

La contraception gratuite au Québec : calculs des coûts et retombées

- L'accès à la contraception est un enjeu de santé publique qui affecte l'ensemble de la population. Les grossesses non planifiées comportent plus de risques pour les femmes. Elles peuvent être sources d'appauvrissement ainsi que de détérioration de la santé physique et mentale.
- Au Québec, les dépenses de contraception sont partagées par les individus, les assurances privées et l'État et s'élèvent à près de 100 millions de dollars par année.
- Bien que le Québec soit la province canadienne où les femmes ayant des relations sexuelles et voulant éviter les grossesses utilisent le plus la contraception, l'utilisation des méthodes les plus efficaces, comme les stérilets ou l'implant, demeure relativement faible.
- Les facteurs qui distinguent les pays où les méthodes contraceptives avec les plus hauts taux de succès sont fortement utilisées sont le coût des contraceptifs, l'éducation à la sexualité, ainsi que l'accès aux services et à l'information.
- En 2024, le gouvernement fédéral a mis sur pied un programme d'assurance médicaments qui couvre les contraceptifs et les médicaments contre le diabète. À ce jour, seuls la Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba et le Yukon ont signé une entente avec le fédéral et ont pu avoir accès aux fonds.
- Si le Québec rendait la contraception gratuite selon les modalités du programme fédéral (ce qui exclut le timbre hormonal, le condom et quelques autres méthodes relativement peu utilisées), il serait possible de réduire d'environ le quart des grossesses non planifiées.
- En prenant en considération les dépenses publiques déjà encourues, les économies générées par la réduction des grossesses imprévues et les coûts plus bas des médicaments dans le régime public, les dépenses liées à la gratuité des contraceptifs s'élèveraient à environ 22 millions de dollars par année.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Sommaire | 03 |
| Liste des graphiques, tableaux et schémas | 09 |
| Liste des acronymes et sigles | 11 |
| Introduction | 13 |
| CHAPITRE 1 | |
| Définition de concepts | 17 |
| 1.1 Contraception | 17 |
| 1.2 Grossesses | 20 |
| 1.3 Avortements | 21 |
| 1.4 ITSS | 22 |
| CHAPITRE 2 | |
| Portrait de la contraception ici et ailleurs | 25 |
| 2.1 Portrait international | 25 |
| 2.1.1 Estonie | 28 |
| 2.1.2 France | 28 |
| 2.1.3 Belgique | 29 |
| 2.1.4 Suède | 30 |
| 2.2 Portrait canadien | 31 |
| 2.2.1 Coût de la contraception | 31 |
| 2.2.2 Utilisation | 32 |
| 2.2.3 Le modèle de la Colombie-Britannique | 34 |
| 2.2.4 Portrait des ITSS | 36 |
| CHAPITRE 3 | |
| Modèles de calcul | 39 |
| 3.1 Le coût de l'échec : les grossesses non désirées | 40 |

| | | |
|-----|--|----|
| 3.2 | Calcul des coûts annualisés sur cinq ans | 43 |
| 3.3 | Condoms | 44 |

CHAPITRE 4

Coût de la contraception gratuite pour le Québec 47

| | | |
|-----|--|----|
| 4.1 | Calculs | 47 |
| 4.2 | Retombées économiques et sociales indirectes | 50 |

CHAPITRE 5

Recommandations 53

| | | |
|----|---|----|
| 1) | Améliorer les cours d'éducation à la sexualité | 53 |
| 2) | Rendre les services et l'information plus accessibles | 54 |
| 3) | Instaurer la gratuité des méthodes de contraception | 55 |

Notes de fin de document 57

LISTE DES

GRAPHIQUES

TABLEAUX

SCHÉMAS

GRAPHIQUES

TABLEAUX

SCHÉMAS

GRAPHIQUES

TABLEAUX

SCHÉMAS

GRAPHIQUES

TABLEAUX

SCHÉMAS

GRAPHIQUES

| | | |
|-------------|---|----|
| GRAPHIQUE 1 | Efficacité des méthodes de contraception selon une utilisation parfaite ou typique | 19 |
| GRAPHIQUE 2 | Évolution de l'utilisation de la contraception (moderne et naturelle) selon les revenus des pays (%), 1990-2023 | 25 |
| GRAPHIQUE 3 | Distribution mensuelle de LARC avant et après l'instauration du programme d'assurance médicaments de Colombie-Britannique | 35 |
| GRAPHIQUE 4 | Évolution du nombre de cas déclarés de chlamydia et de syphilis (2012 = 100), Canada, 2012-2021 | 36 |
| GRAPHIQUE 5 | Répartition de l'utilisation (ou de l'absence) de contraception chez les femmes qui désirent éviter une grossesse, Québec | 39 |
| GRAPHIQUE 6 | Pourcentage d'interruption de grossesse par médicaments | 41 |
| GRAPHIQUE 7 | Coûts annualisés des méthodes de contraception les plus populaires en comparaison avec l'absence de contraception, Québec, 2026 | 43 |
| GRAPHIQUE 8 | Coût de la contraception, <i>statu quo</i> et projection des dépenses liées à la gratuité (M\$) | 48 |
| GRAPHIQUE 9 | Dépenses en contraception par source (M\$), <i>statu quo</i> et gratuité, année 5 | 49 |
| TABLEAU 1 | Coût des contraceptifs les plus utilisés (utilisation typique), Québec, 2026 | 20 |
| TABLEAU 2 | ITSS les plus fréquentes | 22 |
| TABLEAU 3 | Liste des pays retenus selon l'indice de développement humain et le PIB par habitant-e et dernière année de données disponibles | 26 |
| TABLEAU 4 | Utilisation de différentes formes de contraception (%) | 27 |
| TABLEAU 5 | Utilisation du stérilet et du condom et score du GCPA | 28 |
| TABLEAU 6 | Types de contraception gratuite selon la population couverte, provinces du Canada, 2026 | 32 |
| TABLEAU 7 | Utilisation de la contraception (%), provinces canadiennes, 2019-2020 | 33 |
| TABLEAU 8 | Taux d'infection des principales ITSS (pour 100 000 personnes), Canada | 35 |
| TABLEAU 9 | Coût des grossesses non planifiées, Québec, 2026 | 42 |
| TABLEAU 10 | Taux d'utilisation réelle et projetée des contraceptifs les plus populaires, Québec, 2026 | 48 |
| SCHÉMA 1 | Typologie des méthodes de contraception | 17 |
| SCHÉMA 2 | Domaines de politiques qui affectent l'accès des utilisatrices aux LARC | 53 |

LISTE DES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

SIGLES

ACRONYMES

| | |
|---------------|--|
| AVC | Accident vasculaire cérébral |
| CAQ | Coalition avenir Québec |
| CCQ | Culture et citoyenneté québécoise |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| DAI | Demande d'accès à l'information |
| FQPN | Fédération québécoise de planning des naissances |
| GCPA | Global Contraception Policy Atlas |
| GMF | Groupe de médecine familiale |
| ICIS | Institut canadien de l'information sur la santé |
| IDH | Indice de développement humain |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| IRIS | Institut de recherche et d'informations socioéconomiques |
| ISQ | Institut de la statistique du Québec |
| ITSS | Infections transmissibles sexuellement et par le sang |
| IVG | Interruption volontaire de grossesse |
| LARC | <i>Long acting reversible contraceptive</i> |
| MAMA | Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée |
| MESS | Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ONU | Organisation des Nations unies |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PIB | Produit intérieur brut |
| RAMQ | Régie de l'assurance maladie du Québec |
| SARC | <i>Short acting reversible contraceptives</i> |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| VPH | Virus du papillome humain |

INTRODUCTION

Depuis 1968, l'Organisation des Nations unies (ONU) reconnaît la planification familiale comme un droit humain¹. La possibilité de mieux contrôler leur fertilité permet aux femmes^a de ne pas être contraintes par la maternité pour faire leurs choix en matière d'éducation, de travail ou de partenaires sexuels². On remarque d'ailleurs une amélioration de la qualité de vie non seulement des femmes, mais aussi des enfants et de la population en général lorsqu'un pays rend accessibles légalement et financièrement diverses méthodes de régulation des naissances. Il est malheureusement nécessaire de rappeler que les grossesses et les accouchements peuvent entraîner des complications parfois graves pour la santé des mères, et que les risques sont encore plus grands quand les conditions humaines et sanitaires sont précaires. Des séquelles importantes peuvent limiter à la fois leur qualité de vie et leur santé à long terme. De plus, les grossesses (juvéniles, répétées ou à des moments inopportuns) limitent la capacité des femmes et des filles de prendre des décisions pour elles-mêmes, les assujettissant souvent à leur rôle maternel. À l'inverse, elles sont plus nombreuses à poursuivre leur éducation et à investir le marché de l'emploi lorsque la régulation des naissances est possible. La contraception peut également contribuer à la protection contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), qui ont également des répercussions négatives sur la qualité de vie des

a Bien que nous reconnaissons que les personnes qui utilisent des contraceptifs hormonaux ne se définissent pas toutes comme des femmes, nous utiliserons le terme « femmes » pour désigner les personnes assignées comme telles à la naissance puisqu'elles représentent la très grande majorité des personnes sexuellement actives qui tentent d'éviter des grossesses.

personnes infectées et induisent des dépenses supplémentaires pour traiter les maladies.

Au Canada, la contraception a été décriminalisée en 1969³. Depuis, les méthodes médicales se sont multipliées. Aujourd'hui, en plus de pouvoir suivre les signaux de son corps, une femme qui souhaite éviter une grossesse peut choisir d'utiliser un condom lors de ses relations sexuelles, prendre une pilule quotidienne, recevoir une injection tous les trois mois, se faire installer un stérilet ou subir une intervention chirurgicale qui la rendra stérile. Or, même si ces méthodes sont légales, elles peuvent parfois se révéler coûteuses. Dans certains cas, particulièrement les méthodes médicalisées et hormonales, les frais associés à la contraception sont (en tout ou en partie) couverts par le système de santé publique ou par les assurances privées. Malgré cela, le coût demeure une barrière à l'accès.

En 2024, le gouvernement libéral de Justin Trudeau a adopté un projet de loi pour rendre gratuit l'accès aux médicaments pour traiter le diabète ainsi que la majorité des contraceptifs de nature médicale tels que les contraceptifs oraux et les stérilets (hormonal et au cuivre) pour les femmes en âge de procréer. Un budget de 1,5 milliard de dollars a été affecté à cette initiative. Or, comme la santé est une compétence provinciale, une entente entre les gouvernements fédéral et provinciaux est nécessaire pour que ce changement législatif soit intégré à l'assurance médicaments provinciale et que les fonds soient débloqués, ce qui, contrairement à la Colombie-Britannique, au Manitoba, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Yukon, n'a toujours pas été conclu pour le Québec.

Étant donné les bienfaits individuels et sociétaux de la planification familiale et de la prévention des ITSS, l'objectif de cette étude est d'évaluer le coût de la gratuité des contraceptifs au

Québec ainsi que l'effet d'un tel programme sur l'adoption des méthodes les plus efficaces, soit les contraceptifs réversibles à longue durée d'action. La gratuité des condoms sera ensuite considérée séparément en raison de la fréquence de leur utilisation, de l'importance de la responsabilisation masculine dans la contraception et parce qu'il s'agit de la seule méthode qui permet également de protéger contre les ITSS.

Dans le premier chapitre, nous présentons les concepts clés liés à la problématique, soit les types de contraception ainsi que les effets observés lors de l'échec (ou de la non-utilisation) de ceux-ci, soit les grossesses non planifiées et les ITSS. Le deuxième chapitre brosse le portrait de la contraception dans le monde et au Canada afin de pouvoir comparer le Québec à d'autres modèles de promotion et de distribution. La méthodologie utilisée pour calculer les retombées d'un programme de gratuité est présentée dans le troisième chapitre, et les résultats sont détaillés dans le quatrième chapitre. Enfin, nous terminons avec les recommandations qui font suite à l'ensemble des constats des chapitres précédents.

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

CHAPITRE 1

Définition de concepts

Bien que l'usage de contraceptifs ait été décriminalisé seulement en 1969 au Canada, leur utilisation remonte au moins jusqu'à l'Égypte ancienne. En effet, la régulation des naissances est une préoccupation constante à travers l'histoire, les grossesses pouvant être risquées socialement ou physiquement dans certaines circonstances. Avant d'entrer dans le vif du sujet, de mettre en lumière les meilleures pratiques et d'évaluer la situation au Québec, nous commencerons par mettre la table en définissant certains concepts. Ce chapitre permettra de mieux connaître les types de contraception et leurs modalités d'utilisation ainsi que les données générales disponibles sur les grossesses non planifiées et les ITSS. Ce tour d'horizon est essentiel afin de comprendre les choix des politiques liés à la contraception ici et ailleurs et leurs conséquences.

1.1 Contraception

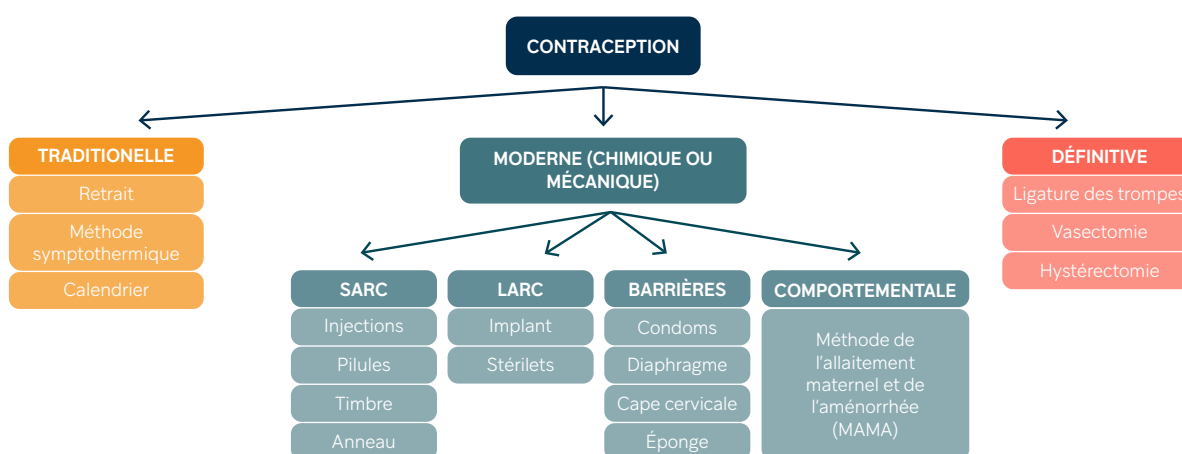
L'objet principal de la contraception est le contrôle de la fertilité et, dans le cas du condom, la prévention des ITSS. Il existe plusieurs méthodes de contraception. Nous reprenons le classement de l'ONU qui divise les méthodes en deux grandes catégories : les méthodes modernes, typiquement chimiques^a ou mécaniques^b (condoms, stérilets, implants hormonaux, etc.) et les

a Les méthodes sont dites chimiques puisque, aux contraceptifs hormonaux, il faut ajouter le stérilet au cuivre qui libère des ions de cuivre, lesquels agissent comme un spermicide.

b La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est reconnue depuis 1988 comme un moyen de contraception moderne à la fois en raison de sa grande efficacité même en utilisation typique, de son mécanisme biologique simple et de la volonté d'en faire la promotion auprès des populations qui ont peu ou pas accès à des méthodes contraceptives plus coûteuses.

SCHÉMA 1

Typologie des méthodes de contraception



SOURCE : United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *Methodology Report – World Contraceptive Use 2024*, ONU, New York, juillet 2024.

méthodes dites « naturelles » (retrait, méthode symptothermique^a, calendrier^b, etc.). On peut ajouter à ces méthodes les moyens de contraception définitifs, comme la vasectomie et la ligature des trompes. Le schéma 1 offre une typologie de la contraception.

Comme on peut le voir dans le schéma, il existe quatre grands types de contraception moderne. D'abord, il y a les (1) méthodes réversibles à courte durée (*short acting reversible contraceptive*, SARC), qui sont efficaces à condition de les utiliser régulièrement. On pense ici aux contraceptifs oraux ou aux injections hormonales, par exemple. Les (2) méthodes réversibles à longue durée (*long acting reversible contraceptive*, LARC) ne nécessitent qu'une installation unique pour être efficaces pendant plusieurs années. Cela dit, si la personne concernée souhaite avoir un enfant plus tôt ou que la méthode ne lui convient plus, il est également possible de la retirer à tout moment en passant par une professionnelle de la santé^c. Dans cette catégorie se retrouvent essentiellement les stérilets et l'implant hormonal. Les (3) contraceptions de type barrière agissent quant à elles en bloquant physiquement les spermatozoïdes pour les empêcher d'atteindre l'ovule. On peut penser aux condoms (interne et externe), au diaphragme ou à l'éponge contraceptive. Il existe aussi une (4) méthode moderne dite comportementale : la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA⁴), qui ne s'applique qu'aux mères de très jeunes enfants. Elle nécessite d'allaiter exclusivement (aucune préparation commerciale ou eau) son bébé au moins toutes les 4 heures (jusqu'à 6 heures la nuit) pendant les 6 premiers mois de la vie du nourrisson, à condition de ne pas avoir saigné plus de deux jours après la huitième semaine post-partum. Lorsque la méthode est pratiquée adéquatement avant le recommencement des menstruations (aménorrhée), elle permet de retarder l'ovulation avec un haut degré d'efficacité. Finalement, ajoutons à cette liste la contraception d'appoint (aussi connu sous le nom de contraception d'urgence), un médicament qui empêche ou retarde l'ovulation et que l'on peut prendre dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée ou en cas d'échec de contraception.

a Prendre sa température quotidienne et évaluer la viscosité de sa glaire cervicale pour déterminer les jours de fertilité.

b Calculer les jours de son cycle menstruel pour déterminer les jours de fertilité.

c Puisque les personnes qui travaillent en santé sont majoritairement des femmes, le féminin générique sera utilisé lorsqu'on leur fera référence.

Il s'agit toutefois d'une méthode d'exception qu'il n'est pas recommandé d'utiliser sur une base régulière.

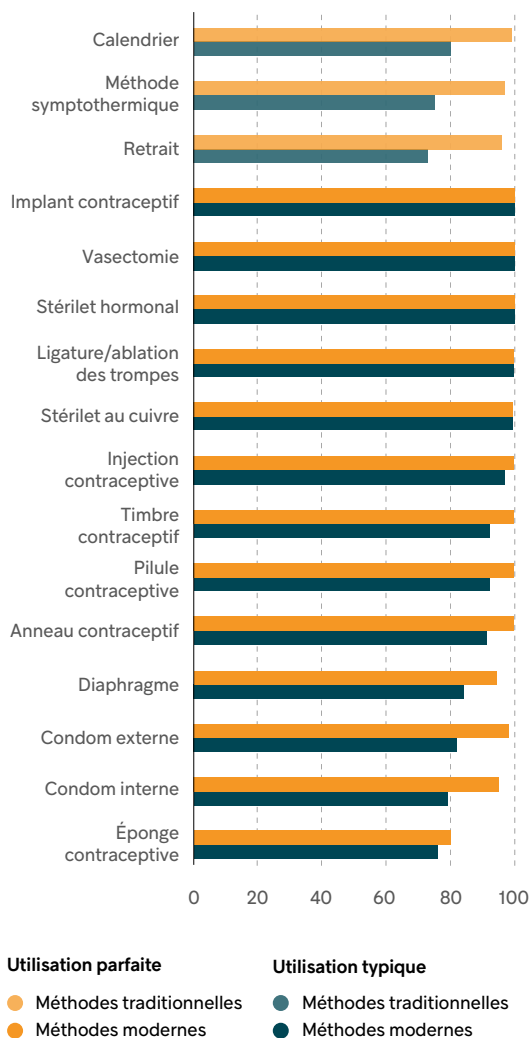
À l'exception du condom externe, du retrait et de la vasectomie, les méthodes de contraception dépendent toutes de l'action des femmes qui doivent modifier la fertilité de leur corps ou surveiller les signaux de celui-ci. En d'autres mots, elles sont les principales agentes de décision quant au choix de la méthode pour éviter les grossesses. D'après certaines recherches, l'égalité entre les hommes et les femmes favorise l'utilisation de contraceptifs, que ce soit le condom, la pilule ou une combinaison des deux⁵. Cela dit, plusieurs facteurs peuvent complexifier la prise de décision libre et éclairée, notamment l'accès à l'information, l'accès à une professionnelle de la santé pour la prescription ou la pose ainsi que les coûts liés à chaque méthode. La majorité des méthodes de contraception est médicalisée, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de passer par une professionnelle de la santé, soit pour obtenir une prescription, soit pour installer le dispositif contraceptif. C'est le cas pour toutes les méthodes hormonales, le stérilet de cuivre et les différentes formes de stérilisation permanente.

Alors que la grande majorité des moyens de contraception sont centrés sur le corps des femmes, le condom fait office d'exception notable. De plus, il s'agit du seul moyen de contraception (condoms interne et externe) qui permet de protéger contre les ITSS. Si l'utilisation parfaite promet une efficacité de 98 %, l'utilisation typique du condom externe (mauvaise installation, rupture, oubli, etc.) a un taux d'échec de 15 %. Pour cette raison, les professionnelles de la santé recommandent généralement de l'utiliser avec un autre moyen de contraception afin d'augmenter son efficacité tout en se protégeant contre les maladies, particulièrement lors de comportements sexuels à haut risque. Une enquête de Statistique Canada publiée en 2025 indique qu'environ 1 femme sur 3 a utilisé la double protection lors de sa dernière relation sexuelle⁶. Ce taux est beaucoup plus élevé chez les 15-24 ans (55,8 %) que chez les 35-49 ans (15,3 %).

Nous comparons le taux d'efficacité des méthodes les plus fréquentes au graphique 1. Pour chaque méthode, nous présentons les taux d'efficacité lors d'une utilisation parfaite et d'une utilisation typique. En effet, certaines méthodes sont plus difficiles à suivre rigoureusement : on oublie de prendre sa pilule ou sa température quotidienne, on installe incorrectement son diaphragme, le condom brise, le retrait se fait trop tardivement, etc. Les deux types d'échecs ont été obtenus par des enquêtes rigoureuses⁷ qui rapportent les taux d'échecs des contraceptifs en fonction des déclarations des femmes soit dans leur usage régulier (échec typique) soit pour une

GRAPHIQUE 1

Effacité des méthodes de contraception selon une utilisation parfaite ou typique



SOURCES : « Contraception », *sexplique*, <https://sexplique.org/information/contraception/>, page consultée le 18 novembre 2025; « Contraception », S.O.S. Grossesse, www.sosgrossesse.ca/prevention-et-contraception/, page consultée le 18 novembre 2025.

utilisation rigoureuse et assidue (échec théorique). Si l'efficacité de toutes ces méthodes est relativement élevée lorsqu'elles sont utilisées rigoureusement, les méthodes dites « naturelles » (en plus pâle dans le graphique) présentent typiquement un taux d'échec élevé en lien avec la complexité d'une utilisation parfaite. En comparaison,

les méthodes chimiques ou mécaniques offrent de meilleurs taux de succès, à l'exception de l'éponge contraceptive, dont le taux d'efficacité est relativement faible, tant pour une utilisation parfaite que typique.

Parmi les méthodes modernes, les contraceptifs réversibles à longue durée sont de plus en plus cités dans les travaux des chercheur·euse·s qui étudient les meilleures politiques à adopter entourant la planification des naissances. En plus d'avoir une efficacité en utilisation typique qui dépasse les 99 %, elles ont l'avantage de durer plusieurs cycles menstruels, voire plusieurs années, et de pouvoir être arrêtées lorsque la personne qui les utilise le souhaite. Elles combinent donc l'efficacité de la stérilisation permanente avec la flexibilité d'une méthode moins contraignante. Selon des sondages, plusieurs femmes préféreraient ce type de contraception, mais elles ne savent pas toujours que ces méthodes existent, comment se les procurer ou si elles sont adaptées à leur situation personnelle⁸. Par exemple, plusieurs personnes croient que les stérilets sont des options adaptées seulement aux femmes qui ont déjà eu des enfants alors qu'ils sont aussi appropriés pour les nullipares⁹. De plus, bien que les coûts d'achat et de pose puissent être prohibitifs lorsqu'ils sont à la charge de la patiente, ces méthodes peuvent s'avérer avantageuses économiquement sur leur durée de fonctionnement (typiquement de 3 à 5 ans, parfois plus). Le tableau 1 permet de comparer les coûts des différentes formes de contraception au Québec pour 1 an et sur une durée totale de 5 ans (en posant l'hypothèse d'une utilisation continue et parfaite). Nous postulons une utilisation continue des moyens de contraception pour une année entière. Par exemple, nous calculons 1 boîte de contraceptifs oraux tous les 28 jours (13 par année), 1 injection tous les 3 mois (4 par année) et 1 condom par relation sexuelle (estimées à 83 par année). Les coûts ont été évalués à partir des données disponibles sur les sites des cliniques privées offrant les services de pose, les frais associés aux actes médicaux (comme la prescription dans le cas de méthode hormonale, par exemple) et les coûts des contraceptifs eux-mêmes. Comme les prix des médicaments d'ordonnance ne sont pas diffusés (les prix ne sont affichés ni dans les succursales des pharmacies, ni sur leur site Web, ni dans leurs circulaires), nous nous basons sur les relevés de prix faits par les groupes de promotion de la contraception comme la Fédération du Québec pour le planning des naissances¹⁰ (FQPN) et S.O.S. Grossesse¹¹ ainsi que sur les remboursements fournis par la RAMQ¹². Afin de mettre ces chiffres en contexte, nous indiquons aussi le taux d'échec typique (l'efficacité de la contraception) et le taux de rétention (la persistance d'utilisation de la méthode au-delà d'un an).

TABLEAU 1
Coût des contraceptifs les plus utilisés
(utilisation typique), Québec, 2026

| | Taux d'échec typique | Taux de rétention | 1 an (utilisation parfaite) | 5 ans (annualisé) |
|--------------------|----------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| Pilule | 8,0 % | 66 % | 289 \$ | 269 \$ |
| Condom externe | 15 % | 44 % | 69 \$ | 69 \$ |
| Stérilet hormonal | 0,2 % | 80 % | 540 \$ | 108 \$ |
| Stérilet de cuivre | 0,4 % | 78 % | 266 \$ | 53 \$ |
| Injection | 3 % | 56 % | 213 \$ | 193 \$ |
| Timbre | 8 % | 66 % | 349 \$ | 329 \$ |
| Implant* | 0,1 % | 84 % | 361 \$ | 144 \$ |
| Anneau | 8 % | 66 % | 325 \$ | 305 \$ |

NOTES : Les lignes grisé distinguent les méthodes LARC. Les coûts de pose de stérilets et d'implants ont été calculés à partir de la moyenne des prix affichés sur les sites Web de différentes cliniques privées offrant ce service.

* Les implants ayant une durée typique de 3 ans, le coût annualisé sur 5 ans comprend 2 installations.

SOURCES : « Contraception », S.O.S. Grossesse, www.sosgrossesse.ca/prevention-et-contraception/, page consultée le 18 novembre 2025; « Contraception », Fédération du Québec pour le planning des naissances, <https://fqpn.qc.ca/article/contraception/>, consulté le 26 février 2026; recension des coûts en clinique privée et pharmacie, novembre 2025.

Selon nos calculs, les contraceptifs oraux reviennent à 289 \$ pour une année complète (coût pour 13 cycles et frais de prescription) alors que le stérilet hormonal, la méthode LARC la plus dispendieuse, coûterait 540 \$ pour la première année (coût du stérilet et de la pose en clinique privée). Cependant, comme on peut le garder 5 ans (voire jusqu'à 12 ans³³), cela revient à un coût annualisé de seulement 108 \$, alors que les contraceptifs oraux reviennent à 269 \$ par année sur 5 ans. Seul le condom est plus économique que les LARC lorsqu'il est utilisé de façon continue pendant cinq ans. Bref, il est généralement plus économique d'utiliser les LARC, mais encore faut-il avoir les moyens de l'investissement de départ. En plus des coûts, il importe de prendre en considération l'efficacité de chaque méthode. Ainsi, si le condom est

plus abordable^a, il comporte un risque plus élevé que la plupart des autres moyens de contraception dans son utilisation typique (taux d'échec de 15 %). L'échec de la contraception peut provoquer des grossesses non planifiées (et la transmission d'ITSS dans le cas du préservatif), ce qui a des conséquences économiques et sociales tant sur les femmes concernées que sur l'ensemble de la société.

1.2 Grossesses

Il est possible de classer les grossesses selon deux axes : la planification et la perception. La planification est l'axe le plus facile à déterminer : la grossesse résulte-t-elle d'un acte délibéré, survient-elle au moment désiré ou est-ce une surprise? La perception est plus difficile à mesurer. Il faut vérifier l'attitude de la personne enceinte par rapport à son état. Dans une étude qui se concentrait sur les grossesses au Delaware⁴⁴, la question posée était « Comment vous sentiez-vous lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte? ». Les réponses possibles étaient alors « Je voulais être enceinte plus tard », « J'aurais voulu être enceinte plus tôt », « Je voulais être enceinte maintenant », « Je ne voulais pas du tout être enceinte maintenant ou à un autre moment » ou encore « Je ne suis pas certaine de ce que je voulais ». Dans les trois premiers cas, on peut postuler que la perception était positive, ce qui n'est pas le cas pour les deux dernières réponses. Les grossesses non planifiées perçues de façon positive ont plus de chances d'être menées à terme que les grossesses non planifiées perçues de façon négative.

Dans la majorité des cas, les grossesses résultent d'une planification. Cependant, environ 40 % des grossesses arrivent par surprise au Canada⁴⁵. Selon une étude internationale, environ la moitié de celles-ci se terminent par des avortements dans les pays à revenus élevés⁴⁶. À l'inverse, entre le quart et le tiers des grossesses non planifiées sont en fait des grossesses devancées (*mistimed*) : les femmes concernées souhaitent devenir enceintes de leur partenaire, mais idéalement à une date ultérieure, variant de quelques mois à quelques années. La grossesse a donc été, en quelque sorte, déplacée. Entre les deux (les grossesses interrompues de manière volontaire et les grossesses devancées) se trouve un ensemble de circonstances plus ou moins propices à l'arrivée d'un enfant.

^a À l'exception de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

Comme nous l'avons vu dans le tableau 1, aucun moyen de contraception n'est sûr à 100 %. Des échecs sont toujours possibles, même en cas de stérilisation chirurgicale. Or, l'échec des différents moyens de contraception peut mener à des conséquences distinctes¹⁷. Par exemple, lors du port du stérilet hormonal, la moitié des grossesses accidentelles (bien que très rares) sont ectopiques, c'est-à-dire qu'elles ont lieu hors de l'utérus. Ce taux diminue à 3 % pour les stérilets en cuivre et à 1 % pour les autres types de contraception. Ainsi, il est plus rare de mener à terme une grossesse non planifiée causée par le mauvais fonctionnement d'un stérilet que par l'échec d'une autre méthode.

Peu importe la raison de la conception, les grossesses non planifiées sont « associées à une augmentation des risques médicaux liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'avortement¹⁸ ». Les femmes concernées n'ayant pas prévu de tomber enceintes, cette absence de planification peut affecter la santé de la grossesse, mener à de la détresse psychologique et même augmenter les risques de violence interpersonnelle¹⁹. Schummers et coll. sont catégoriques à cet égard :

L'accès inadéquat à la contraception augmente les taux de grossesses non planifiées, ce qui entraîne de pires résultats pour la santé maternelle et infantile, aggrave les inégalités de santé et limite l'équité des genres en matière d'éducation et d'économie²⁰.

Il n'est donc pas étonnant que près de la moitié des grossesses non planifiées soient interrompues volontairement.

1.3 Avortements

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 6 grossesses non désirées sur 10 dans le monde se terminent par une interruption volontaire de grossesse (IVG)²¹. Si la plupart de celles-ci ont lieu dans des cliniques ou des hôpitaux, 45 % sont réalisées dans des conditions dangereuses. On estime²² qu'environ 5 000 000 de femmes sont admises à l'hôpital chaque année en raison de complications liées à ce type d'avortement dans les pays du sud global^a seulement.

Au Canada, l'avortement a été décriminalisé en 1988 à la suite du jugement de la Cour suprême dans la cause opposant le gouvernement ontarien au Dr Henry

Morgentaler^b. L'année suivante, le jugement rendu dans l'affaire Chantale Daigle^c a renforcé le principe en reconnaissant le droit des femmes de décider pour leur corps. Pourtant, malgré ces jugements et contrairement à la grande majorité des pays, aucune loi ne balise l'avortement au Canada²³. Au Québec, la tentative récente du gouvernement de la Coalition avenir Québec (CAQ) d'inscrire le droit à l'avortement dans une éventuelle constitution québécoise a même mené à une levée de boucliers généralisée des milieux féministes et médicaux²⁴. Selon ces derniers, plutôt qu'un enjeu légal (dont l'issue pourrait être modifiée par les gouvernements successifs en amendant la constitution), l'avortement devrait être vu comme un enjeu de santé publique qui ne regarde que les personnes concernées : celles qui souhaitent en avoir un et celles qui le pratiquent. La disposition a été retirée du projet de constitution au Québec. Dans le reste du pays, l'accès à l'avortement varie d'une province à l'autre. Si des cliniques d'avortement publiques ont été mises en place dans certains CLSC au Québec dès 1981²⁵, donc avant même la décriminalisation, l'Île-du-Prince-Édouard permet la pratique publique d'avortements sur son territoire depuis 2017 seulement. Auparavant, les frais étaient remboursés lorsque la procédure était faite en hôpital hors province, mais les contraintes logistiques conduisaient plusieurs femmes à se tourner plutôt vers des cliniques privées²⁶.

La faible densité populationnelle au Canada et au Québec peut compliquer l'accès aux services pour certaines usagères : les cliniques offrant ce type d'intervention ne sont pas réparties uniformément sur le territoire. L'arrivée de la pilule abortive a toutefois augmenté les options d'accès à l'avortement. Lorsque la grossesse en est à moins de 10 semaines, il suffit de prendre 2 médicaments à intervalles de 24 à 48 h. Le traitement, qui peut être prescrit en clinique ou par télémedecine, a été approuvé par Santé Canada en 2015 et est offert depuis 2017. Alors que moins de 5 % des avortements étaient médicamenteux au Québec en 2018, cette

a Dans son article publié en 2006, l'auteur utilisait plutôt le terme « pays en développement ».

b Le médecin Henry Morgentaler et ses associés exploitaient plusieurs cliniques pratiquant des avortements alors que la procédure était encore illégale à moins d'être approuvée par un comité pour des raisons thérapeutiques. Poursuivi d'abord par le gouvernement de l'Ontario, il a fait entendre sa cause à la Cour suprême, qui a déclaré l'interdiction inconstitutionnelle.

c Alors qu'elle souhaitait se faire avorter à la suite de sa séparation avec son conjoint violent, ce dernier a obtenu une injonction l'empêchant d'aller de l'avant. La cause s'est poursuivie jusqu'en Cour suprême, où la jeune femme a eu gain de cause.

proportion s'élève à près de 24 % en 2024²⁷. Bien que l'interruption de grossesse par médicaments peut simplifier l'accès à l'avortement, les points de services ne sont pas répartis de façon équitable sur le territoire et l'accès à la pilule abortive n'est pas une solution magique, comme il est nécessaire de donner aux femmes toutes les options pour exercer leur libre choix quant à la méthode d'avortement privilégiée.

Une étude publiée en 2012 révèle qu'environ le tiers des femmes (31 %) ayant atteint l'âge de 45 ans en 2005 avait vécu au moins 1 avortement au Canada²⁸. Les taux pourraient néanmoins être plus bas en 2026 en raison du plus grand accès à la contraception et à la contraception d'appoint. En effet, on observe une baisse du recours à l'avortement depuis le milieu des années 2000. Alors que l'on comptait 29 460 avortements en 2004 au Québec, soit 15,8 par 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, ce taux était de 11,7 en 2024 (pour un total de 22 703 avortements)²⁹.

1.4 ITSS

Comme cette étude s'intéresse aux répercussions de la gratuité des contraceptifs sur l'économie et la population du Québec, nous croyons qu'il est essentiel de poser un regard sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). En effet, la conséquence d'une relation sexuelle non protégée peut être la grossesse non planifiée, mais également une ITSS.

Les ITSS sont des infections qui peuvent être transmises par contact sexuel vaginal, oral ou anal. La pénétration n'est pas une condition essentielle pour la transmission, bien que les risques soient plus grands lorsqu'elle est pratiquée. La majorité des ITSS sont soit des infections microbiennes, donc traitables par antibiotique, soit des infections virales, qui disparaissent seules ou avec lesquelles il faut composer pour le reste de sa vie. À cela, on peut ajouter des infections parasitaires comme les poux pubiens, communément appelés morpions. En 2023, des médecins français ont découvert une ITSS d'origine fongique³⁰. Aucun cas n'a encore été diagnostiqué au Canada. Les ITSS les plus fréquentes sont listées au tableau 2.

Il est important de traiter rapidement les ITSS pour améliorer sa qualité de vie, éviter des complications et empêcher la transmission à d'autres personnes. Les condoms (externe et interne) sont les seuls moyens de contraception qui permettent de protéger à la fois des grossesses non planifiées et de la majorité des ITSS. Les vaccins et certains traitements peuvent également limiter la transmission.

TABLEAU 2
ITSS les plus fréquentes

| | Type d'infection | Traitement |
|--|------------------|---|
| Chlamydia | Microbienne | Antibiotiques |
| Gonorrhée | Microbienne | Antibiotiques (mais de plus en plus résistant aux antibiotiques) |
| Syphilis | Microbienne | Antibiotiques |
| VIH | Virale | Antirétroviraux |
| Hépatite | Virale | Vaccins pour prévenir, disparaît généralement de lui-même, traitements antiviraux |
| Herpès génital | Virale | Médicaments pour éviter les irruptions, médicaments pour traiter la douleur |
| Verrues anogénitales (virus du papillome humain, VPH) | Virale | Vaccins pour prévenir, azote liquide ou onguent pour enlever les verrues |
| Poux du pubis | Parasitaire | Lotion ou crème |
| Gale | Parasitaire | Lotion ou crème |

SOURCE : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, Livret : Infections transmises sexuellement, 28 mai 2020, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/livret-infections-transmises-sexuellement.html>.

En plus d'affecter, parfois sévèrement, la santé physique et mentale des personnes infectées, les ITSS ont un coût pour la société. Aux dépenses médicales nécessaires pour le traitement et le suivi des ITSS s'ajoutent des conséquences sur le travail et les revenus des ménages³¹. En effet, souffrir d'une ITSS peut réduire le temps de travail de la personne infectée ou de ses proches en raison des traitements ou de la gestion des symptômes, diminuer la productivité et entraîner des dépenses supplémentaires pour se soigner. Le coût intersectoriel exact est toutefois difficile à déterminer. Relativement peu d'études se sont penchées sur le sujet, et leurs méthodologies respectives rendent leurs conclusions difficilement comparables. La seule constante est que le coût total des répercussions des ITSS est sous-estimé lorsqu'il ne tient compte que des dépenses médicales directement liées à l'infection.

Une métaétude sur la rentabilité des mesures de prévention et de traitement dans les pays à hauts revenus

publiée en 2022³² révèle qu'elles sont, en grande majorité, très efficaces, surtout quand elles visent les populations les plus à risque. On peut, par exemple, penser aux programmes d'échanges de seringues pour les personnes qui s'injectent de la drogue, à la distribution de condoms auprès des adolescent-e-s, des jeunes adultes ou des travailleurs et travailleuses du sexe, et aux initiatives de promotion du dépistage auprès de ces mêmes groupes. Cette dernière mesure est parmi les plus efficaces en matière de coûts-bénéfices pour les plus jeunes.

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

CHAPITRE 2

Portrait de la contraception ici et ailleurs

Avant de calculer le coût et les retombées d'un programme de contraception gratuite au Québec, il nous faut regarder ce qui se fait ailleurs et comment le Québec se positionne en comparaison des pays ayant les meilleurs taux d'utilisation de la contraception. Comme nous l'avons vu plus haut, l'utilisation des LARC est non seulement plus économique, mais également plus efficace. Nous ciblerons donc les pays où ceux-ci sont les plus fréquemment utilisés afin de comprendre les conditions qui favorisent leur adoption. Il est également utile d'examiner la situation au Canada, particulièrement en Colombie-Britannique, où plusieurs contraceptifs sont gratuits depuis 2023. Une attention particulière sera ensuite portée à l'évolution des ITSS au Canada, où l'on observe un rebond des transmissions depuis la pandémie.

2.1 Portrait international

Il est difficile de comparer l'utilisation de la contraception d'un pays à l'autre. Bien qu'il existe certaines bases de données centralisées (notamment publiées par l'ONU et la Banque mondiale), les indicateurs internationaux disponibles sont limités, et certaines publications qui utilisent des données nationales arrivent à des résultats différents, bien que dans les mêmes ordres de grandeur. Par exemple, selon l'ONU, 20,1 % des Estoniennes utilisaient le stérilet comme moyen de contraception en 2014. Une étude de 2013 évalue plutôt ce pourcentage à 35,9 %. L'écart est important, mais la tendance est la même dans les deux cas : l'Estonie se démarque positivement par rapport aux autres pays de l'Europe et de l'Amérique.

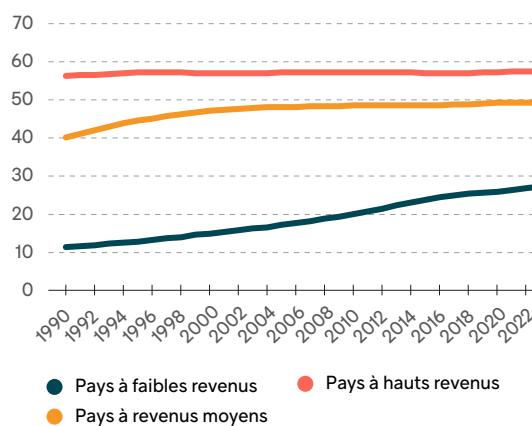
L'ONU publie une base de données qui permet de suivre l'évolution de l'utilisation de la contraception dans l'ensemble des pays recensés à partir de 1990. Les données sont recueillies lors d'enquêtes nationales ponctuelles, ce qui ne permet pas d'avoir des données pour toutes les années. Toutefois, au moyen de formules de projection et d'interpolation, la base de données permet de voir l'évolution des taux de contraception annuellement

jusqu'en 2030, soit l'échéance du « Programme de développement durable à l'horizon de 2030³³ ».

Les pays sont divisés en trois catégories selon le revenu disponible médian de la population. Il est donc possible de suivre l'évolution de l'utilisation de la contraception dans les pays à revenus élevés (*high-income countries*), les pays à revenus moyens (*middle-income countries*) et les pays à revenus faibles (*low-income countries*). L'utilisation de la contraception est en croissance dans les trois groupes depuis les années 1990 (graphique 2). L'augmentation est particulièrement marquée pour les pays à revenus faibles. Dans les pays les plus riches, le taux d'utilisation de la contraception par les femmes en âge de procréer est relativement stable autour de 58 % depuis plusieurs années, mais il a presque triplé dans les pays les plus pauvres, principalement sous l'effet de l'essor des méthodes de contraception modernes.

GRAPHIQUE 2

Évolution de l'utilisation de la contraception (moderne et naturelle) selon les revenus des pays (%), 1990-2023



SOURCE : ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU), *World contraception use*, base de données téléchargée le 21 juillet 2025, www.un.org/development/desa/pd/world-contraceptive-use.

Aux fins de cette étude, nous avons d'abord voulu comparer le Québec avec des pays similaires. Nous avons donc isolé dans la base de données de l'ONU les pays à hauts revenus qui ont un indice de développement humain élevé (> 0,9). Or, comme mentionné plus haut,

TABLEAU 3

Liste des pays retenus selon l'indice de développement humain et le PIB par habitant-e et dernière année de données disponibles

| Pays | Année | IDH | PIB par habitant-e (2024) |
|------------------|-------------|--------------|---------------------------|
| Allemagne | 2018 | 0,959 | 55 800 \$ |
| Australie | 2016 | 0,958 | 64 407 \$ |
| Autriche | 2019 | 0,930 | 56 833 \$ |
| Belgique | 2018 | 0,951 | 55 955 \$ |
| Canada | 2018 | 0,939 | 54 283 \$ |
| Espagne | 2022 | 0,918 | 35 297 \$ |
| Estonie | 2014 | 0,905 | 31 170 \$ |
| États-Unis | 2019 | 0,938 | 85 810 \$ |
| Finlande | 2015 | 0,948 | 53 189 \$ |
| France | 2011 | 0,920 | 46 150 \$ |
| Irlande | 2010 | 0,949 | 107 316 \$ |
| Italie | 2013 | 0,915 | 40 226 \$ |
| Japon | 2021 | 0,925 | 32 476 \$ |
| Nouvelle-Zélande | 2015 | 0,938 | 48 747 \$ |
| Pays-Bas | 2013 | 0,955 | 68 219 \$ |
| Pologne | 2014 | 0,906 | 25 023 \$ |
| Royaume-Uni | 2012 | 0,946 | 52 637 \$ |
| Suisse | 2017 | 0,970 | 103 670 \$ |
| Suède | 2017 | 0,959 | 57 723 \$ |

SOURCES : ONU, *Indice de développement humain*, Programme de développement des Nations unies, base de données téléchargée le 19 novembre 2025 ; GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE, *PIB par habitant*, base de données téléchargée le 20 novembre 2025 ; ONU, *World contraception use*, base de données téléchargée le 19 novembre 2025, www.un.org/development/desa/pd/world-contraceptive-use.

l'ONU se fie aux données officielles de chaque pays pour construire sa base de données, et celles-ci ne sont pas recueillies annuellement. Par exemple, les données les plus récentes du Danemark remontent à 1993, alors que celles des États-Unis datent de 2019. Afin de brosser un portrait le plus actuel et le plus fiable possible, nous avons retenu seulement les pays dont les données datent de 2010 ou d'une année plus récente. Au total, 19 pays répondaient à l'ensemble de ces critères. Nous les présentons au tableau 3.

Nous utiliserons les statistiques liées aux principales formes de contraception efficace, c'est-à-dire celles dont le taux d'efficacité typique est élevé, ainsi que les méthodes naturelles (tableau 4).

Les deux méthodes les plus populaires dans les pays comparables au Québec (Canada) sont les contraceptifs oraux et le condom, mais l'utilisation de chaque méthode varie de façon importante d'un endroit à l'autre. Par exemple, si environ le tiers des femmes disent avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle en Espagne (35,7 %), au Japon (30,8 %) et en Finlande (30,7 %), cette proportion tombe sous les 10 % en France (7,0 %) et en Belgique (6,4 %). La France^a est toutefois le deuxième pays où les femmes sont les plus nombreuses à prendre la pilule (36,6 %), après l'Allemagne (42,3 %) et tout juste avant la Finlande (35,8 %). Pour ces deux méthodes de contraception, on remarquera que le Canada se situe au bas du palmarès, soit au 13^e rang, pour l'utilisation du condom et au 16^e pour la pilule.

L'utilisation des LARC est également limitée au Canada au moment de la collecte des données en 2018, soit avant la mise en place du programme fédéral pour rendre les méthodes de contraception plus accessibles. Seulement 5,9 % des femmes utilisent le stérilet et 0,9 % l'implant. Cela place le pays parmi ceux où ces méthodes sont les moins populaires. Le recours au stérilet^b est beaucoup plus répandu en Suède (27,5 %), en Belgique (21,8 %), en France (21,5 %) et en Estonie (20,1 %). Quant au condom, ce sont l'Espagne (35,7 %), le Japon (30,8 %), la Finlande (30,7 %) et la Pologne (27,1 %) qui se distinguent.

Le Global Contraception Policy Atlas (GCPA), un projet qui émane du Parlement européen, recense les programmes et politiques publiques autour de la santé

a Comme nous le verrons dans la section 2.1.2, ce taux a beaucoup diminué dans les dernières années au profit des stérilets.

b Les statistiques de recours aux implants sont trop parcellaires pour tirer des conclusions.

TABLEAU 4
Utilisation de différentes formes de contraception (%)

| Pays | Tout | Modernes | Naturelles | Pilule | Condom | Stérilet | Implant |
|------------------|------|----------|------------|--------|--------|----------|---------|
| Allemagne | 80,3 | 80,2 | 0,1 | 42,3 | 11,5 | 12,3 | 0,3 |
| Australie | 66,9 | 64,7 | 2,3 | 16,7 | 17 | 5,9 | 4,3 |
| Autriche | 65,7 | 63 | 2,6 | 18,6 | 18,7 | 14,2 | 0,8 |
| Belgique | 66,7 | 65,4 | 1,3 | 25,5 | 6,4 | 21,8 | s. o. |
| Canada | 60,1 | 54,9 | 5,7 | 14 | 14,6 | 5,9 | 0,9 |
| Espagne | 75,7 | 73,5 | 2 | 17,8 | 35,7 | 6,7 | 1,7 |
| Estonie | 64,4 | 55,9 | 8,5 | 13,9 | 18,2 | 20,1 | s. o. |
| États-Unis | 73,9 | 66,1 | 7,8 | 11,1 | 10,3 | 10,5 | 1,5 |
| Finlande | 85,5 | 81,6 | 3,9 | 35,8 | 30,7 | 10,1 | s. o. |
| France | 78,4 | 72,7 | 5,7 | 36,6 | 7 | 21,5 | 2 |
| Irlande | 73,3 | 70,9 | 2,4 | 26 | 17,1 | 14,5 | s. o. |
| Italie | 65,1 | 51,8 | 13,3 | 20,3 | 20,9 | 4,8 | s. o. |
| Japon | 39,8 | 33,1 | 6,7 | 0,9 | 30,8 | 0,4 | s. o. |
| Nouvelle-Zélande | 79,9 | 74,7 | 5,2 | 22,8 | 17,5 | 9,1 | 3,6 |
| Pays-Bas | 73 | 70 | 3 | s. o. | 10 | 15 | s. o. |
| Pologne | 62,3 | s. o. | s. o. | 17 | 27,1 | 4 | s. o. |
| Royaume-Uni | 76,1 | 71,1 | 5 | 16,9 | 23,2 | 8,9 | 3 |
| Suisse | 70,3 | 68,1 | 2 | 15,5 | 11,5 | 27,5 | 3,1 |
| Suède | 71,6 | 67,3 | 4,3 | 22,1 | 19,1 | 11,9 | s. o. |

* L'addition des pourcentages d'utilisation des méthodes de contraception doit être interprétée avec prudence, car certaines femmes peuvent en utiliser plus d'une à la fois, particulièrement en combinaison avec le condom, qui protège également contre les ITSS.

SOURCE : ONU, *Indice de développement humain*, Programme de développement des Nations unies, base de données téléchargée le 19 novembre 2025 ; GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE, *PIB par habitant*, base de données téléchargée le 20 novembre 2025 ; ONU, *World contraception use*, base de données téléchargée le 19 novembre 2025, www.un.org/development/desa/pd/world-contraceptive-use.

sexuelle et de reproduction dans le monde. Il attribue un pourcentage à chaque pays selon le degré d'accès aux contraceptions, la qualité des politiques publiques qui les encadrent et le financement public qui leur est consacré. Pour le Canada, l'analyse est faite au niveau des provinces. Seulement 7 pays (France, Royaume-Uni, Portugal, Luxembourg, Mexique, Belgique et Cambodge) ont une note globale supérieure à 90 %. La grande majorité de ceux-ci sont européens. Si l'on compare cette liste avec celle du tableau 3, on constate que seuls la France, la Belgique et le Royaume-Uni se retrouvent aux deux

endroits. Au tableau 5, nous présentons la liste des pays avec de hauts taux d'utilisation du stérilet ou du condom et comparons ceux-ci avec les scores de GCPA correspondants. La moyenne pour les pays où le stérilet est fortement utilisé est de 85,2 %, alors qu'elle n'est que de 51,3 % pour ceux où l'usage du condom est le plus fréquent.

Dans la prochaine partie, nous allons voir plus en détail ce qui distingue l'Estonie, la France, la Belgique et la Suède, c'est-à-dire les pays à forte utilisation de LARC, pour mieux comprendre les raisons de la

TABLEAU 5
Utilisation du stérilet et du condom et score du GCPA

| | Stérilet | Condom | Score GCPA |
|----------|----------|--------|------------|
| France | 21,1 | 7 | 97,9 |
| Belgique | 21,8 | 6,4 | 92,3 |
| Estonie | 20,1 | 18,2 | 67,3 |
| Suède | 27,5 | 11,5 | 83,4 |
| Pologne | 4 | 27,1 | 38,9 |
| Finlande | 10,1 | 30,7 | 61,8 |
| Japon | 0,4 | 30,8 | 36,7 |
| Espagne | 6,7 | 35,7 | 68,8 |
| Canada* | 5,9 | 14,6 | 64,6 |

* Moyenne des provinces calculée par le GCPA.

SOURCES : Global Contraception Atlas, Global Contraception Atlas, <https://srhrpolicyhub.org/>, consulté le 16 avril 2026 ; ONU, *Indice de développement humain*, Programme de développement des Nations unies, base de données téléchargée le 19 novembre 2025 ; GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE, *PIB par habitant*, base de données téléchargée le 20 novembre 2025 ; ONU, *World contraception use*, www.un.org/development/desa/pd/world-contraceptive-use, base de données téléchargée le 19 novembre 2025.

popularité de ces méthodes qui, rappelons-le, sont les plus efficaces.

2.1.1 Estonie

L'Estonie a un score plutôt moyen pour l'accès à la contraception (67,3 %) selon le GCPA³⁴. Deux axes ont été évalués : l'accès aux contraceptions et aux suivis, et l'accès à l'information. Sur ce second point, le pays se démarque grâce à son site gouvernemental, qui présente les avantages et les inconvénients d'une grande diversité de méthodes contraceptives ainsi que les endroits où se les procurer. Par contre, bien que la contraception soit subventionnée, le GCPA ne recense pas de programme particulier pour la rendre encore plus abordable pour les jeunes ou les personnes en situation de vulnérabilité^a.

a Des versions précédentes du GCPA indiquent au contraire que la contraception serait gratuite en Estonie pour les adoles-

Depuis le milieu des années 1990, l'Estonie a mis en place une stratégie de planification des naissances misant sur un réseau de services de santé sexuelle destinés aux jeunes de 25 ans et moins (*youth friendly sexual health services*). Parmi les principes mis de l'avant, on retrouve la confidentialité des services, l'accès rapide à des soins à faible coût ou gratuits, des heures d'ouverture flexibles, et le libre-choix³⁵. On observe une association forte entre la fréquentation de ces services et le recours à des contraceptifs hormonaux, bien que la méthode la plus utilisée par les jeunes Estoniennes demeure le condom, suivi de les contraceptifs oraux³⁶. L'utilisation du stérilet croît pour sa part avec l'âge. L'Estonie intègre également des cours obligatoires d'éducation à la sexualité dans son programme scolaire depuis 1996. Celui-ci s'est avéré d'une grande efficacité et peu coûteux. Le pays rembourse les coûts d'utilisation préventive à 50 %, et jusqu'à 75 % si la prescription fait partie d'un plan de traitement à la suite d'un accouchement, d'un avortement ou dans le cas où la grossesse est contre-indiquée³⁷.

2.1.2 France

En France, les stérilets sont à la charge des utilisatrices, mais l'installation peut être remboursée à environ 90 % grâce à une combinaison d'assurances privée et publique. Pour les femmes de moins de 18 ans, le dispositif et la pose sont gratuits.

Selon le GCPA, la France se distingue par la qualité de son information sur la contraception disponible, ainsi que par les moyens qui sont couverts par le système public. Des programmes visant particulièrement les plus jeunes (moins de 25 ans) et les personnes en situation de précarité financière (qu'elles soient prestataires d'aide de dernier recours ou non) permettent d'accéder gratuitement ou à très faible coût à une diversité de méthodes contraceptives, dont les LARC³⁸.

En 2023, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a publié l'enquête *Contexte des Sexualités en France* qui met à jour les données sur la contraception³⁹. On y voit notamment une croissance importante de la popularité du stérilet, qu'utilisent alors 27,7 % des Françaises de 18 à 49 ans, ce qui correspond à une augmentation de 30 % depuis 2011. Cette hausse s'explique en partie par une « crise de la pilule » survenue au début des années 2010. En 2012, une jeune femme de 18 ans qui prenait des contraceptifs oraux de 3^e génération a été

centes et les populations vulnérables.

victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) qui l'a laissée lourdement handicapée. Elle a porté plainte contre le fabricant et poussé les pouvoirs publics à adapter leurs recommandations liées à ces médicaments. Cet événement a entraîné une crise de confiance à l'égard des anovulants qui s'est traduite par des changements dans les comportements liés à la contraception entre 2012 et 2013. On assiste alors à une réduction de 45 % de l'utilisation des contraceptifs oraux de 3^e et de 4^e générations, et à une augmentation de 30 % des ventes de contraceptifs oraux de 1^{re} et de 2^e générations, et de 47 % pour le stérilet⁴⁰. Les données de 2023 confirment la tendance amorcée en 2012. Le recours au stérilet (27,7 %) dépasse maintenant l'usage de la pilule (26,8 %), et la popularité de cette dernière ne cesse de décroître. En tout, environ 1 femme sur 3 voulant éviter une grossesse (32,1 %) utilise une méthode LARC en France en 2023. Depuis 2016, la hausse est particulièrement marquée pour la tranche d'âge 18-29 ans. Ce serait la combinaison du faible coût des méthodes de contraception et de la méfiance à l'égard de la pilule qui expliqueraient ces statistiques. En effet, cette méfiance s'est traduite en campagne de sensibilisation sur les solutions de rechange pour éviter des grossesses, dont les avantages d'une méthode longue durée réversible tel le stérilet. Bien que le gouvernement et la santé publique aient joué un rôle dans cette campagne, celle-ci a aussi bénéficié d'une couverture médiatique et de la mobilisation citoyenne entourant cet enjeu.

Par ailleurs, la France a depuis longtemps inclus les condoms dans sa couverture d'assurance maladie, reconnaissant le besoin de soutenir un moyen contraceptif de responsabilité masculine. Alors qu'il était possible de déduire 60 % du coût de ceux-ci lorsqu'ils étaient achetés sous ordonnance, ils sont offerts gratuitement et de manière confidentielle depuis 2023 pour les personnes de 25 ans et moins⁴¹. Dans les 6 premiers mois du programme, plus de 15 millions de condoms ont été distribués, une hausse de 240 %. On note d'ailleurs une augmentation de 30 % de l'utilisation du condom comme contraceptif entre 2016 et 2023⁴². Des pharmaciennes ajoutent toutefois quelques bémols devant cette popularité apparente. D'une part, le faible nombre de marques couvertes par la gratuité induit parfois des ruptures de stock qui limitent la distribution. D'autre part, elles demeurent convaincu-e-s que la mesure pourrait être mieux connue et plus utilisée. Bien que la gratuité ait fait l'objet d'une annonce officielle, peu d'efforts de sensibilisation et de diffusion ont suivi. Environ un an après le début du programme, seulement 5 % du public cible (jeunes de 15 à 25 ans) disent avoir demandé ces préservatifs gratuits en pharmacie. À la suite de ces critiques, le nombre de

marques offertes est passé de deux à six et les préservatifs internes (au nombre de trois marques) ont été ajoutés. Toutefois, la sensibilisation demeure limitée et aucune étude épidémiologique ou économique dressant un bilan plus large du programme n'a été diffusée.

Comprendre les générations de contraceptifs oraux

Les contraceptifs oraux sont généralement une combinaison de deux hormones de synthèse, soit l'équivalent de l'œstrogène et de la progestérone, qui sont toutes les deux naturellement sécrétées par le corps. La prise de ces composantes (puis l'arrêt pendant sept jours) permet d'induire le corps à croire que l'ovulation a eu lieu sans que ce soit le cas. C'est le type de progestatif qui détermine la « génération » de la pilule²⁹. La première génération, mise en marché dans les années 1960, avait de fortes doses d'œstrogène et de progestatif. En raison des risques accrus de thrombose et de cancer du sein ainsi que d'importants effets secondaires, elle a été rapidement supplantée par des contraceptifs oraux de deuxième génération qui utilisent, à plus faibles doses, une combinaison d'œstrogène et d'une nouvelle forme de progestatif de synthèse, le lévonorgestrel, tout en retenant leur efficacité. Dans les années 1980, on voit l'émergence des contraceptifs oraux de troisième génération, suivie au début des années 2000 par celles de quatrième génération. Ces deux types de pilules utilisent des formes différentes de progestatifs (respectivement désogestrel ou gestodène et drospirénone) et sont vendues, entre autres, avec la promesse de réduire les symptômes de l'acné. Ils ont toutefois été associés à des risques plus élevés de thrombose et sont beaucoup moins prescrits que les contraceptifs oraux de deuxième génération, qui demeurent les plus populaires en 2026.

2.1.3 Belgique

Selon le GCPA, la Belgique se distingue par une bonne couverture contraceptive, un excellent accès à des services d'accompagnement et des sites d'informations gouvernementaux exhaustifs dans les trois langues officielles.

Plus d'une centaine (107) de centres de planification familiale sont répartis sur le territoire de la région francophone de la Belgique, la Wallonie, ainsi que dans sa capitale, Bruxelles⁴³. À ceux-ci s'ajoutent 11 centres d'action sociale générale (*Centrum Algemeen Welzijnswerk, CAW*⁴⁴) en Flandre. Il est possible de recevoir des services gratuitement et anonymement dans chacun de ces lieux, qui se veulent des centres accueillants et professionnels.

En Belgique aussi, la « crise de la pilule » a fait diminuer le recours aux contraceptifs oraux depuis 2012. La baisse d'utilisation des anovulants s'est faite majoritairement au profit du stérilet, qu'il soit hormonal ou au cuivre⁴⁵. Les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont 3 fois plus nombreuses en 2018 qu'en 2012 à choisir ce type de méthode⁴⁶. Les contraceptifs sont généralement à très faible prix ou gratuits pour les femmes de moins de 25 ans et les prestataires d'aide financière de dernier recours. Pour les femmes plus âgées, il est possible d'obtenir un stérilet au cuivre pour seulement 10 € par année, ce qui rend cette méthode plus abordable que les contraceptifs oraux (140 € par année) ou l'anneau vaginal (160 € par année⁴⁷). Alors que le système belge prévoit généralement un remboursement individuel après que l'utilisateur ou l'utilisatrice a payé son service de santé, la contraception fait partie des exceptions. En effet, c'est plutôt la pharmacie qui est dédommée pour la vente de contraceptifs, ce qui permet à la personne qui se les procure de limiter sa contribution au montant restant, s'il y a lieu⁴⁸. Cela dit, l'ordonnance se fait généralement à travers sa mutualité, soit un intermédiaire à but non lucratif qui gère l'assurance maladie à laquelle adhère individuellement chaque ménage. La responsable du centre de documentation et d'information de la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial a noté une importante différence entre le nombre de contraceptifs d'urgence délivrés et le nombre pour lequel une demande de remboursement a été effectuée⁴⁹. Elle avance que, en plus des personnes non assurées qui se procurent les médicaments, le désir de confidentialité pourrait expliquer cette disparité. En effet, certain-e-s jeunes pourraient préférer payer de leur poche plutôt que d'alerter leurs parents de leur besoin d'une contraception d'appoint. Pour les moins de 18 ans, la contraception est offerte de façon confidentielle dans les centres de planning familial.

Le remboursement des condoms n'est pas inclus dans le système public d'assurance maladie en Belgique, mais certaines assurances complémentaires l'offrent, à hauteur de 30 à 50 € par année. Les condoms sont toutefois offerts gratuitement dans les centres de planning familial.

Bien que la Belgique ait mis en place des politiques pour rendre plus accessible financièrement la contraception, environ la moitié (47,3 %) des femmes considère que le coût est encore une barrière à l'accès⁵⁰.

2.1.4 Suède

La Suède est reconnue pour son programme d'éducation à la sexualité. Obligatoire dès le primaire, il est enseigné de manière transdisciplinaire, c'est-à-dire que la matière est intégrée à toutes les disciplines. Cette approche présente un double avantage : décloisonner le sujet en permettant de l'aborder sous différents angles, et rendre le sujet inévitable, même s'il peut rendre les élèves (et leurs parents) mal à l'aise. De plus, les enseignements sont généralement coordonnés par l'ensemble du corps professoral : il ne s'agit pas de laisser chacun-e individuellement responsable de présenter ou non du contenu lié à la sexualité, la matière est plutôt discutée et répartie en équipe. D'ailleurs, l'éducation à la sexualité est incluse dans la formation des enseignant-e-s du primaire et du secondaire depuis 2021⁵¹. Les résultats sont probants : « [L]e taux de grossesse durant l'adolescence est presque nul. La prévalence des maladies transmissibles sexuellement est en baisse depuis des décennies⁵². » Bien que la collaboration ne soit pas toujours au point, l'intégration de l'infirmière scolaire dans les cours d'éducation à la sexualité dans ce pays est également vue comme un avantage, puisqu'elle permet d'intégrer une professionnelle de la santé (et une personne externe) en classe⁵³.

En plus d'un curriculum scolaire qui déstigmatise les conversations sur la sexualité, la Suède, un pays de 10 millions d'habitant-e-s, compte environ 300 cliniques pour jeunes et plus de 6 700 sages-femmes réparties sur l'ensemble du territoire qui prennent en charge non seulement les grossesses et les accouchements, mais également les IVG et l'accompagnement contraceptif (conseil, prescription, etc.⁵⁴). Ces réseaux centrés sur les jeunes et sur les femmes permettent de mieux répondre à leurs besoins en proposant des services qui leur sont adaptés. Tout comme pour le cursus d'éducation à la sexualité, l'approche se veut holistique, incluant les soins pour la santé physique et mentale⁵⁵. Depuis 2018, une loi oblige de proposer les contraceptifs de longue durée comme premier choix. Bien que le choix final demeure la prérogative de la personne concernée, cette contrainte permet de faire connaître ces options et mène à une plus grande adoption des LARC.

Le gouvernement gère également un site Web exhaustif sur la contraception⁵⁶. On y trouve toutes les informations pour comprendre chaque méthode (avantages,

inconvénients, contre-indications, etc.), ainsi que les lieux où se les procurer et leur prix. Une personne à la recherche de la meilleure forme de contraception peut ainsi compter sur une source d'information fiable pour choisir la méthode qui lui convient le mieux.

Le système de santé suédois est décentralisé et géré par les régions. Les programmes d'accès à la contraception varient d'un endroit à l'autre, mais les stérilets au cuivre sont généralement offerts gratuitement par les sages-femmes et les cliniques pour jeunes. En fait, la majorité des contraceptifs sont gratuits pour les personnes de moins de 21 ans, et généralement offerts à prix modique pour celles de 26 ans et moins. Le stérilet hormonal, les injections, l'implant et les contraceptifs oraux sont remboursés en partie par l'« assurance de couverture des soins de santé coûteux », un programme qui garantit des dépenses médicales maximums d'environ 220 \$ par année⁵⁷.

Tout comme en France, on note une méfiance accrue à l'égard des contraceptifs hormonaux. Alors que 9,7 % des femmes de 30 à 39 ans qui n'utilisaient pas de contraception en 2013 mentionnaient la crainte à l'égard des produits hormonaux comme principale raison, ce taux a plus que doublé en 2017 pour atteindre 20,8 %⁵⁸.

En somme, plusieurs facteurs peuvent expliquer l'adoption d'une méthode de contraception efficace. Nous en notons particulièrement trois. D'abord, la contraception doit être accessible, tant physiquement que financièrement. Ensuite, en plus de subventionner les coûts, les États les plus efficaces s'assurent que les lieux pour prescrire et offrir les services de santé sexuelle sont bien répartis sur leur territoire et que la prise de rendez-vous y soit facile. Finalement, la communication est un pilier important de la stratégie de promotion des méthodes contraceptives efficaces. Elle passe autant par une éducation à la sexualité obligatoire et de qualité et des campagnes d'information entourant l'existence des cliniques de santé sexuelle que par une sensibilisation proactive des professionnelles de la santé sur les moyens de contraception efficaces.

2.2 Portrait canadien

2.2.1 Coût de la contraception

Le Canada jouit d'un cadre national qui garantit la gratuité des services de santé, dont ceux de santé sexuelle et reproductive. Chaque province est responsable de mettre en place son propre système, qui doit répondre à des critères d'accessibilité et de qualité.

Ainsi, les services de suivi de grossesse, d'avortement et d'accouchement sont couverts dans tout le pays. Toutefois, le Canada n'impose pas la couverture des médicaments. En d'autres mots, le coût des contraceptifs eux-mêmes est à la charge des individus. En 2024, le gouvernement fédéral a toutefois adopté une loi encadrant la gratuité de certains médicaments pour traiter le diabète et favoriser l'adoption de méthodes efficaces de contraception. Chaque province était ensuite responsable de développer son propre modèle afin de recevoir sa part des fonds fédéraux. En 2026, seules trois provinces (Colombie-Britannique, Manitoba et Île-du-Prince-Édouard) et un territoire (Yukon) ont signé leur entente, rendant certaines formes de contraception gratuites pour toutes les personnes résidentes assurées. Ailleurs, des programmes existent à la pièce, ou alors la contraception entre dans le régime général des médicaments et demeure à la charge des individus ou de leurs assurances privées. Le tableau 6 présente les différents programmes de gratuité au Canada.

Même si l'ordonnance et la pose des contraceptifs sont parfois couvertes, de nombreuses cliniques privées offrent également ces services moyennant des frais, souvent dans des délais plus courts. Dans certains cas, les assurances privées remboursent une partie des dépenses.

Au Québec, le régime public offre gratuitement des contraceptifs aux personnes de moins de 18 ans, à celles de 25 ans et moins qui étudient à temps plein si elles vivent encore chez leurs parents et n'ont pas accès à un régime privé⁵⁹, ainsi qu'à celles qui sont bénéficiaires d'assistance financière de dernier recours⁶⁰. Il n'y a donc pas de barrière financière à l'entrée pour elles pour les contraceptifs oraux, les timbres, l'anneau vaginal, le stérilet hormonal, l'implant et le diaphragme. Il n'en demeure pas moins que cette population représente une minorité des personnes qui utilisent (ou voudraient utiliser) la contraception pour éviter des grossesses non planifiées et que l'information n'est pas connue de toutes. De plus, il existe d'autres freins en matière d'accessibilité pour ces mêmes personnes.

D'une part, il peut être difficile de trouver une clinique pour se faire poser un stérilet ou un implant. Bien qu'il s'agisse d'un acte médical couvert par l'assurance maladie, une personne sans médecin de famille ou qui ne connaît pas le bon point d'accès pour la procédure sera prise au dépourvu. Alors que le système public recommande d'utiliser Clic Santé pour prendre rendez-vous⁶¹, l'outil de recherche ne permet de trouver aucune clinique à Montréal pour la pose gratuite d'un stérilet (14 avec frais) et une seule pour l'installation d'un implant (4 avec frais). En lançant la recherche à partir de la Gaspésie,

TABLEAU 6

Types de contraception gratuite selon la population couverte, provinces du Canada, 2026

| Province | Contraception | Population |
|-------------------------|--|--|
| Terre-Neuve-et-Labrador | Aucune* | |
| Nouvelle-Écosse | Aucune* | |
| Île-du-Prince-Édouard | LARC (implant et stérilet), injection, pilule, anneau vaginal, contraception orale d'urgence | ↳ Toutes les femmes résidentes assurées (entente fédérale) |
| Nouveau-Brunswick | Aucune* | |
| Québec | Implant, injection, timbre, stérilet hormonal, pilule, diaphragme | ↳ Personnes de moins de 18 ans ↳ Étudiantes à temps plein de moins de 26 ans vivant chez un parent non couvert par une assurance privée ↳ Personnes recevant l'aide de dernier recours |
| | Stérilet au cuivre | ↳ Après une interruption de grossesse |
| Ontario | LARC (implant, stérilet), injection, pilule, contraception orale d'urgence | ↳ Personnes de moins de 25 ans non couvertes par une assurance privée ↳ Personnes recevant de l'aide financière de dernier recours |
| Manitoba | LARC (implant et stérilet), injection, pilule, contraception orale d'urgence | ↳ Toutes les femmes résidentes assurées (entente fédérale) |
| Saskatchewan | Pilule | ↳ Personnes de moins de 18 ans recevant l'aide financière de dernier recours |
| Alberta | Aucune* | |
| Colombie-Britannique | LARC (implant et stérilet), injection, anneau vaginal, pilule contraceptive, contraception orale d'urgence | ↳ Toutes les femmes résidentes assurées (entente fédérale) |

* Des programmes de réduction des dépenses liées aux prescriptions existent pour les personnes qui reçoivent de l'aide de dernier recours et pour les ménages à faible revenu, mais aucun programme visant spécifiquement la contraception n'existe.

SOURCES : « Régime d'assurance-médicaments amélioré du Manitoba », Santé Manitoba, www.gov.mb.ca/health/pharmacare/mepp.html (consulté le 25 février 2026) ; « National Pharmacare Program », Government of Prince Edward Island, 16 mai 2025, www.princeedwardisland.ca/en/information/health-and-wellness/national-pharmacare-program (consulté le 25 février 2026) ; « Health care services covered in Alberta », Alberta.ca, www.alberta.ca/ahcip-what-is-covered (consulté le 25 février 2026).

les cliniques publiques les plus proches se trouvent à plus de 400 km de la région. Or, plusieurs CLSC et cliniques jeunesse offrent ces services à travers le Québec sans qu'ils soient référencés sur Clic Santé.

D'autre part, les assurances privées limitent la possibilité de choisir son moyen de contraception en toute confidentialité. En effet, les demandes de remboursement s'inscrivent automatiquement dans le compte du principal assuré, qui aurait donc accès à de l'information potentiellement intime. Selon les données de la RAMQ⁶², plus de 70 % des jeunes femmes de 10 à 19 ans sont assurées au privé pour les médicaments, dont la grande majorité dans le cadre de plans familiaux. Dans le cas des jeunes femmes de 20 à 24 ans, la proportion d'entre elles

qui est assurée au privé descend à 61 %, dont plusieurs le sont à travers leur institution scolaire ou leur emploi. Il n'en demeure pas moins qu'une majorité des personnes concernées par la gratuité des moyens de contraception ne jouissent pas de la confidentialité.

2.2.2 Utilisation

Regardons maintenant plus en détail le contexte canadien. Si les statistiques internationales brossent un portrait terne de l'utilisation de contraceptifs au Canada en comparaison à d'autres pays similaires, les données nationales sont plus nuancées.

TABLEAU 7

Utilisation de la contraception (%), provinces canadiennes, 2019-2020

| | Provinces de l'Atlantique | Québec | Ontario | Provinces des Prairies | Colombie-Britannique |
|----------------------------|---------------------------|--------|---------|------------------------|----------------------|
| Contraception | - | 85 | 78,3 | - | 81,7 |
| Condom | 26 | 27,5 | 37,6 | 32,3 | 34 |
| Pilule | 27,5 | 24,7 | 21,3 | 20,7 | 22,4 |
| Stérilet | 37,6 | 16,9 | 10,6 | 12,1 | 17,4 |
| Stérilisation | 32,3 | 18,8 | 13,8 | 18,2 | 11,9 |
| Méthodes naturelles | 34 | 2,6 | 4,4 | 5,6 | 5,6 |

SOURCE : Tia CARPINO, *Le recours à la contraception chez les femmes sexuellement actives désireuses d'éviter une grossesse*, Étude sur le genre et les identités croisées, Statistique Canada, 2025.

En 2025, Statistique Canada a publié une étude sur les habitudes de contraception entre 2019 et 2020⁶³. Alors que les données recensées par l'ONU concernent la population de 18 à 49 ans, celles de l'étude de Statistique Canada couvrent la tranche d'âge de 15 à 49 ans et se concentrent sur les femmes qui désirent éviter une grossesse. Bien que les données soient également détaillées par province (tableau 7), les résultats sont surtout présentés à l'échelle fédérale. Le Québec s'y distingue comme l'endroit où la contraception (incluant la stérilisation et les méthodes naturelles) est la plus utilisée (85 %), suivi par la Colombie-Britannique et le Manitoba (tous deux à 81,7 %). La méthode la plus populaire est le condom (33 %), mais celui-ci est fréquemment utilisé en combinaison avec un autre moyen de contraception comme la pilule ou le stérilet. Les jeunes (15 à 24 ans) ont tendance à choisir le condom (53,9 %) ou la pilule^a (50,3 %), alors que le stérilet gagne en popularité dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans (17,8 %), soit chez des femmes qui ne bénéficient pas de la gratuité au Québec. Si le Québec utilise le condom (27,5 %) dans une proportion plus faible que d'autres provinces, il se positionne en première place pour la stérilisation permanente (vasectomie et ligature des trompes) (18,8 %) et en deuxième place quant à l'utilisation des stérilets (16,9 %), tout juste derrière la Colombie-Britannique (17,4 % avant le programme de gratuité).

Par ailleurs, une étude publiée en 2019 sur les habitudes de contraception des jeunes de 15 à 24 ans en

2009-2010 constatait que 15,5 % des jeunes Canadien-ne-s ayant des relations sexuelles sans avoir l'intention de fonder une famille (donc à risque de subir ou de provoquer une grossesse imprévue) n'utilisaient pas de moyen de contraception. Au Québec, ce pourcentage était de seulement la moitié, à 7,4 %⁶⁴. Bien que ces chiffres datent, ils semblent être conformes à ce qui a été observé dans l'étude de Statistique Canada, c'est-à-dire que l'utilisation de la contraception au Québec est plus élevée que dans l'ensemble du Canada.

D'après une étude de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), on remarque une baisse de moitié de l'« utilisation systématique du condom parmi les personnes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus [entre] 2008 et 2020-2021⁶⁵ ». Cette tendance s'est accompagnée d'une recrudescence de certaines ITSS⁶⁶. Une partie de cette hausse est attribuable à un « effet rebond » observable après les mesures de confinement liées à la pandémie de COVID-19 : d'une part, les contacts interpersonnels ont été grandement limités par les mesures sanitaires, ce qui a eu pour effet de réduire la transmission et, d'autre part, plusieurs centres de dépistage ont suspendu ou grandement réduit leurs services en raison des mises à pied et des mesures de confinement⁶⁷. Il n'en demeure pas moins que ces données sont préoccupantes.

Par ailleurs, un nombre important de jeunes femmes choisissent d'arrêter d'utiliser des contraceptifs hormonaux ici, comme ce qui a été observé en France ou en Suède. La RAMQ note une diminution de près de la moitié des prescriptions et des renouvellements de contraceptifs oraux au Québec depuis 2014⁶⁸. Ces femmes rejettent la prescription quasi automatique des contraceptifs oraux

a La double utilisation (condom et un autre moyen de contraception, dans ce cas-ci, les contraceptifs oraux) explique que l'addition de la fréquence de ces deux moyens donne un pourcentage supérieur à 100 %.

dès l'apparition des règles ou la première indication qu'elles cherchent à contrôler leur fertilité. Plusieurs influenceuses⁶⁹ utilisent leur tribune sur les réseaux sociaux pour témoigner d'effets secondaires importants sur leur santé et faire la promotion de méthodes non hormonales ou naturelles, comme la méthode symptothermique. Or, si cette méthode peut être très efficace en utilisation parfaite, elle demeure complexe, car elle exige une grande régularité ainsi qu'une attention aux états corporels, et son efficacité chute de manière importante dans son utilisation typique. Derrière le refus de la pilule, il y a également un mouvement grandissant de jeunes femmes qui souhaitent être prises plus au sérieux par le corps médical, qui tend à minimiser ou à rejeter leurs préoccupations lorsqu'elles se questionnent ou disent éprouver des effets secondaires des pilules ou d'autres méthodes hormonales⁷⁰.

Les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021, publiée en 2023 par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)^a, rejoignent ceux obtenus par Statistique Canada en 2025, mais offrent un plus grand degré de raffinement en présentant le pourcentage d'utilisation d'un plus grand nombre de moyens de contraception (injection, timbre, implant, anneau vaginal, etc.). Afin de compléter le portrait, on peut également analyser les moyens de contraception qui ont été remboursés par la RAMQ en 2024^b. Cela permet, entre autres, de compenser la sous-représentation de l'implant comme moyen de contraception. En effet, il n'a été approuvé par Santé Canada qu'en 2020, et n'est remboursé par la RAMQ que depuis 2021.

2.2.3 Le modèle de la Colombie-Britannique

Le gouvernement de la Colombie-Britannique a instauré en avril 2023 un programme d'assurance médicaments (BC Pharmacare) qui rend la grande majorité des contraceptifs^c gratuits pour la population résidente assurée. La liste des méthodes couvertes tout comme les modalités du programme sont facilement

accessibles sur le site du gouvernement de la province⁷¹. À la suite de l'instauration du programme de gratuité, des chercheurs et des chercheuses ont étudié les variations dans la distribution et l'utilisation de différents moyens de contraception. Dans le premier cas, ils ont cherché à déterminer combien de nouvelles personnes ont reçu des dispositifs à long terme et, dans le second, quelle était la fréquence d'utilisation des différents contraceptifs. La distinction est importante parce qu'une diminution de la distribution ne donne pas nécessairement lieu à une diminution de l'utilisation, puisque les LARC ont une durée de vie de plusieurs années. Les résultats sont stupéfiants : en seulement 15 mois, les contraceptifs réversibles à longue durée ont vu leur popularité augmenter de 49 %. L'augmentation était particulièrement importante chez les personnes âgées de 20 à 29 ans et de 30 à 39 ans, des groupes d'âge relativement peu couverts par le programme de gratuité du Québec. Plus d'un an après l'introduction de la gratuité, les résultats persistent. L'adoption de ce nouveau moyen de contraception a été à la fois rapide et soutenue⁷². L'exemple de la Colombie-Britannique est particulièrement intéressant, en comparaison avec d'autres projets pilotes ou avec des politiques de remboursement, parce qu'il couvre l'ensemble de la population ainsi que l'ensemble des moyens de contraception (et pas seulement les LARC). Il montre qu'en favorisant le libre-choix, les personnes concernées optent en grand nombre pour des méthodes de contraception efficaces et durables⁷³.

Le graphique 3 permet d'illustrer l'effet du programme d'assurance médicaments sur l'adoption des LARC. On peut y observer la tendance pour la Colombie-Britannique et un groupe de contrôle synthétique constitué des données d'utilisation de la contraception dans les neuf autres provinces canadiennes où aucune mesure n'a été introduite pour faciliter l'accès aux contraceptifs. Ce groupe de contrôle permet d'estimer les variations qui auraient pu être observées en Colombie-Britannique sans l'introduction de l'assurance médicaments couvrant la contraception. Une fois que la gratuité a été instaurée, la distribution de LARC a augmenté de 50 % en Colombie-Britannique, alors que le groupe de contrôle a maintenu sa trajectoire. Lorsque l'on compare le résultat avec la tendance plus large au recours à la contraception, il se traduit par une augmentation d'environ 10 % du nombre de personnes qui utilisent une contraception hormonale⁷⁴. L'adoption des LARC a particulièrement augmenté dans les groupes de 20 à 29 ans et de 30 à 39 ans, qui ne sont que peu ou pas couverts par les différents programmes de gratuité québécois. De plus,

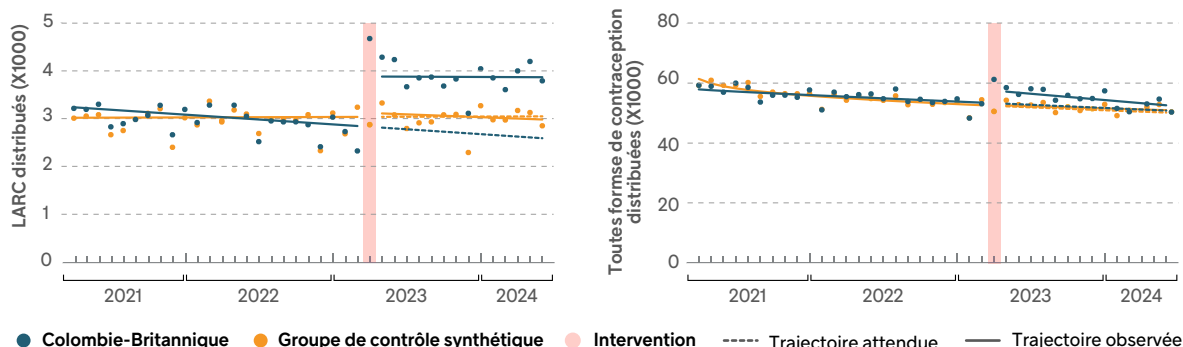
a La prochaine mise à jour de cette enquête devrait être publiée en 2028 avec les données de 2026-2027.

b Rappelons les populations concernées : les personnes de moins de 18 ans ; celles de moins de 25 ans qui étudient à temps plein ; et les personnes qui ne sont pas couvertes par des assurances privées.

c Plusieurs types de contraceptifs oraux, les stérilets au cuivre et hormonaux, l'injection hormonale, l'implant hormonal, l'anneau vaginal et les contraceptions d'urgence.

GRAPHIQUE 3

Distribution mensuelle de LARC avant et après l’instauration du programme d’assurance médicaments de Colombie-Britannique



SOURCE : Laura SCHUMMERS et autres, « Effect of universal no-cost coverage on use of long-acting reversible contraception and all prescription contraception: population based, controlled, interrupted time series analysis », BMJ, vol. 390, juillet 2025.

TABLEAU 8

Taux d’infection des principales ITSS (pour 100 000 personnes), Canada

| | Gonorrhée | Syphilis | Chlamydia | Hépatite B chronique | VIH (nouveaux diagnostics) |
|---------------------------|-----------|----------|-----------|----------------------|----------------------------|
| Année des données | 2021 | 2023 | 2021 | 2021 | 2023 |
| Canada | 84,2 | 30,5 | 273,2 | 8,9 | s. o. |
| Colombie-Britannique | 71,9 | 25,1 | 250,6 | 16,2 | 3,3 |
| Alberta | 112,7 | 51,2 | 316,5 | 7 | 5,4 |
| Saskatchewan | 271,9 | 159,3 | 488 | 6,9 | 19,4 |
| Manitoba | 181 | 103 | 471,3 | 15 | 19,3 |
| Ontario | 66,3 | 20,6 | 239 | 7,3 | 6 |
| Québec | 76,5 | 15,5 | 262,6 | 9,2 | 5,4 |
| Nouveau-Brunswick | 32,1 | 4,7 | 211,7 | 5,6 | 2,4 |
| Île-du-Prince-Édouard | 10,9 | s. o. | 200,9 | 9,7 | 2,4 |
| Nouvelle-Écosse | 6,8 | 4,4 | 208,6 | 2 | 2,4 |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 14,6 | s. o. | 168,5 | 1 | 2,4 |
| Yukon | 16,2 | 132,3 | 492,5 | 13,9 | 2,2 |
| Territoires du Nord-Ouest | 719,3 | 311,1 | 1351 | 0 | 2,2 |
| Nunavut | 1420,3 | 269,3 | 3125,1 | 12,6 | 2,2 |

SOURCE : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/surveillance/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html#a3-2.

l'équipe de recherche responsable de l'étude a observé que les nouvelles utilisatrices de contraception optant pour les LARC — les femmes qui n'utilisaient aucune forme de contraception dans les trois mois précédant la pose d'un stérilet ou d'un implant — sont plus nombreuses que celles qui changent de moyen de contraception, et que la popularité de ces contraceptifs se maintient auprès de cette population⁷⁵. À l'inverse, la hausse initiale du nombre d'utilisatrices ayant changé de moyen de contraception a été suivie d'une légère diminution de la pose de nouveaux dispositifs dans les mois suivants. Il est possible qu'un pourcentage élevé de personnes concernées par la contraception attendait la gratuité pour changer de méthode contraceptive, ce qui expliquerait la hausse initiale. De plus, rappelons que le propre des LARC est de durer plusieurs années, donc une diminution de la distribution n'indique donc pas une diminution de l'utilisation.

2.2.4 Portrait des ITSS

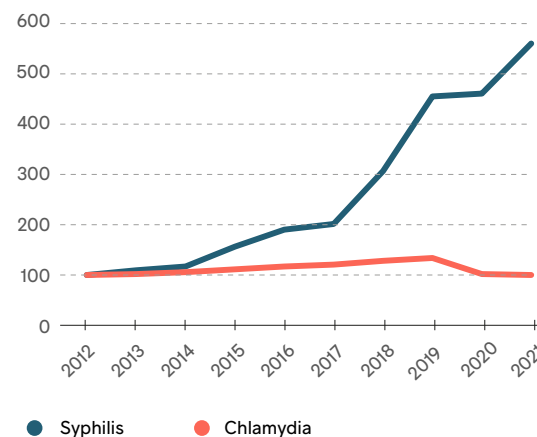
Précédemment, nous avons brièvement mentionné l'augmentation des cas d'ITSS au Québec depuis 2023. Voyons de plus près le portrait de ces infections. L'Agence de la santé publique du Canada produit ponctuellement des données de suivi sur certaines ITSS. Le tableau 8 permet de voir les données les plus à jour.

Pour suivre l'évolution des ITSS au Canada, on peut comparer le nombre de cas déclarés de la chlamydia et de la syphilis entre 2012 et 2021 (graphique 4). La chlamydia est l'ITSS la plus prévalente, avec plus de 100 000 cas chaque année. Comme le montre le graphique, le nombre de cas reste relativement stable jusqu'en 2020, puis diminue à partir de la pandémie. Cela n'est pas étonnant, considérant que les contacts sociaux et les lieux de rencontres publics ont été soumis à des règles plus strictes pour limiter la propagation du virus de la COVID-19. Cette réduction se maintient en 2021. La situation est différente pour la syphilis, dont le taux d'infection est généralement beaucoup plus bas. Or, on assiste à une hausse constante du nombre de cas depuis 2012, avec une légère baisse observée en 2020 seulement.

Selon les expert·e·s, la recrudescence des cas de syphilis s'explique, en partie, par une diminution des campagnes de sensibilisation sur les ITSS et une éducation à la sexualité déficiente⁷⁶, qui mènent à une baisse de l'utilisation des condoms, la meilleure protection contre ces infections. De plus, la syphilis se développe lentement, de sorte qu'une personne malade peut transmettre le virus à son insu. Dans le cas de la chlamydia, bien qu'environ la moitié des personnes soient asymptomatiques, les symptômes

GRAPHIQUE 4

Évolution du nombre de cas déclarés de chlamydia et de syphilis (2012 = 100), Canada, 2012-2021



SOURCE : GOUVERNEMENT DU CANADA, « Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang », Ressources et publications sur la surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang, www.canada.ca/fr/sante-publique/services/surveillance/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html (consulté le 20 mars 2026).

qui se développent sont associés à une ITSS (démangeaisons et écoulements génitaux, saignements vaginaux, etc.) plus rapidement que ceux de la syphilis (ulcère non douloureux, symptômes de grippe, éruption cutanée sur la poitrine, le visage, etc.⁷⁷). De plus, on voit que les personnes atteintes de syphilis changent au fil du temps, avec une augmentation substantielle du nombre de femmes infectées. Alors qu'elles représentaient l'exception en 2012 (seulement 107 femmes sur 2 053 cas), ce n'est plus le cas en 2021 (3 979 sur 11 540 cas)⁷⁸.

Au Québec, un programme rend disponibles les médicaments pour le traitement de certaines ITSS, notamment la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis⁷⁹. L'INSPQ a publié un rapport sur les ITSS en 2023. Les tendances de cas détectés sont semblables à celles dans le reste du Canada, mais les données les plus récentes permettent de constater un rebond durable du nombre d'infections à la suite de la pandémie. La hausse des cas de syphilis, notamment chez les femmes, ne serait pas étrangère à divers facteurs de vulnérabilité, tels que les situations d'itinérance, les statuts précaires d'immigration ou la consommation de drogues⁸⁰. Ce constat rappelle que la prévention dépasse le simple accès aux ressources médicales et met en évidence l'importance d'agir sur les

déterminants sociaux de la santé. De plus, le rapport de l'INSPQ note que les taux de dépistage sont également en hausse. Cela peut expliquer, en partie, pourquoi on détecte davantage certaines maladies. Par ailleurs, au-delà de la possibilité d'avoir des statistiques plus fidèles à la réalité, l'augmentation des dépistages permet de détecter les infections de manière plus précoce, ce qui permet à la fois de limiter la transmission en donnant accès aux traitements adéquats et d'éviter les complications les plus graves.

Comme nous pouvons le voir à travers ce portrait de la contraception au Québec et ailleurs dans le monde, les politiques publiques exercent une influence sur les grossesses non planifiées ainsi que sur la prévalence des ITSS. C'est pourquoi il apparaît opportun pour le Québec d'étendre la gratuité de la contraception, une option qui sera explorée au prochain chapitre.

CHAPITRE 3

Modèles de calcul

Nous nous basons sur plusieurs études de cas et projections de coûts publiées dans des revues scientifiques pour la méthodologie des calculs. Afin de déterminer le plus précisément le coût de la gratuité pour l'État et pour la société, nous devons au préalable émettre quelques hypothèses. D'abord, quelles seront les méthodes de contraception couvertes? Il est important de rappeler que les choix contraceptifs reviennent aux individus qui devront les utiliser. Cependant, nous pouvons établir quelques critères pour nous guider. D'une part, il pourrait être justifié de ne rembourser que les méthodes les plus efficaces, dont le taux d'échec est inférieur à 10 %. Cette exigence excluerait le diaphragme (12 %) et l'éponge (20 %), qui sont très peu utilisés au Québec (au point où ils n'ont pas même été inclus dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population⁸¹, ce qui rend le coût de leur inclusion plus difficile à estimer).

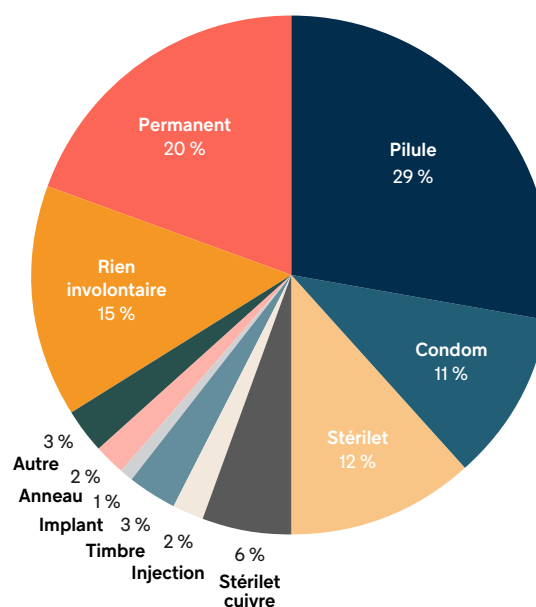
D'autre part, l'hypothèse de gratuité pourrait reposer sur les critères du gouvernement fédéral, qui a également exclu les timbres hormonaux de son programme (utilisation de 1 % au Québec) ainsi que les condoms (utilisation d'au moins 25 %).

Dans cette étude, nous présenterons trois coûts à considérer pour la gratuité : celui pour l'ensemble des méthodes, celui du programme fédéral, ainsi que celui des préservatifs exclusivement. En effet, malgré leur taux d'échec relativement élevé en utilisation typique (18 %), c'est le seul moyen de contraception temporaire qui est du ressort de l'homme et qui protège contre les ITSS lorsqu'il est utilisé convenablement. Il demeure aussi très populaire au Québec.

Nous déterminerons ensuite l'utilisation actuelle de la contraception au Québec ainsi que les effets potentiels de déplacement lorsque la gratuité est instaurée. Nous avons trouvé trois sources différentes qui donnent les taux d'utilisation pour les femmes désirant éviter des grossesses. Or, les données donnent des pourcentages différents, bien que les ordres de grandeur soient les mêmes. De plus, l'utilisation de l'implant est grandement sous-estimée puisqu'il n'est autorisé par Santé Canada que depuis 2020. Nous avons combiné les trois sources

GRAPHIQUE 5

Répartition de l'utilisation (ou de l'absence) de contraception chez les femmes qui désirent éviter une grossesse, Québec



SOURCES : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021, p. 157; RAMQ, DAI, Données Pharmaceutiques Contraception 2012-2024; calculs de l'IRIS.

pour calculer des taux d'utilisation de synthèse qui se basent à la fois sur les tendances observées au Québec et à l'étranger, et sur les ordres de grandeur des taux publiés. Nous avons obtenu la répartition observée au graphique 5.

Une étude publiée en 2015 estimait les économies que pourrait générer la couverture universelle de l'ensemble des médicaments, incluant les contraceptifs hormonaux, au Canada⁸². Selon les calculs des auteurs et autrices, bien que la mesure exigerait une légère augmentation des investissements publics en santé, l'ensemble des

dépenses en médicaments serait moindre de plusieurs milliards de dollars chaque année grâce à l'effet de volume et au recours plus fréquent aux médicaments génériques. La majorité de ces économies bénéficieraient au secteur privé (régimes d'employeurs et syndicats qui subventionnent les assurances privées) alors qu'une partie profiterait aux consommateurs et consommatrices de médicaments.

Le Québec a plutôt choisi un modèle hybride qui combine des régimes public et privés. Le gouvernement prend en charge les personnes qui ne sont pas assurées par d'autres sources, par exemple des assurances privées offertes par l'employeur ou l'institution scolaire. Lors du vingtième anniversaire de ce système, des chercheurs en ont tiré un bilan mitigé. S'il est vrai que le régime a permis d'étendre la couverture de l'assurance médicaments à un plus grand nombre de personnes, cela s'est fait à fort prix :

le régime québécois public-privé d'assurance médicaments fait l'objet d'augmentations continues de franchises, de coassurances et de primes qui ont des conséquences négatives – et prévisibles – sur l'accessibilité aux médicaments pour les bénéficiaires des programmes publics et privés. Qui plus est, non seulement ce régime n'a pas généré les économies escomptées sur les finances publiques, mais en plus les ménages et les employeurs doivent composer avec d'importants frais, qui représentent une taxe régressive, par ailleurs en croissance⁸³.

Pour calculer le coût de la contraception, il ne faut pas simplement s'intéresser aux dépenses liées à une utilisation parfaite, mais également aux comportements liés à la contraception. Par exemple, lorsqu'une forme de contraception échoue, la personne concernée choisira une autre forme de contraception à la suite de la grossesse (qu'elle se termine par une naissance ou une interruption de grossesse)⁸⁴. Ainsi, lorsque nous prenons en compte l'échec de la contraception, il faut non seulement considérer les coûts de la grossesse (interrompue ou non), mais également les coûts de l'adoption d'une nouvelle méthode.

Une manière d'évaluer les différentes formes de contraception est de comparer le coût annualisé de leur utilisation prolongée. Chaque méthode est évaluée afin de déterminer le point où elle produit des économies en comparaison aux autres, le cas échéant. Une analyse de 2015 réalisée par Trussell et collab. estimait que les méthodes LARC devenaient financièrement avantageuses par rapport aux autres moyens de contraception à partir de la deuxième ou troisième année d'utilisation.

Au Québec, comme le système de santé est public, le coût pour les utilisatrices peut se limiter à celui des

médicaments. Bien qu'il soit possible de recevoir les services dans une clinique privée non affiliée à la RAMQ, les dépenses de prescription et de pose sont généralement à la charge du gouvernement. En effet, des coûts sont associés à la pose et au retrait des implants et des stérilets, à l'administration des injections, à la réalisation des avortements, au soin des personnes ayant fait une fausse-couche et aux suivis de grossesse et à l'accouchement, même si les usagères ne les assument pas directement.

Les économies liées à la gratuité de la contraception ont été estimées en utilisant un modèle markovien multi-état⁸⁵. Pour faire nos calculs, nous avons utilisé les coûts des moyens de contraception les plus populaires au Québec, dont les trois LARC disponibles (stérilet au cuivre, stérilet hormonal et implant). En suivant la même logique que celle employée par Trussell et collab., nous avons créé un moyen de contraception de synthèse pour estimer le coût de remplacement pour les personnes qui changent de contraceptif au cours des cinq années utilisées dans notre modèle. Pour chaque contraception, nous avons aussi intégré le coût de son échec en calculant les dépenses publiques moyennes d'une grossesse, qu'elle soit menée à terme ou non, en prenant en considération toutes les options (fausses-couches, grossesses ectopiques, IVG, accouchements). L'intégration de ces deux hypothèses explique pourquoi, comme on le verra plus bas, les méthodes naturelles sont si coûteuses : bien que pratiquer le coït interrompu soit gratuit, les hauts taux d'échec et de substitution font grimper la facture.

3.1 Le coût de l'échec : les grossesses non désirées

Une fois déterminés les coûts directs par contraception, il faut ajouter les variables du taux d'échec et du coût de la grossesse, que celle-ci soit menée à terme ou non. On estime qu'entre 39 et 45 % des grossesses non planifiées sont interrompues volontairement. Comme nous nous basons sur une population qui utilise activement un contraceptif, nous utiliserons la fourchette supérieure dans notre modèle. Nous avons soumis une demande d'accès à l'information à la RAMQ pour connaître les coûts, mais elle ne nous a envoyé que les remboursements des honoraires médicaux directement liés aux IVG, c'est-à-dire la facturation des médecins. Au Québec, un avortement chirurgical coûte en moyenne 147 \$ en frais médicaux, et un avortement médicamenteux, 132 \$⁸⁶. Pour déterminer le coût total d'un avortement, nous devons toutefois considérer

trois catégories de dépenses : les frais liés aux médicaments, ceux associés aux médecins, et ceux liés aux autres types de professionnelles de la santé. Comme ces données ne sont pas toutes disponibles et que l'IVG est gratuite pour les personnes assurées au Québec, nous avons utilisé les données sur les personnes non assurées pour estimer un coût des arrêts de grossesse qui comprend l'ensemble des professionnelles de la santé, des médicaments et des instruments utilisés. D'après les listes de prix indiqués par les cliniques offrant l'IVG à des personnes qui ne sont pas assurées, il faut dépenser entre 830 et 1 200 \$ pour un avortement. Ces montants comprennent une surcharge de 200 % exigée pour compenser « les coûts de la composante immobilière non comprise dans le prix de journée⁸⁷ ». Si l'IVG par médicament est plus chère, c'est notamment en raison du coût élevé des médicaments (entre 300 et 400 \$), de la possibilité de les prendre en clinique sous supervision et de la rencontre de suivi pour confirmer la fin de la grossesse. Le prix comprend donc les rencontres pour prescrire le médicament, le médicament lui-même et la prise en charge, le suivi et les frais administratifs. Les coûts sont plus bas si la patiente prend les médicaments seule à la maison.

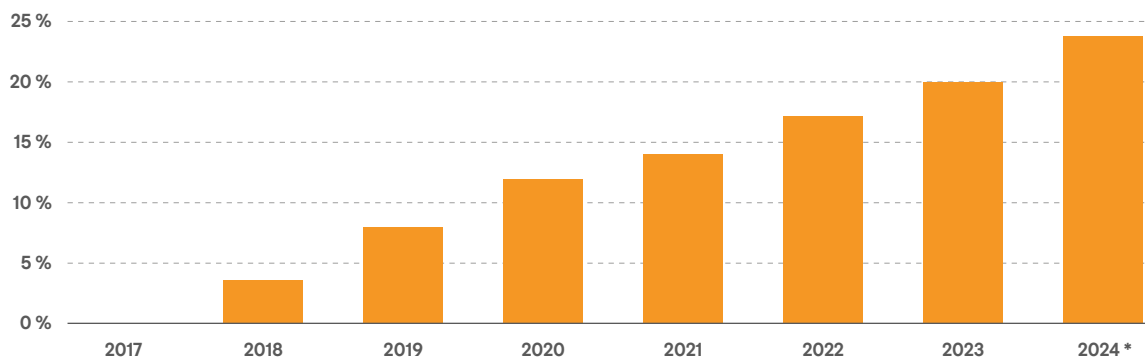
La proportion d'avortements médicamenteux augmente annuellement depuis 2018 (graphique 6). On peut s'attendre à ce que celle-ci soit d'au moins 25 % en 2026. Nous utiliserons cette proportion dans notre modèle.

Les coûts d'une grossesse menée à terme, quant à eux, peuvent varier de manière importante selon le type de suivi et les complications qui peuvent survenir lors

de l'accouchement. En effet, le suivi varie selon le contexte, notamment en maison de naissance (où seules les grossesses à faible risque sont prises en charge), en cas de grossesse multiple, lorsque la mère souffre d'hypertension, etc⁸⁸. Il existe relativement peu d'études sur le coût total d'une grossesse. L'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) a publié en 2006 un article calculant le coût moyen d'une grossesse au Canada⁸⁹ : en prenant en compte les suivis prénataux, les frais liés à l'accouchement, le séjour à l'hôpital des bébés et les complications possibles, l'ICIS calcule qu'une grossesse coûtait en moyenne 5 800 \$ au système de santé public. En ajustant ce montant en dollars d'aujourd'hui, on obtient 8 500 \$. D'après des données obtenues par demande d'accès à l'information, les médecins québécoises ont facturé en moyenne 3 634 \$ par grossesse en 2025⁹⁰ (naissances vivantes et morts fœtales). Ce montant ne comprend toutefois pas les frais associés aux médicaments, au matériel ou aux autres professionnelles participant au suivi de la grossesse et de l'accouchement. On peut comparer ces montants à ceux qu'une femme non assurée par la RAMQ doit déboursier, c'est-à-dire une femme qui paie, en principe, pour des services offerts gratuitement aux personnes couvertes par le régime public. Nous avons recensé plusieurs listes de prix affichés sur les sites Web d'hôpitaux du Québec. Les tarifs pour un accouchement « simple » varient de 9 000 à 15 000 \$ environ, alors que ceux pour un accouchement complexe sont estimés au double (18 000 à 29 500 \$). À cela, il faut ajouter le coût du suivi de la grossesse, estimé à 3 500 \$ pour une personne non

GRAPHIQUE 6

Pourcentage d'interruption de grossesse par médicaments



* Données provisoires.

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DAI 25-26.403.

assurée. Ces coûts comprennent également la surcharge de 200 % mentionnée plus haut.

Les taux de complications sont généralement plutôt bas, et les grossesses à risque représentent de 10 à 15 % des grossesses au Canada. Dans l'étude de 2006, on évaluait que les coûts d'hospitalisation des nouveau-né-e-s de petit poids représentaient 38 % des coûts d'hospitalisation postnatale, bien qu'ils et elles ne représentaient que 5 % des nourrissons. En prenant en compte toutes ces données ainsi que les risques de complications, nous estimons à 17 300 \$ le coût moyen d'une grossesse pour une personne non assurée. Si on retire la surcharge immobilière, étant donné que les immobilisations en santé sont couvertes par les cotisations sociales, les taxes et l'impôt, nous obtenons un coût moyen de 6 500 \$ par grossesse. Bien que cela représente environ 2 000 \$ de moins que ce qui a été calculé en 2006 par l'ICIS, nous utiliserons ce chiffre afin d'avoir une estimation prudente basée sur les données disponibles.

Nous reprenons une méthodologie similaire pour les avortements, les grossesses ectopiques et les fausses-couches afin d'estimer les coûts pour chaque intervention (voir tableau 9).

Nous ajustons ensuite ces montants pour tenir compte des grossesses survenant plus tôt que prévu (*mistimed*). Celles-ci représentent environ le quart des grossesses non planifiées dans notre modèle que l'on attribue entièrement à des grossesses qui ne seront pas interrompues volontairement (bien qu'un certain nombre de grossesses souhaitées se termine en IVG)⁹¹. Comme les femmes concernées désiraient tomber enceintes plus tard, il s'agit d'un déplacement de la grossesse. On ne peut donc pas retrancher l'entièreté des dépenses liées à la prise en charge et au soin de la femme enceinte, puisque celles-ci auraient (idéalement) quand même été engagées à plus ou moins court terme. Nous avons intégré cette considération à notre modèle en divisant les grossesses en deux catégories (imprévues, devancées) dans le cas des naissances, des grossesses ectopiques et des fausses-couches. Pour les grossesses devancées, nous utilisons la moitié des coûts. Nous postulons que la moitié des grossesses sont devancées de seulement quelques mois et que, donc, ces coûts auraient quand même été à la charge de l'État au cours de l'année. Les coûts supplémentaires (ou les économies) liés à ces grossesses seraient donc marginaux, même avec une contraception parfaite.

Cela nous permet d'estimer que chaque grossesse non planifiée coûte environ 3 000 \$ en moyenne (en tenant

TABLEAU 9

Coût des grossesses non planifiées, Québec, 2026

| | Coût public | Occurrence non planifiée | Coût relatif* |
|------------------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| Accouchement simple moyen | 4 377 \$ | 30 % | |
| Devancée | | 15 % | 329 \$ |
| Imprévue | | 15 % | 657 \$ |
| Accouchement complexe moyen | 9 500 \$ | 18,4 % | |
| Devancée | | 9,2 % | 437 \$ |
| Imprévue | | 9,2 % | 875 \$ |
| Suivi moyen | 1 143 \$ | 48,5 % | |
| Devancée | | 24,3 % | 139 \$ |
| Imprévue | | 24,3 % | 277 \$ |
| Ectopique | 475 \$ | 1,1 % | |
| Devancée | | 0,4 % | 1 \$ |
| Imprévue | | 0,8 % | 4 \$ |
| Avortement chirurgical | 453 \$ | 32,3 % | 146 \$ |
| Avortement médicamenteux | 590 \$ | 10,8 % | 63 \$ |
| Fausse-couche | 453 \$ | 7,4 % | |
| Devancée | | 2,5 % | 6 \$ |
| Imprévue | | 4,9 % | 22 \$ |
| TOTAL | | | 3 327 \$ |

SOURCES : RAMQ DAI 26014; William D. MOSHER et autres, « Intended and unintended births in the United States: 1982-2010 », *National Health Statistics Reports*, n° 55, juillet 2012, p. 1-28; HÔPITAL JUIF DE MONTRÉAL; OBSERVATOIRE DES TOUT-PETITS, CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL; CIUSSS DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC; CENTRE DE SANTÉ DES FEMMES DE MONTRÉAL; CLINIQUE MÉDICALE L'ENVOLÉE.

compte de tous les dénouements possibles^a). Étant donné qu'il y a entre 45 000 et 50 000 grossesses non planifiées au Québec chaque année, les économies potentielles s'élèvent à environ 150 millions de dollars.

a Rappelons que chaque moyen de contraception a des conséquences potentiellement différentes.

Il est toutefois possible de raffiner encore plus nos calculs en prenant les taux différenciés des conséquences d'une grossesse non planifiée en fonction du moyen de contraception. En effet, si les stérilets sont très efficaces, les rares grossesses qui arrivent à la suite d'un échec de la contraception sont plus à risque d'être ectopiques, alors que les échecs à la suite d'une stérilisation chirurgicale ont plus de chances de finir en IVG⁹². Ce sont ces chiffres que nous utiliserons dans nos calculs.

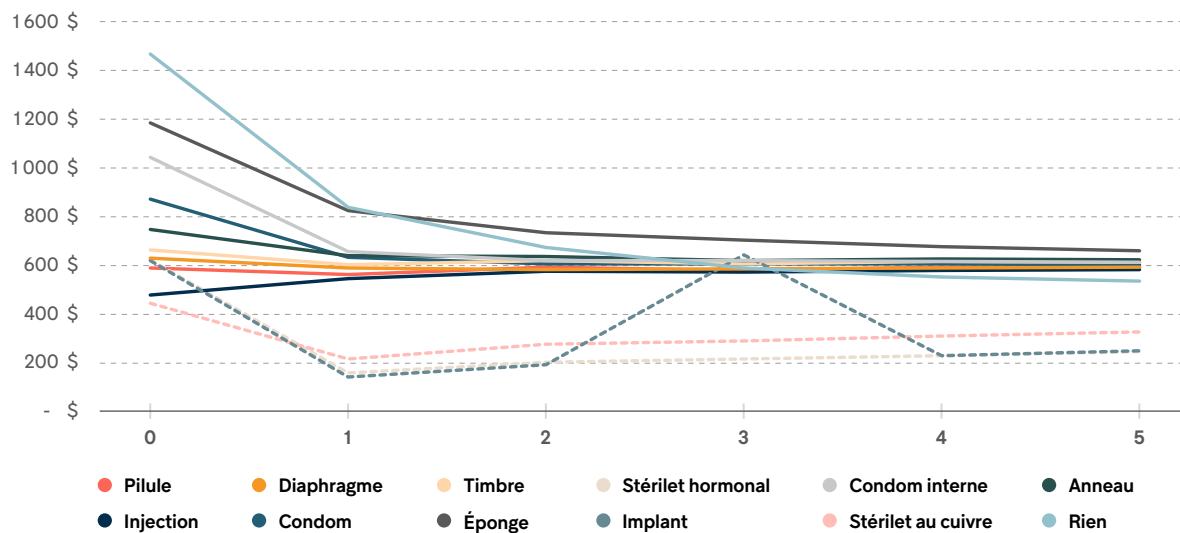
3.2 Calcul des coûts annualisés sur cinq ans

La perspective employée pour le calcul des économies est celle de l'ensemble de la société. En d'autres mots, nous prenons en compte toutes les dépenses, qu'elles soient assumées par le gouvernement, les assurances privées ou les individus. Les dépenses recensées sont celles directement liées à la contraception : achat du contraceptif, frais liés à la prescription et coût de l'installation, à l'exclusion des dépenses administratives. Nous avons comparé les coûts annualisés sur 5 ans des

moyens de contraception les plus populaires et des LARC disponibles au Québec. Nous avons estimé une utilisation de 5 ans pour les stérilets et de 3 ans pour l'implant, ce qui est l'usage généralement recommandé, bien que certaines études suggèrent une efficacité jusqu'à 10 ans pour les premiers et jusqu'à 5 ans pour les seconds⁹³. En reprenant la méthodologie de Trussell et collab., nous avons inclus non seulement les coûts de la contraception, mais également les frais médicaux liés à leur utilisation (prescription, pose, etc.) ainsi que les coûts de l'échec. Bien que ces coûts soient couverts par le public au Québec, cette façon de procéder permet d'avoir une vision globale des dépenses entourant la contraception. Selon nos calculs, les méthodes LARC (stérilet et implant) deviennent moins coûteuses que l'absence de méthode de contraception (ligne vert foncé dans le graphique 7) ou que toute autre méthode de contraception à partir de la deuxième année, une fois les coûts de départ absorbés. En effet, ils ont d'excellents taux de succès même en usage typique et un meilleur taux de rétention que les autres types de contraception.

GRAPHIQUE 7

Coûts annualisés des méthodes de contraception les plus populaires en comparaison avec l'absence de contraception, Québec, 2026



* Les lignes pointillées représentent les méthodes LARC.

SOURCE : Calculs de l'IRIS.

3.3 Condoms

Une méta-analyse de 2025 a essayé de cerner ce qui pouvait inciter les adolescent-e-s aux États-Unis à utiliser les condoms⁹⁴. Dans sa recension de 249 études, l'équipe de recherche a constaté que les principaux facteurs permettant de déterminer l'utilisation de condoms sont son utilisation lors de la première relation sexuelle et la communication sur le sujet avec son partenaire. Elle a été surprise de constater que l'éducation ciblant les comportements sexuels sécuritaires avait relativement peu d'influence sur l'utilisation du condom. Elle conclut qu'une attention particulière à l'éducation à la communication sexuelle serait bénéfique pour augmenter l'utilisation des condoms.

Mais qu'en est-il de l'accès aux condoms? Est-ce qu'une plus grande accessibilité, par exemple grâce à une distribution gratuite, améliore son utilisation? L'étude, se concentrant sur des variables psychosociales, ne permet pas de répondre à la question. Toutefois, d'autres recherches offrent un éclairage intéressant. Une autre méta-analyse, celle-ci datant de 2018, s'est intéressée à l'effet des programmes d'accès aux condoms dans les écoles à l'échelle internationale⁹⁵. Elle conclut que l'offre gratuite favorise l'utilisation, particulièrement quand elle est combinée à une éducation à la sexualité de qualité. Dans une étude sur un programme au Mexique, on a observé que les membres d'une cohorte ayant accès à des condoms et à une formation sur le VIH ont été jusqu'à 20 fois plus nombreux et nombreuses à se procurer des condoms que la cohorte de contrôle⁹⁶. Dans d'autres études, l'effet était plus faible, mais la distribution gratuite des préservatifs était généralement associée à une augmentation notable de l'accès et de l'utilisation. Par ailleurs, aucune étude n'a conclu à une augmentation des comportements sexuels, qu'ils soient à risque ou non. En fait, les auteurs et autrices rapportent même quelques études qui observent une diminution des activités sexuelles dans les écoles distribuant gratuitement des condoms⁹⁷.

Peu de programmes publics ont été mis en place pour la distribution gratuite de préservatifs à grande échelle. La France, qui permet aux personnes de moins de 26 ans d'obtenir des condoms gratuitement en pharmacie, fait office d'exception. Ailleurs dans le monde, des initiatives plus ciblées ont été mises en place. Par exemple, la Ville de New York a mis en place un programme public de condoms qui vise d'abord les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes séropositives et les autres personnes à haut risque (bien que tout individu puisse profiter de la gratuité⁹⁸). Lancé en 2007 face

au constat du haut taux de séropositivité dans la population, le Département de santé de New York a développé sa propre marque de condoms à distribuer dans les lieux et lors d'événements visant les personnes les plus à risque⁹⁹. Afin d'assurer la visibilité de la démarche, la Ville de New York a opté pour un emballage emblématique reprenant les couleurs du réseau de transport en commun. Depuis, de nombreux autres designs se sont succédé, et le *New York City condom* jouit d'une bonne reconnaissance et d'un haut taux de satisfaction¹⁰⁰. En 2019, plus de 24 millions de condoms externes et plus de 1 million de condoms internes ont été distribués. Aujourd'hui, plus de 300 sites répartis sur l'ensemble de la ville distribuent ces condoms¹⁰¹.

Toutefois, la grande majorité des programmes de distribution se situe plutôt dans les écoles et vise une clientèle adolescente. Il est vrai qu'il s'agit de la population qui utilise le plus les condoms. Rappelons en effet que, au Canada, plus de la moitié (53,9 %) des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans utilisent un préservatif lorsqu'elles tentent d'éviter une grossesse, alors que cette proportion diminue à un quart (24,3 %) chez les femmes de 35 à 49 ans. Bien que ces chiffres illustrent l'utilité de cibler les plus jeunes, ils montrent aussi que l'usage du condom n'est pas marginal pour les cohortes plus âgées¹⁰². En fait, chez les femmes de 35 à 49 ans, le condom demeure la contraception temporaire la plus utilisée.

En 2021, un groupe de chercheurs et de chercheuses a publié une méta-analyse sur l'utilisation de condom par les personnes qui choisissent une méthode de contraception LARC¹⁰³. D'après les études qu'ils et elles ont recensées, la contraception longue durée peut avoir un effet négatif sur l'utilisation de préservatifs en comparaison avec les contraceptifs oraux. En effet, pour plusieurs, le condom se veut une double protection contre une grossesse non planifiée. Or, comme les LARC sont particulièrement efficaces à cet égard, le condom n'est plus, selon elles, utile. Cela met en évidence l'importance de faire la promotion du préservatif non seulement sous l'angle des grossesses, mais également (et peut-être surtout) sous celui de la prévention des ITSS.

En 2017-2018, le Cégep de la Gaspésie a mis en place un projet pilote de condoms gratuits en installant des machines distributrices sur son campus¹⁰⁴. Alors que les machines payantes ont permis de distribuer environ 300 condoms par année, les machines gratuites ont permis de donner 2810 condoms. Le coût a été évalué à 700 \$¹⁰⁵ pour l'année, incluant les machines. Pour la première année, le coût revient donc à environ 0,25 \$ le condom, mais des économies supplémentaires seraient possibles

les années suivantes puisque seuls les condoms devraient être achetés au coût de 0,10 \$ l'unité. Il s'agit d'économies substantielles en comparaison au coût en pharmacie. Toutefois, comme le projet pilote portait principalement sur la distribution de condoms, aucune donnée n'a été recueillie sur l'utilisation de ceux-ci ou d'éventuelles modifications du comportement sexuel. Le programme a depuis été pérennisé et s'inscrit maintenant dans la stratégie « Oh Ouhii¹⁰⁶ » de la politique de prévention en santé du gouvernement du Québec. Grâce au soutien des ministères de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Enseignement supérieur (MES), les cégeps et les collèges privés subventionnés participants peuvent recevoir gratuitement condoms, distributrices et matériel promotionnel^a.

a Nous avons contacté le MSSS pour avoir des statistiques sur l'adhésion des cégeps et des collèges privés subventionnés au programme qui a débuté en novembre 2025, mais nous n'avions reçu aucune réponse au moment de publier cette étude.

CHAPITRE 4

Coût de la contraception gratuite pour le Québec

Pour calculer les coûts de la contraception gratuite au Québec, nous reprenons la méthode de calcul de la section précédente (*Calcul des coûts annualisés sur 5 ans*) et estimons les dépenses en fonction de l'utilisation réelle et projetée de chaque moyen de contraception, en prenant également en compte le coût de l'échec et de l'abandon (donc d'un changement) du moyen initial. Comme l'État assume déjà la majorité des dépenses médicales^a, nous n'avons retenu que les coûts liés à l'acquisition et à la pose de chaque moyen de contraception. En somme, ce qui nous intéresse, c'est le coût réel de la contraception lorsqu'elle est offerte gratuitement. Un autre aspect à prendre en considération est que les utilisatrices de contraceptifs ne commencent pas toutes leur parcours avec un changement de méthode. Afin de présenter le portrait le plus fidèle possible, nous avons donc basé notre scénario sur l'hypothèse selon laquelle certaines femmes utilisent leur moyen de contraception depuis plusieurs années, et d'autres l'ont adopté plus récemment. Cela permet, entre autres, de bien répartir les coûts des LARC, qui représentent un investissement initial très élevé, mais qui n'entraînent aucun coût les années suivantes.

Nous avons d'abord dû trouver la population concernée par la contraception féminine au Québec. L'Enquête québécoise sur la santé de la population publiée par l'ISQ en 2025 permet d'obtenir le pourcentage de femmes ayant des relations sexuelles avec des hommes (exclusivement ou non) ainsi que le pourcentage de femmes qui souhaitent éviter une grossesse^b. Au

Québec, nous estimons ainsi que 54 % des femmes de 15 à 49 ans sont sexuellement actives sans vouloir tomber enceinte. En reprenant les statistiques d'utilisation de la contraception dont nous avons discuté plus haut, nous obtenons qu'environ le quart des femmes de 15 à 49 ans utilisent un contraceptif d'ordonnance (25,6 %). Lors de l'analyse de l'effet de la gratuité de la contraception en Colombie-Britannique, les scientifiques ont établi que ce pourcentage était de 21,8 % pour la province¹⁰⁷. Comme le Québec a des taux plus élevés d'utilisation de contraceptifs hormonaux, cela semble conforme à notre hypothèse.

Finalement, nous avons projeté l'utilisation des contraceptifs sur cinq ans afin d'estimer les retombées d'un tel programme de gratuité au-delà des coûts initiaux.

4.1 Calculs

En se basant sur l'utilisation courante de la contraception, on arrive à des coûts d'environ 91,4 millions de dollars pour 2026. Ce montant comprend les dépenses des individus, des assurances et de l'État. Selon les données d'une étude sur la répartition des coûts de la contraception en Colombie-Britannique et dans les provinces canadiennes, plus du quart (27 %) des dépenses en contraception québécoises sont à la charge des individus. Le public est responsable de 16 % des dépenses et les assurances privées assument la balance, soit 57 %¹⁰⁸. Selon cette répartition, si l'État prenait à sa charge l'ensemble des coûts de la contraception présentement à la charge des autres parties prenantes, il devrait budgéter 76,8 millions de dollars supplémentaires. Or, d'après les exemples internationaux étudiés, la gratuité induit des changements de comportements quant au choix du contraceptif utilisé.

Pour calculer le coût et les effets de la contraception gratuite au Québec, nous nous sommes inspirés des effets observés en Colombie-Britannique en postulant qu'il y aurait un intérêt relativement important pour les méthodes LARC dès la première année et que cela

a Notons que les négo qui ont eu cours durant l'hiver 2026 entre les médecins et le gouvernement du Québec pourraient faire varier ces calculs.

b L'étude donne le pourcentage de personnes n'utilisant pas de contraception et les raisons qui motivent ce choix. En retirant toutes les personnes qui disent ne pas utiliser de contraception en raison d'un désir de grossesse, d'une grossesse en cours, d'un accouchement récent, de la ménopause ou de relations avec une personne infertile (par chirurgie ou condition médicale), nous pouvons inférer le nombre de personnes qui souhaitent éviter une grossesse.

perdurerait par la suite, mais à un rythme plus lent. Comme l'implant est sous-estimé dans les statistiques récentes, nous avons jugé prudent de prévoir une augmentation plus importante pour cette méthode. Bien que la hausse puisse paraître modeste en termes absolus (+2,0 %), elle représente une augmentation relative de 200 %. Nos hypothèses sont résumées au tableau 10. Les baisses les plus importantes ont trait à l'usage des pilules hormonales et à l'absence de contraception. Finalement, nous avons posé l'hypothèse que la gratuité de la contraception n'aurait aucune incidence sur la proportion de la population choisissant des méthodes permanentes, comme la ligature des trompes ou la vasectomie. Il est toutefois possible que certaines personnes choisissent de continuer à utiliser des LARC plutôt que de subir (ou de faire subir à leur partenaire) une intervention chirurgicale¹⁰⁹.

Bien entendu, l'augmentation du taux d'utilisation des LARC mène à des coûts supplémentaires pour le gouvernement dans le contexte d'un programme de gratuité, puisqu'elle implique un investissement de départ plus élevé. Cependant, comme nous l'avons vu dans la section 3.2, on peut réaliser des économies dès la deuxième année. Alors que les dépenses globales pour la contraception sont plus élevées au cours de la première année, on observe une diminution des coûts dès l'année suivante (graphique 8). Ainsi, les sommes permettant d'assurer la gratuité varient de 95,7 à 80,3 millions de dollars pour les 5 premières années, tel qu'illustré au graphique 8. La différence entre les bandes représente les dépenses supplémentaires ou les économies que peuvent entraîner chaque scénario.

L'effet de la gratuité des méthodes contraceptives permet donc de réduire considérablement les sommes dépensées dans ce domaine. Afin d'évaluer l'effet de la gratuité sur la distribution des coûts de la contraception, Nethery et collab. ont suivi l'évolution des dépenses des individus, des assurances privées et de l'État en Colombie-Britannique de 2021 à 2025. En utilisant leurs résultats

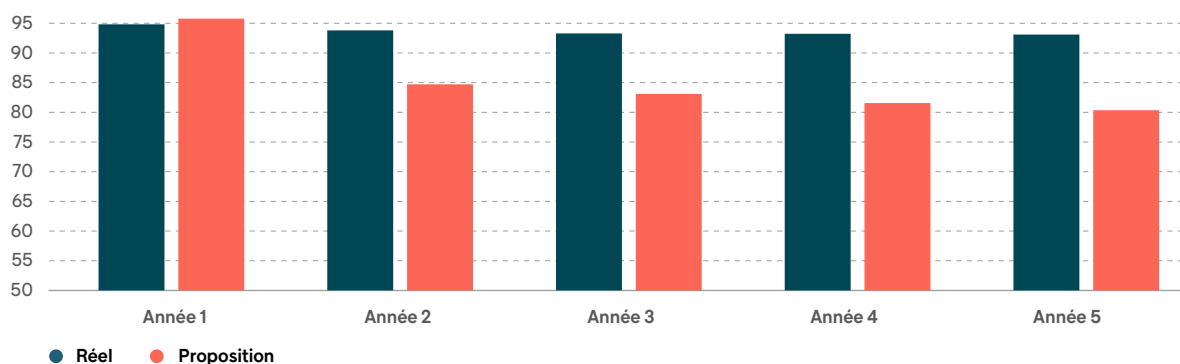
TABLEAU 10
Taux d'utilisation réelle et projetée des contraceptifs les plus populaires, Québec, 2026

| | Année 1 | Année 5 | Différence |
|--------------------|---------|---------|------------|
| Pilule | 29 % | 21,5 % | -7,5 % |
| Condom | 11 % | 9,3 % | -1,7 % |
| Stérilet | 12 % | 20,6 % | 8,6 % |
| Stérilet au cuivre | 6 % | 11 % | 5 % |
| Injection | 2 % | 1,3 % | -0,7 % |
| Timbre | 1,5 % | 1 % | -0,5 % |
| Implant | 1 % | 3 % | 2 % |
| Anneau | 2 % | 1,3 % | -0,7 % |
| Autres | 1,5 % | 1 % | -0,5 % |
| Aucun | 14,5 % | 10,6 % | -3,9 % |
| Permanent | 19,5 % | 19,5 % | 0 % |

SOURCE : Calculs de l'IRIS.

GRAPHIQUE 8

Coût de la contraception, *statu quo* et projection des dépenses liées à la gratuité (M\$)



SOURCE : Calculs de l'IRIS.

et en les appliquant aux montants que l'on a calculés pour le Québec, le graphique 9 permet de voir la répartition des coûts cinq ans après l'entrée en vigueur de la gratuité en comparaison avec le *statu quo*. Ce sont les assureurs privés qui économisent le plus. Le deuxième groupe qui verra sa facture substantiellement diminuer est constitué des individus qui paieront moins en contraception et qui pourraient obtenir une réduction de leurs primes d'assurances. La part du gouvernement augmente, mais une bonne partie de l'augmentation est compensée par les économies générées par la réduction des grossesses non planifiées¹⁰.

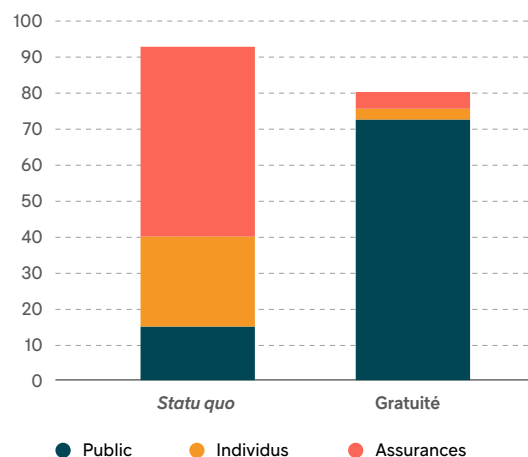
Pour connaître le réel coût supplémentaire à investir dans la contraception, il faut soustraire les montants déjà payés par le gouvernement et ceux qui demeureraient à la charge des individus et des assurances privées (par exemple pour les personnes qui préfèrent utiliser des marques précises plutôt que des génériques). Selon ce qui a été observé en Colombie-Britannique, cela représente environ 10% des dépenses. On peut aussi restreindre les contraceptifs gratuits à ceux inclus dans le programme fédéral et, donc, exclure les timbres hormonaux, les préservatifs et les contraceptifs qui se trouvent dans la catégorie « autres ». En procédant à ces deux ajustements, nous obtenons un montant total d'environ 64,1 millions de dollars annuellement. La somme peut paraître importante, mais trois éléments sont à prendre en considération.

D'abord, comme les coûts supplémentaires en contraception sont le résultat d'une plus grande adhésion aux LARC, des contraceptifs dont les taux d'échec sont très bas, cela se traduirait par une diminution des grossesses non planifiées. En prenant en considération les taux d'échec typiques, ajustés en fonction de la double protection (lorsqu'un condom est utilisé en plus de la contraception de base), on arrive à des économies pour l'État québécois de l'ordre de 8,1 millions de dollars^a dès la première année. À l'année 5, les économies se chiffraient à 33,3 millions de dollars en grossesses évitées en comparaison avec l'utilisation actuelle des contraceptifs. Ensuite, des économies de l'ordre de 17,6% ont été observées lorsque l'on compare le coût des médicaments au privé et au public¹¹. Si les contraceptifs étaient entièrement couverts par l'État, il serait possible de réduire la

a Les coûts ont été calculés pour chaque contraceptif en fonction du pourcentage lié à chaque possibilité à la suite d'une grossesse non planifiée. Par exemple, si les taux d'échec sont très faibles pour les stérilets, les risques d'une grossesse ectopique sont plus élevés advenant un échec.

GRAPHIQUE 9

Dépenses en contraception par source (M\$), *statu quo* et gratuité, année 5



SOURCE : Elizabeht NETHERY et autres, « Impacts of British Columbia's free contraception policy on out-of-pocket payments and contraception costs: an interrupted time series analysis with other provinces as controls », *Health Policy*, 6 novembre 2025, <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2025.11.04.25339524>, calculs de l'IRIS.

facture d'environ 10 millions de dollars par année. Enfin, le programme fédéral annonçait des investissements de 1,5 milliard de dollars pour couvrir les contraceptifs et les médicaments pour le diabète pour l'ensemble des provinces. Si le Québec conclut une entente pour faire financer son programme, comme l'ont fait la Colombie-Britannique, le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard, des sommes considérables pourraient être déduites des dépenses supplémentaires que nous prévoyons pour garantir la gratuité. Par exemple, cela représenterait environ 330 millions de dollars si l'argent était distribué en fonction du poids démographique de la province. Si on considère les économies générées par les deux points précédents (grossesses évitées et économies des médicaments hors marché), le coût net de la gratuité serait en moyenne de 22 millions de dollars par année. Sur cinq ans, cela représente environ le tiers de la somme qui pourrait être attribuée au Québec.

Nos calculs portent sur l'ensemble de la population féminine du Québec âgé de 15 à 49 ans. Si nous reprenions nos calculs en segmentant ce groupe en plusieurs tranches d'âge, nous obtiendrions probablement des économies encore plus importantes. En effet, ce sont surtout les jeunes femmes qui sont à risque d'une grossesse non planifiée, et c'est cette même cohorte qui s'est

montrée la plus intéressée par les LARC à la suite de la gratuité instaurée en Colombie-Britannique.

De plus, à ces économies s'ajouteraient celles découlant du grand volume d'achat pour répondre aux besoins et du recours accru aux médicaments génériques (ou à des produits moins coûteux).

Notre modèle permet également d'isoler les montants associés à l'utilisation gratuite de condoms. Or, notre calcul se concentrait sur les femmes qui désiraient éviter une grossesse. Pour l'utilisation des préservatifs, il faut élargir la population visée pour inclure les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, et les personnes qui souhaitent avoir un-e enfant tout en continuant d'avoir des relations sexuelles protégées. En se basant sur le modèle français, mais en l'élargissant à l'ensemble de la population québécoise, la distribution gratuite concernerait en priorité un nombre réduit de marques, bien qu'il serait toujours possible d'acheter des condoms d'une marque ou d'un modèle particulier en pharmacie. Ainsi, d'un côté, on augmente le nombre potentiel de relations sexuelles à protéger, et de l'autre, on reconnaît que ce ne sont pas tous les préservatifs qui seront acquis à travers un programme de distribution public. En fait, si l'on se fie à l'exemple français, cela ne concernerait qu'une minorité des condoms en circulation. Par prudence, nous reprendrons simplement les données du modèle pour le calcul de la contraception gratuite. Nous obtenons ainsi un montant d'environ 5 millions de dollars annuellement pour l'achat de plus de 12 millions de condoms. Or, comme nous l'avons vu avec le projet pilote en Gaspésie, d'importantes économies de volume sont possibles, ce qui permettrait de réduire sensiblement les coûts de ce programme.

4.2 Retombées économiques et sociales indirectes

Les avantages de la gratuité de la contraception dépassent les calculs que nous avons présentés dans la section précédente.

Avoir un enfant, même lorsque cela s'inscrit dans un projet de vie, peut avoir d'importantes conséquences économiques et sociales pour les parents. Si les femmes gagnent traditionnellement moins que les hommes sur le marché du travail, l'écart est encore plus grand pour les mères. Claudia Goldin, économiste et récipiendaire du prix de la Banque de Suède en l'honneur d'Alfred Nobel, parle d'une « pénalité à la maternité¹¹² » qui se traduit par une perte de revenu pour la mère et un gain pour le père. Au Québec, cette pénalité s'observe

particulièrement à partir de deux enfants et s'accroît avec chaque enfant supplémentaire¹¹³. Les mères monoparentales ou moins scolarisées sont particulièrement touchées. Parmi les facteurs qui expliquent cet écart, les autrices soulignent que les mères sont plus nombreuses que les autres femmes à travailler à temps partiel. Une étude récente de l'ISQ confirme que les mères travaillent généralement moins d'heures que les pères, particulièrement quand elles ont des enfants en bas âge¹¹⁴. Bien que ce soit un choix pour certaines d'entre elles, il ne faut pas négliger que les mères sont encore majoritairement considérée comme le principal parent responsable des enfants et qu'elles assument donc d'abord les soins et les imprévus. Cela entraîne une pression à accepter des emplois qui offrent une plus grande flexibilité plutôt qu'un salaire élevé, une réduction des heures de travail pour prendre en charge les tâches familiales et des préjugés de la part des employeurs quant à l'engagement des mères au travail. En d'autres mots, on présume que les mères seront moins présentes, moins productives et moins performantes au travail en raison de leur maternité, ce qui nuit à leurs possibilités d'avancement professionnel¹¹⁵. L'étude sur la pénalité à la maternité au Québec montre par ailleurs que les revenus des mères sont plus élevés dans les années précédant une naissance que ceux des femmes sans enfants¹¹⁶. On peut supposer que plusieurs femmes souhaitant fonder une famille profitent de l'absence d'enfants pour faire des choix plus lucratifs avant de devenir mères. Celles qui n'entretiennent pas ce projet, en revanche, peuvent voir leur fardeau financier s'alourdir en cas de grossesse non planifiée, sans avoir pu économiser au préalable.

CHAPITRE 5

Recommandations

À la lumière de notre recherche, il est évident qu'un meilleur accès aux contraceptifs de longue durée permettrait d'améliorer la santé des femmes, de favoriser l'égalité entre les hommes et les femmes ainsi que de générer des économies substantielles pour l'État. Les modèles internationaux étudiés révèlent l'importance de trois piliers pour une contraception efficace :

- ↳ une stratégie d'éducation à la sexualité qui rend l'information accessible à toutes les étapes de la vie ;
- ↳ des services de conseils et de soins sexuels bien répartis sur le territoire ainsi que du personnel formé pour accompagner de façon adéquate les personnes dans leur libre choix contraceptif ;
- ↳ et des méthodes de contraception qui sont accessibles financièrement.

Bref, il faut améliorer la communication et le financement liés à la contraception.

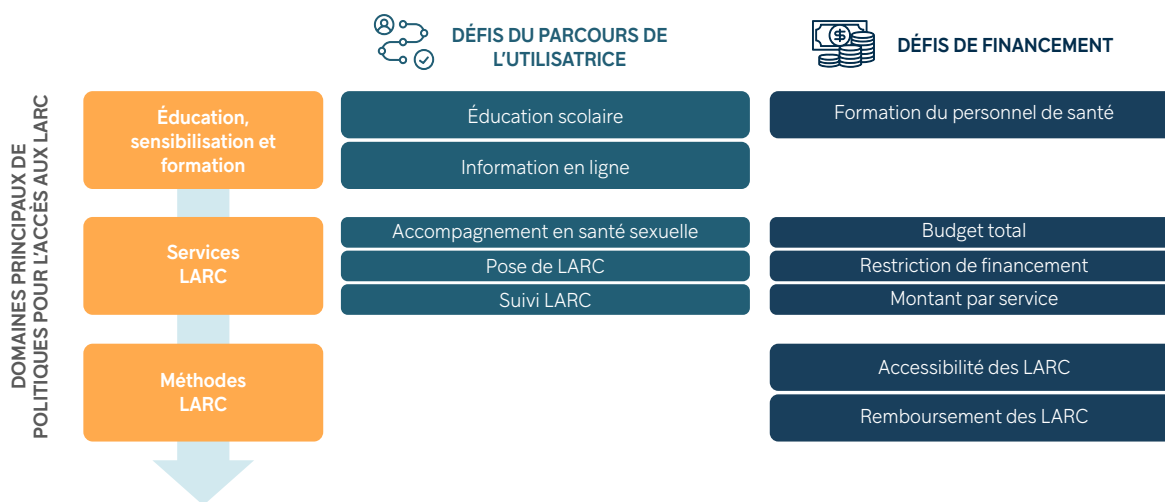
Dans un rapport de 2025¹¹⁷, des expert-e-s illustrent ces enjeux par un schéma que nous reproduisons ici et qui montre que deux types de défi accompagnent les trois piliers, soit l'accès (le cheminement de l'usagère) et le financement. Nous dégageons des conclusions de ce rapport et des constats de notre étude trois recommandations.

1) Améliorer les cours d'éducation à la sexualité

Le Québec a bien un programme d'éducation à la sexualité intégré au cours de Culture et citoyenneté québécoise (CCQ) à partir du niveau préscolaire depuis 2018. L'aspect biologique est quant à lui abordé dans le cours de sciences et technologie en deuxième et troisième années du secondaires. Cependant, selon plusieurs enseignant-e-s concerné-e-s, l'ajout de ce thème ne s'est

SCHÉMA 2

Domaines de politiques qui affectent l'accès des utilisatrices aux LARC



SOURCE : Michele Pistollato et al, *Removing the roadblocks: Policies to improve access to long-acting reversible contraceptives (LARCs)*, CHARLES RIVER ASSOCIATES, 28 mai 2025, www.crai.com/insights-events/publications/removing-the-roadblocks-policies-to-improve-access-to-long-acting-reversible-contraceptives-larcs/.

pas accompagné d'une formation adéquate, et les cours manquent de constance et d'uniformité d'une classe à l'autre ou d'un établissement à l'autre. Les leçons sur les fondements biologiques de la sexualité ne sont pas (ou rarement) accompagnées de discussions sur ses aspects sociaux ou moraux¹¹⁸ et arrivent tardivement.

De plus, la loi prévoit deux motifs pour exclure l'enfant du cours de manière ponctuelle :

- ↳ l'activité ou le contenu pourrait causer à l'élève un tort psychologique ;
- ↳ l'activité ou le contenu pourrait porter atteinte à une liberté ou à un droit fondamental garantis par les chartes canadienne et québécoise¹¹⁹.

Or, comme le contenu est limité à certains modules de cours précis, un parent qui souhaite soustraire son enfant à certains enseignements peut consulter le programme et garder son enfant à la maison si le sujet heurte sa sensibilité, même s'il n'obtient pas une exclusion officielle¹²⁰. Le Québec aurait avantage à s'inspirer du modèle suédois pour éviter ces cas d'espèce, aussi rares soient-ils. Dans les cas où les enseignant-e-s titulaires donnent déjà les cours de CCQ et de sciences, il s'agirait tout simplement de déplacer certains contenus vers d'autres matières, par exemple en prenant un texte sur l'identité de genre comme base dans un exercice de compréhension de texte ou en utilisant des données sur la grossesse, les ITSS ou la contraception pour aborder des notions mathématiques comme les probabilités. Le ministère de l'Éducation offre déjà un accompagnement¹²¹ qu'il pourrait adapter facilement à l'aspect multidisciplinaire d'une éducation à la sexualité efficace. L'adaptation sera plus complexe pour l'enseignement secondaire où les cours de CCQ et de Sciences et technologie ne sont pas donnés par un-e même enseignant-e. Toutefois, au vu des récents rapports sur la montée de la misogynie, de l'antiféminisme, de l'homophobie et de la transphobie¹²², favoriser la transmission d'un contenu qui met en valeur l'autonomie et le respect dans les comportements sexuels ne peut être que bénéfique. Cela démontre également le besoin d'une éducation à la sexualité qui insiste sur les compétences de communication et le respect. L'intégration de professionnelles de la santé en classe serait également souhaitable. Cela permettrait d'exposer les élèves à une adulte perçue comme plus neutre, de leur présenter une perspective scientifique sur certaines réalités de nature sexuelle et de les aider à développer une relation de confiance avec le personnel professionnel scolaire. En effet, l'éducation à la sexualité ne se résume pas à la transmission d'informations techniques : elle peut stimuler des

conversations difficiles ou encore faire émerger des besoins de consultation.

2) Rendre les services et l'information plus accessibles

Pour améliorer l'accès à la contraception, le gouvernement devrait mettre en place un site Internet présentant clairement les options contraceptives, leurs avantages et inconvénients ainsi que les étapes à suivre et les coûts pour obtenir la contraception. Une option moins coûteuse serait de profiter de sites qui existent déjà, tels ceux de la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN¹²³) et de S.O.S. Grossesse¹²⁴, et de soutenir ces organisations dans la vérification et la mise à jour des faits ainsi que dans la diffusion de leur contenu tout en faisant référence officiellement à ces sites dans les initiatives et documents gouvernementaux. Les méthodes de contraception remboursées par l'assurance médicaments devraient quant à elles être mises en valeur.

Les services doivent aussi être plus clairs et accessibles. Une campagne devrait être menée auprès des professionnelles de la santé pour actualiser leurs connaissances sur les moyens de contraception les plus efficaces et les aider à recommander les meilleures méthodes selon les besoins des patientes. Les préoccupations de celles-ci doivent être prises au sérieux, et les professionnelles doivent être en mesure de leur fournir des informations fiables et de proposer des solutions crédibles. De plus, il est nécessaire de mettre en place une campagne publique pour rendre visibles et accessibles les lieux offrant des soins de santé sexuelle, que ce soit les GMF où les patientes sont inscrites, les CLSC ou les cliniques de santé sexuelle de leur région. Un site unique qui permettrait d'accéder à la fois aux données sur la contraception et aux établissements de santé pertinents serait optimal.

À cet égard, le site Depistapp¹²⁵ du Club Sexu, qui recense les cliniques offrant des services de dépistage d'ITSS, constitue un modèle inspirant. Il est possible de filtrer les cliniques selon l'emplacement géographique, l'âge de la personne, son statut d'assurance, ses besoins en matière de mobilité, ses disponibilités et sa préférence pour la prise de rendez-vous (en ligne, par téléphone ou sans rendez-vous). Le site présentent les caractéristiques de chaque clinique, notamment en ce qui concerne sa clientèle cible (personnes autochtones, travailleuses du sexe, 2SLGBTQIA+, etc.), le coût (si applicable) du dépistage et les informations nécessaires pour prendre rendez-vous. Le site comporte également une section sur les ITSS les plus communes, leur mode de

transmission, leurs symptômes, les tests permettant de les dépister et les traitements disponibles. Bref, une personne qui se questionne sur les ITSS et qui visite ce site accède rapidement à un ensemble de ressources qui la met en confiance, répond à un bon nombre de ses questions et la dirige vers les cliniques adéquates pour ses besoins. De plus, contrairement à Clic Santé, les cliniques recensées n'ont pas à payer pour être listées¹²⁶. Un site similaire pour la contraception (et peut-être même les grossesses non planifiées) serait possible et utile. Dans les deux cas, les services s'adressent à des personnes qui peuvent se trouver en situation de grande vulnérabilité et qui recherchent un service de l'ordre de l'intime. Un site officiel, rigoureux et bienveillant permettrait de mieux les accompagner et de les orienter.

3) Instauration de la gratuité des méthodes de contraception

Finalement, pour s'assurer que les personnes concernées ne soient pas contraintes dans leur choix par des considérations financières, il est nécessaire d'emboîter le pas de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Yukon en rendant la contraception gratuite pour l'ensemble de la population.

En plus de réduire les dépenses globales en contraception et le nombre de grossesses non planifiées, un programme de gratuité universel permettrait de répartir les coûts de la contraception sur l'ensemble de la société. Dans le modèle actuel, bien que le contrôle de la fertilité profite aux hommes et aux femmes, le poids financier demeure sur les épaules de ces dernières.

Les expériences passées démontrent qu'une telle décision permettrait de favoriser l'adoption des méthodes LARC, qui sont non seulement plus efficaces, mais également moins coûteuses à moyen terme et généralement plus appréciées par les personnes qui les utilisent. Cette combinaison (moins chère et plus efficace) induit des économies importantes pour le Québec, que ce soit pour les usagères ou pour l'État. Malheureusement, bien qu'il se soit engagé à signer des ententes avec les autres provinces et territoires¹²⁷, le gouvernement de Mark Carney semble faire très peu d'efforts pour établir de nouveaux partenariats¹²⁸. Toutefois, comme le programme existe encore et que les sommes demeurent disponibles, rien n'empêcherait le Québec de travailler à l'obtention de ces fonds.

Cela dit, la liberté de choix est primordiale ; le financement ne devrait donc pas se limiter aux « meilleures » options seulement. En effet, certaines femmes peuvent

vouloir exercer un contrôle plus actif sur leur fertilité, éviter les hormones ou être plus confortables avec une autre méthode. Par ailleurs, si on regarde les contraceptifs offerts gratuitement dans le cadre du programme d'Accès universel à la contraception, deux aspects sautent aux yeux : d'une part, tous les contraceptifs ne concernent que les femmes. D'autre part, aucun ne protège contre les ITSS. Pour corriger cette situation, insister sur la responsabilité partagée de la contraception et mieux protéger la population contre les ITSS, il est nécessaire d'ajouter les condoms dans l'offre de gratuité.

Notes de fin de document

- 1 Dorothy SHAW et Wendy V. NORMAN, « When there are no abortion laws: A case study of Canada », *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 62, Abortion: Global Perspectives and Country Experiences, 2020, p. 50.
- 2 « Santé et droits sexuels et reproductifs », *Affaires mondiales Canada*, 29 juillet 2024, www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/global_health-sante_mondiale/reproductive-reproductifs.aspx?lang=fra.
- 3 Amanda BLACK, « La contraception au Canada : un clin d'œil au passé et un regard vers l'avenir », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 41, n° 2, 2019, p. S309-S313.
- 4 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, 17 février 2026, www.inspq.qc.ca/publications/mieux-vivre.
- 5 Margaretha DE LOOZE, et autres, « Country-Level Gender Equality and Adolescents' Contraceptive Use in Europe, Canada and Israel: Findings from 33 Countries », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 51, n° 1, 2019, p. 43-53.
- 6 Tia CARPINO, *Le recours à la contraception chez les femmes sexuellement actives désireuses d'éviter une grossesse*, Étude sur le genre et les identités croisées, Statistique Canada, février 2025.
- 7 James TRUSSELL, « Understanding contraceptive failure », *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 23, n° 2, 2009, p. 199-209.
- 8 Helena KOPP KALLNER et autres, « Non-daily contraception: Reinforcing the choice of users and addressing unmet needs of reproductive health », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 104, n° 2, 2025, p. 253-257.
- 9 Maud LE REST, « Oui, une femme qui n'a jamais eu d'enfants peut supporter un stérilet », *Allo Docteurs*, 25 octobre 2018, www.allodocteurs.fr/sexo-contraception-sterilet-oui-une-femme-qui-na-jamais-eu-denfants-peut-supporter-un-sterilet-25729.html.
- 10 « Contraception », *Fédération du Québec pour le planning des naissances*, fqpn.qc.ca/article/contraception/ (consulté le 26 février 2026).
- 11 « Contraception », S.O.S Grossesse, www.sosgrossesse.ca/prevention-et-contraception/ (consulté le 26 février 2026).
- 12 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), demande d'accès à l'information n° 2025-04114, données pharmaceutiques sur la contraception 2012-2024, 6 août 2025.
- 13 Edith GUILBERT et autres, « Extended duration of use of long-acting reversible contraceptives: Systematic review », *Canadian Family Physician*, vol. 71, n° 2, 2025, p. e35-e52.
- 14 Constanza HURTADO-ACUNA et Michael S. RENDALL, « What Happened in Delaware Following a Statewide Contraceptive Initiative? », *The Milbank Quarterly*, vol. 103, n° 2, 2025, p. 480-512.
- 15 Amanda Y. BLACK et autres, « The Cost of Unintended Pregnancies (CoUP) in Canada: Estimating Direct Cost, Role of Imperfect Adherence, and the Potential Impact of Increased Use of Long-Acting Reversible Contraceptives », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 37, n° 12, 2015, p. 1086.
- 16 GROUPE DE RECHERCHE SUR L'ACCESSIBILITÉ À LA CONTRACEPTION DE L'UNIVERSITÉ DE COLOMBIE-BRITANNIQUE, *Contraception Cost-Effectiveness in British Columbia*, 22 juin 2018, https://cart-grac.ubc.ca/files/2021/04/Contraception-Cost-Effectiveness_CART-Report_2018-06-21.pdf.
- 17 James TRUSSELL et autres, « Cost effectiveness of contraceptives in the United States », *Contraception*, vol. 79, n° 1, 2009, p. 8.
- 18 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), « Santé des femmes », www.inspq.qc.ca/sante-reproductive-et-prevention-des-grossesses-non-desirees, page consultée le 25 février 2026.
- 19 Wulan Adis ARANTI et autres, « Associations between Unplanned Pregnancy, Low Social Support, Domestic Violence, and Intrapartum Complication, with Postpartum Depression: Meta Analysis », *Journal of Maternal and Child Health*, vol. 9, n° 2, 2024, p. 169-185.
- 20 « Inadequate contraception access increases rates of unintended pregnancy, which results in poorer maternal-infant birth outcomes, exacerbates health inequity, increases poverty, and limits educational and economic gender equity » ; notre traduction. Laura SCHUMMERS et autres, « Effect of universal no-cost coverage on use of long-acting reversible contraception and all prescription contraception: population based, controlled, interrupted time series analysis », *BMJ*, vol. 390, 2025, p. 1.
- 21 « Avortement », *Organisation mondiale de la santé*, www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion (consulté le 18 mars 2026).

- 22 Susheela SINGH, « Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries », *The Lancet*, vol. 368, n° 9550, 2006, p. 1887-1892.
- 23 Dorothy SHAW et Wendy V. NORMAN, loc. cit., p. 50.
- 24 Fanny LÉVESQUE, « Droit à l'avortement dans la constitution : Simon Jolin-Barrette renonce », *La Presse*, 20 février 2026, www.lapresse.ca/actualites/politique/2026-02-20/droit-a-l-avortement-dans-la-constitution/simon-jolin-barrette-renonce.php.
- 25 Louise DESMARAIS, *La bataille de l'avortement : chronique québécoise*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 2016, p. 112.
- 26 BRYENTON, Hannah, « The history of abortion access on Prince Edward Island », *CBC News*, 3 juillet 2022, www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-history-abortion-access-1.6507176.
- 27 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), op. cit.
- 28 « Le recours à l'avortement au Québec », *Conseil du statut de la femme*, <https://csf.gouv.qc.ca/portrait-des-quebecoises/02-avortement/> (consulté le 12 février 2026).
- 29 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, demande d'accès à l'information n° 1847 00/2025-2026.403, Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) pour les femmes âgées de 14 à 49 ans, 2012 à 2024, Québec, 18 mars 2026.
- 30 « Trichophyton mentagrophytes de génotype VII (TMVII) », *Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses*, 1^{er} août 2024, <https://ccnmi.ca/debrief/trichophyton-mentagrophytes-de-genotype-vii-tmvii/>.
- 31 Lena SCHNITZLER et autres, « Intersectoral costs of sexually transmitted infections (STIs) and HIV: A systematic review of cost-of-illness (COI) studies », *BMC Health Services Research*, vol. 21, n° 1, 2021, p. 1179.
- 32 Palmo BRUNNER et autres, « The Cost-Effectiveness of HIV/STI Prevention in High-Income Countries with Concentrated Epidemic Settings: A Scoping Review », *AIDS and Behavior*, vol. 26, n° 7, 2022, p. 2279-2298.
- 33 ORGANISATION DES NATIONS UNIES, *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, sdgs.un.org/fr/2030agenda, 2015.
- 34 « Global Contraception Atlas », *Global Contraception Atlas*, <https://srhrpolicyhub.org/> (consulté le 16 avril 2026).
- 35 Kai PART et autres, « Contraceptive use among young women in Estonia: Association with contraceptive services », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, vol. 21, n° 2, 2016, p. 133.
- 36 Ibid., p. 136.
- 37 CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, *European Standards on Subsidizing Contraceptives*, Fact sheet, septembre 2009, https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/pub_fac_slovak_european_standards_g-o8_WEB.pdf.
- 38 « Global Contraception Atlas », op. cit.
- 39 INSERM, « Accueil », *Contexte des Sexualités en France*, <https://csf.inserm.fr/>, consulté le 8 avril 2026.
- 40 Magali LEMAITRE et autres, « Impact of the 2013 French Pill Crisis on Women's Behaviour Regarding Contraception », *Drugs – Real World Outcomes*, vol. 2, n° 1, 2015, p. 16.
- 41 MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES (France), « 1^{er} janvier 2023 : les nouvelles mesures », *Gouvernement de la France*, 2 janvier 2023, <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/actualites-du-ministere/article/1er-janvier-2023-les-nouvelles-mesures>.
- 42 INSERM, *Contexte des Sexualités en France : premiers résultats de la 3^e étude nationale*, novembre 2024, p. 34, www.inserm.fr/actualite/sante-vie-affective-et-sexuelle-lancement-de-la-3e-etude-nationale/.
- 43 « Trouvez votre centre de planning familial à Bruxelles et en Wallonie », *Mon Planning Familial*, www.monplanning-familial.be/ (consulté le 16 avril 2026).
- 44 CAW, « Over CAW », *CAW*, <https://www.caw.be/over-caw/> (consulté le 16 avril 2026).
- 45 Rana CHARAFEDDINE, *Enquête de santé 2018 : Santé sexuelle*, Text, Sciensano, octobre 2018, www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-sante-sexuelle.
- 46 Aline SCOHY et autres, *Women's health report, Belgium 2024*, Text, D/2024.14.440/31, Sciensano, avril 2024, p. 26, www.sciensano.be/en/biblio/womens-health-report-belgium-2024.
- 47 Nina VAN EEKERT et autres, « Relationship between classic indicators of health behaviour and contraceptive choices in women in Flanders », *BMC Women's Health*, vol. 24, n° 1, 2024, p. 5.

- 48 Stéphanie JASSOGNE, « Analyse 2013 – Femmes et contraception : quel véritable choix? », *Soralia*, 4 septembre 2013, www.soralia.be/accueil/analyse-2013-femmes-et-contraception-quel-veritable-choix/.
- 49 Claudine CUEPPENS, « La contraception : quelle disponibilité? Quels choix? À quel prix? », *Colloque contraception Améliorer l'accès à la contraception : un acte politique et militant*, Ixelles, Belgique, 26 septembre 2024, p. 27.
- 50 C. TIXIER-THOMAS, *L'accès à la contraception : lever les freins!*, Analyse, Bruxelles, FLCPF, 2025.
- 51 Anne-Li LINDGREN et Sara BACKMAN PRYTZ, « Swedish State School Sex Education », *The Palgrave Encyclopedia of Sexuality Education*, Palgrave Macmillan, Cham, 2024, p. 869-877, https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-031-56681-3_31.
- 52 Léa CARRIER, « Dossier : La Presse en Suède | L'éducation sexuelle à la suédoise (3 articles) », *La Presse*, 17 mars 2024, www.lapresse.ca/international/europe/l-education-sexuelle-a-la-suedoise/2024-03-17/promouvoir-le-bien-etre-sexuel.php.
- 53 Ann-Cathrine BRAMHAGEN et Mats LUNDSTRÖM, « Teachers' and nurses' perspective regarding sex education in primary school and influencing factors », *Scandinavian Journal of Educational Research*, vol. 68, n° 2, 2024, p. 115-125.
- 54 Susanne ÅHLUND, « The Swedish Midwife and The Swedish Association of Midwives », *Barnmorskan.se*, 18 décembre 2019, barnmorskan.se/the-swedish-midwife-barnmorskansar2020/.
- 55 Clémence GERVAIS, *Éducation, prévention et promotion à la santé et aux droits sexuels et reproductifs en Suède en temps de crise sanitaire : quels enjeux*, Mémoire Santé publique, Rennes, École des hautes études en santé publique, 2020-2021.
- 56 « Skydd mot graviditet », 1177, www.1177.se/liv--halsa/sexuell-halsa/skydd-mot-graviditet/ (consulté le 24 février 2026).
- 57 « Högkostnadsskydd för öppenvård », 1177, www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/hogkostnadsskydd-for-oppenvard/ (consulté le 24 février 2026).
- 58 Helena KOPP KALLNER et autres, loc. cit., p. 255.
- 59 RAMQ, « Connaître les conditions d'admissibilité au régime public », www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/connaître-conditions-admissibilite-regime-public (consulté le 28 avril 2026).
- 60 RAMQ, « Aide financière avec carnet de réclamation », www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/aide-financiere-carnet-reclamation (consulté le 28 avril 2026).
- 61 « CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal | Clinique de santé sexuelle », CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, www.ciuusssnordmtl.ca/soins-et-services/sante-sexuelle-1 (consulté le 26 février 2026).
- 62 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), demande d'accès à l'information n° 2025 03846, Pourcentage de femmes sur le régime public d'assurance médicaments, 23 juin 2025.
- 63 Tia CARPINO, *Le recours à la contraception chez les femmes sexuellement actives désireuses d'éviter une grossesse*, Étude sur le genre et les identités croisées, Statistique Canada, 2025.
- 64 Sheila DUNN et autres, « Non-use of Contraception by Canadian Youth Aged 15 to 24: Findings From the 2009–2010 Canadian Community Health Survey », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 41, n° 1, 2019, p. 29-37.
- 65 INSPQ, « L'Indicateur de santé publique : utilisation du condom », Institut national de santé publique du Québec, www.inspq.qc.ca/indicateur/habitudes-de-vie/utilisation-condom (consulté le 26 février 2026).
- 66 INSPQ, « Publication du Portrait des ITSS au Québec : année 2023 et projections 2024 », Institut national de santé publique du Québec, www.inspq.qc.ca/espace-itss/portrait-itss-2023-et-projections-2024 (consulté le 26 février 2026).
- 67 DIRECTION DES RISQUES BIOLOGIQUES ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2019*, Institut national de santé publique du Québec, mars 2021, p. 4.
- 68 Lila DUSSAULT, « Dossier : Contraception | Vers la fin de la pilule? (2 articles) », *La Presse*, 2 mars 2025, www.lapresse.ca/societe/sante/contraception/vers-la-fin-de-la-pilule/2025-03-02/se-detourner-de-la-pilule.php.
- 69 Natalie WADE et Anuj CHOPRA, « La pilule contraceptive prise pour cible par des influenceuses américaines », *La Presse*, 13 mai 2024, www.lapresse.ca/societe/sexualite/2024-05-13/la-pilule-contraceptive-prise-pour-cible-par-des-influenceuses-americaines.php; « Contraception hormonale : attention aux influenceurs », *Radio-Canada*, <https://ici.radio-canada.ca/info/videos/1-10443637/contraception-hormonale-attention-aux-influenceurs> (consulté le 14 avril 2026).
- 70 G. E. CETERA et autres, « Rejecting the contraceptive pill. Times are changing faster than physicians' minds: Gen Z's pledge to be listened to », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, vol. 30, n° 6, 2025, p. 319-323.

- 71 « Free contraceptives », Province of British Columbia, www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/pharmacare-for-bc-residents/what-we-cover/prescription-contraceptives (consulté le 12 février 2026).
- 72 Laura SCHUMMERS et autres, loc. cit., p. 7.
- 73 Ibid., p. 8.
- 74 Ibid., p. 6.
- 75 Ibid.
- 76 Yannick BEAUDOIN, « Voici pourquoi la syphilis fait un retour en force à Québec », TVA Nouvelles, 16 novembre 2025, www.tvanouvelles.ca/2025/11/16/voici-pourquoi-la-syphilis-fait-un-retour-en-force-a-quebec.
- 77 « La syphilis, c'est quoi? », Depistapp, <https://depistapp.clubsexu.com/fr/itss/syphilis> consulté le 20 mars 2026.
- 78 GOUVERNEMENT DU CANADA, « Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang », Ressources et publications sur la surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Gouvernement du Canada, www.canada.ca/fr/sante-publique/services/surveillance/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-sang.html (consulté le 20 mars 2026).
- 79 INSPQ, « Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS », Institut national de santé publique du Québec, www.inspq.qc.ca/espace-itss/programme-de-gratuite-des-medicaments-pour-le-traitement-des-itss (consulté le 20 mars 2026).
- 80 BLOUIN, Karine et autres, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2023 et projections 2024*, Institut national de santé publique du Québec, 19 janvier 2026, p. 39, <https://www.inspq.qc.ca/publications/3770>, consulté le 26 février 2026.
- 81 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021*, mai 2023, p. 157.
- 82 Steven G. MORGAN et autres, « Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada », *CMAJ*, vol. 187, n° 7, 2015, p. 491-497.
- 83 Marc-André GAGNON et autres, *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète?*, Note socioéconomique, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), décembre 2017, p. 10, <https://iris-recherche.qc.ca/publications/le-regime-public-privé-dassurance-medicaments-du-quebec-un-modele-obsolète/>.
- 84 James TRUSSELL et autres, « Achieving cost-neutrality with long-acting reversible contraceptive methods », *Contraception*, vol. 91, n° 1, janvier 2015, p. 51.
- 85 A. BRIGGS et M. SCULPHER, « An introduction to Markov modelling for economic evaluation », *PharmacoEconomics*, vol. 13, n° 4, 1998, p. 397-409.
- 86 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), demande d'accès à l'information n° 2025-04114, op. cit.
- 87 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), Directive ministérielle – Surcharge et exemptions pour certains ressortissants étrangers dans les établissements publics du réseau, 17 mars 2016, g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ConsCirculaire.aspx?enc=N2uaeyC6xTQ%3D.
- 88 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, « Grossesse à risque élevé », www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/grossesse/sante-pendant-grossesse/grossesse-risque-eleve, page consultée le 25 février 2026.
- 89 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Donner naissance au Canada : les coûts*, 2006.
- 90 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), demande d'accès à l'information n° 2026-00476, Montant payé par année pour certains codes en lien avec la grossesse effectués par des omnipraticiens et des spécialistes pour la période du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2025, 18 février 2026.
- 91 William D. MOSHER et autres, « Intended and unintended births in the United States: 1982-2010 », *National Health Statistics Reports*, n° 55, 2012, p. 1-28.
- 92 James TRUSSELL et autres, « Cost effectiveness of contraceptives in the United States », *Contraception*, vol. 79, n° 1, 2009, p. 5-14.
- 93 Helena KOPP KALLNER et autres, loc. cit., p. 256.
- 94 Laura WIDMAN et autres, « Identifying the Strongest Correlates of Condom Use Among US Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis », *JAMA Pediatrics*, vol. 179, n° 3, 2025, p. 273-281.
- 95 Timothy WANG et autres, « The Effects of School-Based Condom Availability Programs (CAPs) on Condom Acquisition, Use and Sexual Behavior: A Systematic Review », *AIDS and Behavior*, vol. 22, n° 1, 2018, p. 308-320.
- 96 Ibid., p. 311.
- 97 Ibid., p. 317.
- 98 Ryan C. BURKE et autres, « NYC Condom Use and Satisfaction and Demand for Alternative Condom Products in New York City Sexually Transmitted Disease Clinics », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 88, n° 4, 2011, p. 749-758.
- 99 Yves BEHAR, « 'Condom sense': Designing the New York City condom », *CNN*, 1^{er} mars 2012, www.cnn.com/2012/03/01/tech/condom-sense.

- 100 CALIFORNIA PREVENTION TRAINING CENTER (CAPTC), « The NYC Condom Availability Program: Structural Changes During a Pandemic », Youtube, www.youtube.com/watch?v=DtyMBjWxgEY (consulté le 26 février 2026).
- 101 « NYC Condom Availability Program - HIV condom distribution locations », NYC Open Data, https://data.cityofnewyork.us/Health/NYC-Condom-Availability-Program-HIV-condom-distrib/4kpn-sezh/about_data (consulté le 26 février 2026).
- 102 Tia CARPINO, *op. cit.*
- 103 Riley J. STEINER et autres, « Long-Acting Reversible Contraception, Condom Use, and Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review and Meta-analysis », *American journal of preventive medicine*, vol. 61, n° 5, 2021, p. 750-760.
- 104 Ariane COURVILLE et Marie-Claude TREMBLAY, *Évaluation d'un projet de distributrices à condoms gratuits*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, novembre 2019, 41 p.
- 105 *Ibid.*, p. 18.
- 106 INSPQ, « Oh Ouïii – Dès l'automne 2025 », Institut national de santé publique du Québec, www.inspq.qc.ca/espace-itss/oh-ouiii (consulté le 9 mars 2026).
- 107 Laura SCHUMMERS et autres, *loc. cit.*, p. 6.
- 108 Elizabeth NETHERY et autres., « Impacts of British Columbia's free contraception policy on out-of-pocket payments and contraception costs: an interrupted time series analysis with other provinces as controls », *Health Policy*, 6 novembre 2025, <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2025.11.04.25339524>. Les données pour le Québec ont été obtenues à travers une communication privée.
- 109 Alexandra M. MCGOUGH et autres, « Recent trend of surgical sterilization and long-acting reversible contraception use at vaginal delivery », *Fertility and Sterility*, vol. 118, n° 4, octobre 2022, p. e45-e46.
- 110 NETHERY et autres, *op. cit.*
- III
- 112 Claudia GOLDIN et autres, « The parental pay gap over the life cycle: Children, jobs, and labor supply », *Journal of Economic Dynamics and Control*, vol. 169, 2024, p. 104963.
- 113 Marie CONOLLY, Marie Mélanie FONTAINE et Catherine HAECK, « État des lieux sur les écarts de revenus entre les parents et les femmes et hommes sans enfant au Québec et dans le reste du Canada », Réseau canadien des Centres de données de recherche, 2017, <https://crdcn.ca/publication/etat-des-lieux-sur-les-ecarts-de-revenus-entre-les-parents-et-les-femmes-et-hommes-sans-enfant-au-quebec-et-dans-le-reste-du-canada/> (consulté le 11 février 2026).
- 114 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « Les conditions de travail des parents. Faits saillants », Institut de la statistique du Québec, 28 mai 2025, <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/conditions-de-travail-des-parents-faits-saillants>.
- 115 Ana Júlia Calegari TORRES et autres, « The Impact of Motherhood on Women's Career Progression: A Scoping Review of Evidence-Based Interventions », *Behavioral Sciences*, vol. 14, n° 4, 2024, p. 275.
- 116 Geoffroy BOUCHER, « Parents et écarts de revenus », Observatoire québécois des inégalités, 17 novembre 2023, <https://observatoiredesinegalites.com/le-revenu-demploi-des-parents-est-il-affecte-par-la-naissance-dun-enfant/>.
- 117 CHARLES RIVER ASSOCIATES, *Removing the roadblocks: Policies to improve access to long-acting reversible contraceptives (LARCs)*, 28 mai 2025, www.crai.com/insights-events/publications/removing-the-roadblocks-policies-to-improve-access-to-long-acting-reversible-contraceptives-larcs/.
- 118 Ophélie PAGEAU et Sivane HIRSCH, « L'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires au Québec : différentes réponses disciplinaires pour aborder un thème sensible », *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, vol. 27, n° 1, 2025, p. 136-156.
- 119 « Éducation à la sexualité – Parents – Demande d'exemption », Centre de services scolaire des Découvreurs, <https://sites.google.com/csdecou.net/educationsexualite-parents/demande-dexemption> (consulté le 25 février 2026).
- 120 Zacharie GOUDREAU, « La Cour supérieure rejette une demande d'exemption à des contenus reliés à l'identité de genre », *Le Devoir*, 12 décembre 2024, www.ledevoir.com/actualites/justice/825920/cour-superieure-rejette-demande-exemption-contenus-reliés-identite-genre.
- 121 « Accompagnement offert au réseau scolaire en éducation à la sexualité », Gouvernement du Québec, www.quebec.ca/education/prescolaire-primaire-et-secondaire/programmes-formations-evaluation/education-sexualite/accompagnement-reseau-scolaire (consulté le 25 février 2026).
- 122 Gabrielle RICHARD et autres, *Augmentation des niveaux de malaise. Ce que les élèves du secondaire pensent de la diversité sexuelle, 2017-2024*, Montréal, GRIS-Montréal, 2025 ; Francis DUPUIS-DÉRI, *Enseigner à l'école au Québec face à la misogynie, l'antiféminisme, l'homophobie et la transphobie*, en partenariat avec la Fédération autonome de l'enseignement, hiver 2026.

- 123 « Contraception », *Fédération du Québec pour le planning des naissances*, op. cit.
- 124 « Contraception », op. cit.
- 125 « Bottin de ressources du Club Sexu sur les ITSS et le dépistage », *Depistapp*, <https://depistapp.clubsexu.com/fr> (consulté le 19 mars 2026).
- 126 Charles-Éric BLAIS-POULIN et Jean-Hugues ROY, « Dossier : Clic Santé | Par ici le privé (4 articles) », *La Presse*, 10 décembre 2024, www.lapresse.ca/actualites/sante/clic-sante/par-ici-le-privé/2024-12-10/sept-fois-sur-dix-clic-sante-propose-une-clinique-privée.php.
- 127 Sarah RITCHIE, « Federal government will work out more pharmacare deals, Carney says », *CBC News*, 11 septembre 2025, www.cbc.ca/news/politics/carney-pharmacare-deals-1.7631393.
- 128 Marina von STACKELBERG, « Is pharmacare on ice? Health minister says no new deals with provinces in the works », *CBC News*, 21 novembre 2025, www.cbc.ca/news/politics/pharmacare-future-carney-government-bud-get-provinces-territories-9.6985015.
- 129 Jamilya KHIZROEVA et autres, « Combined Oral Contraceptives and the Risk of Thrombosis », *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 26, n° 22, 2025.

REMERCIEMENTS

L'autrice tient à remercier un ensemble de personnes sans qui l'étude n'aurait pu être, notamment Laura Schummers, ScD qui a généreusement répondu à ses questions et Raphaël Langevin, PhD pour son aide méthodologique précieuse. Les commentaires de l'équipe de recherche de l'IRIS de même que les corrections de Marie-Michèle Robitaille et de Monique Moisan ont rehaussé la qualité de cette étude, tant du point de vue de la forme que du fond. Nous leur transmettons tous nos remerciements. Toutes les erreurs pouvant néanmoins encore se trouver dans ce texte relèvent de l'entière responsabilité de l'autrice.

MISE EN PAGE

Atelier Atoca

DESIGN

Molotov – coop de travail
2065, rue Parthenais, bureau 415, Montréal, (QC)
H2K 3T1 514 908-9744 / info@molotov.ca

« En plus de réduire les dépenses globales en contraception et le nombre de grossesses non planifiées, un programme de gratuité universel permettrait de répartir les coûts de la contraception sur l'ensemble de la société. »



Institut de recherche
et d'informations
socioéconomiques

1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7
514.789.2409 • iris-recherche.qc.ca

Imprimé
PDF

ISBN 978-2-925569-25-1
ISBN 978-2-925569-26-8