Dans cette étude, les termes « familière, familiarité » indiquent que la femme en savait assez sur la méthode de contraception pour la considérer convenable.



La contraception au cours des diverses étapes de la vie

Les adolescentes

L'utilisation d'un moyen de contraception est assez élevée au début de la vie sexuelle chez les femmes de 15 à 17 ans. Selon l'Étude canadienne sur la contraception, 80 % d'entre elles ont déclaré y avoir eu recours au cours de leurs premiers rapports sexuels. Bien que le nombre de personnes interrogées soit faible, ce qui ne permet pas d'analyser la signification statistique, il permet de rendre compte que les adolescentes utilisent la contraception au début de leur vie sexuelle. En ce qui concerne la constance d'utilisation au cours des 6 mois précédents, cependant, seulement 60 % des adolescentes célibataires de 15 à 17 ont déclaré toujours utiliser un moyen de contraception et, comme il a été mentionné plus haut, 22 % de ce groupe actif sexuellement se fie sur le coït interrompu. [3]

Au Canada, le taux de grossesse chez les adolescentes demeure élevé. Un rapport de Statistique Canada a estimé à 19 724 le nombre de femmes entre 15 et 19 ans qui ont donné naissance en 1997, et à 21 233 le nombre de celles qui ont eu un avortement. [16] Bien qu'il s'agisse d'un problème à multiples facettes, la promotion et l'éducation approfondies de la santé sexuelle contribueraient amplement à diminuer le nombre de grossesses non intentionnelles chez les adolescentes.

Des études canadiennes montrent que l'utilisation du préservatif diminue avec l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs oraux chez les jeunes, particulièrement chez ceux qui ont un partenaire principal. [17] L'utilisation du préservatif a tendance à être plus élevée lorsqu'il y a à la fois un risque de tomber enceinte et de contracter une MTS. Chez les jeunes femmes ayant des relations impersonnelles, l'utilisation du préservatif était plus élevée malgré l'utilisation de contraceptifs hormonaux, ce qui semble indiquer que les adolescentes considèrent que ces relations comportent un risque élevé de transmission de MTS. Les programmes de prévention et d'éducation doivent s'attaquer aux relations monogames pour augmenter l'utilisation de la double protection. [18] Par ailleurs, l'observation de la méthode utilisée est indispensable pour qu'elle soit efficace. Il serait avantageux de déployer plus d'efforts pour améliorer cet aspect de l'éducation de la santé sexuelle. L'Étude sur les jeunes Canadiens face au sida de 1988 a montré que les adolescentes ne continuent pas nécessairement d'utiliser leur méthode de contraception lorsque leur relation se termine ou lorsque les rapports sexuels sont peu fréquents. [19]

Les jeunes Autochtones, les enfants de la rue, les travailleuses de l'industrie du sexe et les autres jeunes marginaux n'ont pas été représentés dans ces études et, bien qu'ils ne soient pas nombreux, ils risquent peut-être plus de tomber enceinte ou de contracter une MTS. Il est nécessaire d'entreprendre plus de recherches ciblées afin d'orienter l'élaboration de programmes et de s'assurer qu'une fois mis sur pied, ceux-ci répondront aux besoins de ces jeunes Canadiennes de façon appropriée et seront accessibles et adaptés à leur réalité culturelle.

Les femmes de 18 à 29 ans

Les femmes de 18 à 29 ans terminent souvent leurs études, se trouvent un emploi et établissent une relation à long terme au moment où elles sont au sommet de leur fertilité. Il s'ensuit que ce groupe d'âge a le taux plus élevé d'utilisation d'un moyen de contraception. La popularité des méthodes chez ce groupe d'âge suit l'ordre décroissant suivant : le contraceptif oral, le préservatif, le DIU, le diaphragme, la mousse, la méthode rythmique, le coït interrompu et « autre ». Bien que la popularité du contraceptif oral ait bien peu changé, l'utilisation du préservatif était plus élevée en 1995 qu'en 1984, ce qui indique que les messages prônant les pratiques sexuelles sans risque ont une certaine influence. [15]

Fisher et Boroditsky se sont penchés sur l'activité sexuelle et les choix de contraception des Canadiennes célibataires de 15 à 17 ans, de 18 à 24 ans et de 25 à 29 ans. Ces femmes connaissent les contraceptifs oraux et les préservatifs et en ont une opinion positive. Cependant, leur connaissance des autres méthodes, telles que le préservatif féminin, la contraception d'urgence ou les méthodes injectables, était limitée et l'opinion qu'elles en ont peu favorable. Le taux d'utilisation de la contraception chez ces jeunes femmes est élevé au cours du premier et du dernier rapport sexuel avec leur partenaire du moment. Avec le temps, cependant, elles avaient moins tendance à continuer d'utiliser une double protection et ont peut-être utilisé des méthodes moins fiables, telles que le coït interrompu.

Les auteurs ont suggéré que l'on déploie des efforts pour encourager l'utilisation constante et appropriée de méthodes de contraception avec le temps. [20]

Une étude américaine en 1999 a examiné les différences de perception et de priorités entre les hommes et les femmes de 20 à 27 ans en ce qui concerne la contraception. L'étude a révélé que les femmes, et en particulier les femmes mariées, considéraient la prévention de la grossesse comme l'élément le plus important. La prévention des MTS et l'absence des risques pour la santé qui y sont liés étaient les suivants dans la liste et étaient tous deux considérés d'importance égale. Les hommes considéraient que la prévention de la grossesse et des MTS étaient tous deux de première importance. Les hommes et les femmes célibataires accordaient plus d'importance à la protection contre les MTS que les hommes et les femmes mariés. Les différences de perception entre les sexes peuvent s'expliquer par quatre facteurs : (1) les femmes reçoivent plus d'information sur la contraception, étant donné que l'on considère souvent qu'il s'agit du domaine ou de la responsabilité des femmes; (2) les femmes ont tendance à avoir plus d'expérience pour faire des choix en matière d'utilisation de moyens de contraception pour la même raison; (3) les gestes que doivent poser les hommes et les femmes varient selon la méthode utilisée; (4) les hommes et les femmes ne perçoivent pas le risque d'une grossesse non désirée ou d'une MTS de la même façon. [21]

Les hommes et les femmes s'accordent pour dire que les contraceptifs oraux et le préservatifs sont facile à utiliser de façon spontanée. Cependant, ils ne s'entendent pas sur la méthode qui interfère le plus avec le plaisir : les femmes ont nommé le diaphragme et les hommes le préservatif. [21]

Les femmes de 35 à 44 ans

Selon l'Enquête canadienne sur la contraception, les femmes de 35 à 44 ans ont affirmé avoir une plus grande connaissance de la stérilisation que les femmes plus jeunes et une connaissance plus faible des méthodes réversibles. Ce groupe d'âge avait une attitude beaucoup plus positive à l'égard de la stérilisation masculine et féminine et du DIU. Bien que les femmes de 35 à 44 ans aient une opinion assez positive de la contraception orale, il semble qu'elles étaient très peu informées sur les risques de cette contraception et sur ses éventuels avantages à long terme, particulièrement avec l'arrivée de la contraception orale à faible dose qui permet aux femmes d'utiliser cette méthode plus longtemps. [3]

Lorsqu'on leur demandait quelle méthode elles utilisaient, les femmes célibataires disaient se fier sur la pilule et le préservatif et les femmes mariées se fiaient vraisemblablement sur la stérilisation, la leur ou celle de leur partenaire : 23 % des femmes mariées de 35 à 44 ans ont affirmé utiliser la stérilisation comme méthode de contraception, 10 % pour elles-mêmes et 14 % pour leur partenaire. Un changement de méthode de contraception est courant chez ce groupe d'âge. Le passage à la stérilisation reflète le désir d'avoir une méthode de contraception permanente. Trente-trois pour cent des femmes mariées qui prenaient la pilule auparavant ont changé de méthode de contraception sur avis de leur médecin. [3]

Une étude menée aux États-Unis a examiné deux ensembles de données américaines sur la stérilisation, soit le cinquième cycle (1995) de l'Étude nationale sur la croissance des familles (National Survey of Family Growth) et l'Étude nationale sur les familles et les ménages (National Survey of Families and Households), pour analyser pourquoi la ligature des trompes est beaucoup plus courante que la vasectomie. Les auteurs ont conclu que certaines personnes prennent la décision d'être stérilisées sans prendre en considération les options de stérilisation de leur partenaire et ce, encore plus si elles ne sont pas mariées. La situation familiale est un des facteurs qui influencent la décision. Un nombre étonnamment élevé de femmes célibataires choisissent la stérilisation. De plus, les taux de vasectomies sont bas chez les hommes des minorités officielles et les taux de stérilisation tubaires sont élevés chez les femmes des minorités officielles. L'âge et le nombre d'enfants jouent un rôle dans la décision. L'éducation est un facteur. En effet, plus le niveau d'instruction de la femme est élevé, moins le couple sera susceptible d'opter pour la ligature des trompes et choisira plutôt la vasectomie, tandis que des couples qui ont le même niveau d'instruction choisiront probablement plus la ligature des trompes. Enfin, la religion a une influence sur le choix, étant donné qu'il y a moins de catholiques qui se font vasectomiser ou ligaturer les trompes que de protestants. [22]



Les Canadiennes disent qu'elles préféreraient que leur partenaire se fasse vasectomiser et ce, pour plusieurs raisons. La procédure est plus simple pour les hommes et comporte moins de risques : une intervention dans le bureau du médecin de 15 minutes sous anesthésique local comparativement à une chirurgie de 30 minutes sous anesthésique général. [3]

Discussion

Limites des données

Malgré la disponibilité d'excellentes données dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'Étude canadienne sur la contraception de 1998 utilisées fréquemment tout au long de ce chapitre, le nombre de données canadiennes sur l'utilisation de moyens contraceptifs chez les femmes de tous les âges est limité et encore moins chez les hommes. On a besoin de faire plus de recherche sur l'accessibilité, l'observation, la cause d'une grossesse non intentionnelle ainsi que sur la négociation du choix et de l'utilisation de la contraception avec son partenaire principal pour pouvoir fournir un portrait plus détaillé de l'utilisation de la contraception au Canada de nos jours. Le manque de données sur les Autochtones, sur les enfants de la rue, sur les travailleuses de l'industrie du sexe et sur les autres populations marginales est une autre limite.

Incidences politiques et recommandations

Bien qu'il existe un plus grand choix de méthodes de contraception efficaces à la disposition des Canadiennes de nos jours, la recherche montre que les femmes n'ont pas toutes les mêmes connaissances des différentes méthodes et n'ont pas accès à chacune d'elles. Les messages liés à l'importance de la bonne utilisation et de l'observation de la méthode de contraception choisie est un élément essentiel de l'information dont les femmes ont besoin. Jusqu'à ce que des options de contraception plus efficaces soient élaborées pour les hommes, les femmes doivent rester vigilantes afin de s'assurer que la méthode utilisée procure le niveau de protection requis. La difficulté à laquelle les responsables de l'élaboration des politiques et les administrateurs de programmes devront faire face sera de promouvoir une plus grande sensibilisation et plus de connaissances chez les femmes de tous les âges afin de les aider à faire les meilleurs choix en matière de contraception tout au long de leur vie.

Il devrait y avoir un équilibre dans la considération des méthodes de contraception, soit entre l'objectif de réduire les grossesses non intentionnelles et le besoin de se protéger contre les MTS. Avant l'arrivée de l'épidémie du sida, la croissance de la population était la préoccupation centrale en matière de contraception des responsables de l'élaboration des politiques. Cependant, étant donné les conséquences graves d'une MTS, la contraception peut maintenant offrir une meilleure protection pour les femmes et les hommes.

Recommandations

- Il faut déployer plus d'efforts pour promouvoir la santé sexuelle et éduquer les Canadiennes de tous les âges afin de les sensibiliser davantage aux avantages et inconvénients des diverses méthodes de contraception à leur disposition.
- La double protection — Il faut sensibiliser davantage les femmes à l'importance d'utiliser une double protection, particulièrement les jeunes femmes et les jeunes hommes ainsi que les médecins, les professionnels de la santé et les éducateurs en santé. Les femmes accordent plus d'importance à la prévention de la grossesse qu'à la prévention des MTS.
- L'observation de la méthode de contraception choisie est indispensable pour qu'elle soit efficace. Lorsqu'on donne des conseils sur le choix de la méthode de contraception, il faut prendre en considération les besoins de chaque femme. Les méthodes qui nécessitent la collaboration d'un partenaire ne conviennent peut-être pas à toutes les femmes.

- Il faut sensibiliser davantage les femmes de tous les âges à l'accès à la contraception d'urgence. Pour ce faire, il faut leur faire connaître les délais d'efficacité de la contraception d'urgence et les renseignements sur le lieu où l'on peut se procurer cette contraception.
- Il faut déployer plus de ressources pour financer la recherche et les essais liés aux nouvelles méthodes de contraception réversibles chez les hommes et l'élaboration de microbicides efficaces et sans risques.



Références

1. Walby S. *Theorizing patriarchy*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers, 1990.
2. Mitchinson W. *The nature of their bodies: women and their doctors in Victorian Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 1991: 127.
3. Fisher WA, Boroditsky RBM. The 1998 contraception study. *Can J Human Sexuality* 1999;8:161-227.
4. Patrick DM, Wong T, Jordan R. Sexually transmitted infections in Canada: recent resurgence threatens national goals. *Can J Human Sexuality* 2000;9:149-65.
5. Hatcher RA et al. *Contraceptive Technology: International Edition*. Atlanta GA: AIDS Education Global Information System, National Library of Medicine, 1989.
6. Cates W Jr. Contraception, contraceptive technology and STDs. In: Holmes KK et al. *Sexually transmitted diseases*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1999: 1067-78 .
7. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *Sex sense—Canadian contraception guide*. Ottawa: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2000.
8. Langille DB, Delaney ME. Knowledge and use of emergency postcoital contraception by female students at a high school in Nova Scotia. *Can J Public Health* 2000;91(1):29-32.
9. Trussell J, Wiebe E, Shochet T, Guilbert E. Cost savings from emergency contraceptive pills in Canada. *Obstet Gynecol* 2001;97:789-93.
10. Shvarts S, Kea B. New advances in contraception. *Insights* 2002.
11. Hartmann B. *Reproductive rights and wrongs: the global politics of population control*. Cambridge: South End Press, 1995: 269-86.
12. Ringheim K. Whither methods for men? Emerging gender issues in contraception. *Reproductive Health Matters* 1996;7:79-89.
13. Reid, R. Making whoopee over the gel condom. *The Ottawa Citizen*. April 6, 2002.

14. Beland, Y. Canadian Community Health Survey—methodological overview. *Health Rep* 2002;13(3):9-14.
15. Martin K, Wu Z. Contraceptive use in Canada: 1984–1995. *Fam Plann Perspect* 2000;32:65-73.
16. Dryburgh, H. Teenage pregnancy. *Health Rep* 2000;12(1):9-19.
17. Thomas BH, DiCenso A, Griffith L. Adolescent sexual behaviour: results from an Ontario sample. Part II: adolescent use of protection. *Can J Public Health* 1998;89:94-7.
18. Ott MA, Adler NE, Millstein SG, Tschann JM, Ellen JM. The trade-off between hormonal contraceptives and condoms among adolescents. *Perspect Sex Reprod Health* 2002;34:6-14.
19. King AJC, Beazeley RP, Warren WK, Hankins CA. *Canada youth and AIDS study*. Kingston, ON: Social Program and Evaluation Group, 1988: 1-147.
20. Fisher WA, Boroditsky R. Sexual activity, contraceptive choice, and sexual and reproductive health indicators among single Canadian women aged 15-29: additional findings from the Canadian Contraceptive Study. *Can J Human Sexuality* 2000;9(2):79-93.
21. Grady WR, Klepinger DH, Nelson-Wally A. Contraceptive characteristics: the perceptions and priorities of men and women. *Fam Plann Perspect* 1999;31:168-75.
22. Bumpass LL, Thomson E, Godecker AL. Women, men, and contraceptive sterilization. *Fertil Steril* 2000;73:937-46.