

DÉCLARATION DE LA SOGC SUR LA CONTRACEPTION COERCITIVE ET L'AUTONOMIE DÉCISIONNELLE DE LA PATIENTE EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

L'Organisation des Nations unies et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) affirment que l'accès à une planification familiale sûre et volontaire est un droit humain, car il est essentiel pour promouvoir l'égalité des sexes et des genres, faire progresser l'autonomie des femmes et réduire la pauvreté(1, 2). Pour assurer la qualité des soins de planification familiale, les éléments suivants sont essentiels : le choix parmi un vaste éventail de méthodes; les relations entre patiente et fournisseur fondées sur le respect du choix éclairé, de la vie privée et de la confidentialité, ainsi que des croyances culturelles et religieuses de la personne; la transmission de renseignements fondés sur des données probantes relativement à l'efficacité, aux risques et aux avantages des différentes méthodes contraceptives; la participation de travailleuses et travailleurs de la santé formés et compétents; et un accès facile à des services de contraception volontaires et sans contrainte(1).

Les fournisseurs de soins de santé sont responsables de transmettre des renseignements clairs et précis en utilisant un langage et des méthodes facilement compréhensibles par la patiente, tout en donnant des conseils non coercitifs, afin qu'elle puisse prendre une décision entièrement libre et éclairée(3). Dans un cadre de planification familiale fondé sur les droits, la femme doit pouvoir exercer elle-même son choix contraceptif en fonction des renseignements sur l'innocuité, l'efficacité, l'accessibilité et l'abordabilité de la méthode. Il y a lieu de respecter les croyances, la culture et les préférences de la femme, en plus de sa capacité d'utiliser la méthode choisie.

Les méthodes contraceptives hautement efficaces constituent un pilier fondamental pour prévenir la grossesse imprévue. Les recherches révèlent que les femmes citent l'efficacité comme un des facteurs les plus importants dans le choix d'une méthode contraceptive.(4) Ces conclusions ont mené à l'élaboration d'une stratégie progressive de conseils en planification familiale appuyée sur l'efficacité où les fournisseurs de soins de santé donnent des conseils d'abord sur les méthodes contraceptives les plus efficaces, ensuite sur les méthodes les moins efficaces(5). Les méthodes les plus efficaces sont les méthodes contraceptives réversibles à action prolongée, telles que les stérilets et les implants, et les interventions de contraception permanente, telles que la ligature des trompes, la salpingectomie bilatérale et la vasectomie, pour les personnes qui sont convaincues de ne vouloir aucune grossesse future. L'efficacité fait partie d'un cadre plus large de conseils qui répond aux besoins et aux objectifs de la femme en

plus de tenir compte des avantages, risques et effets indésirables des diverses méthodes contraceptives. La stratégie progressive appuyée sur l'efficacité n'est pas censée être une directive et n'est pas conçue pour supposer qu'une femme doit ou va choisir une méthode contraceptive en particulier; elle doit plutôt être utilisée pour s'assurer que la femme tient compte de toutes les caractéristiques de la méthode, y compris l'efficacité contraceptive, lors de son choix(6).

Le respect de l'autonomie d'une personne exige que les travailleuses et travailleurs de la santé lui donnent des conseils, des recommandations et des renseignements sans insistance ni jugement afin d'outiller les femmes de sorte qu'elles puissent prendre la décision qui leur convient le mieux. Chaque personne doit pouvoir choisir sa méthode contraceptive privilégiée en tenant compte de ses propres besoins sociaux et de santé. De même, elle doit être en mesure de refuser toute contraception si elle le désire(3). Les politiques et les pratiques relatives aux renseignements et services en matière de contraception doivent viser à éliminer les stéréotypes et les attitudes discriminatoires qui favorisent les pratiques coercitives (ou perçues ainsi) qui pourraient cibler certains groupes défavorisés ou des populations vulnérables(7).

La contraception permanente, aussi appelée *stérilisation*, est l'une des méthodes contraceptives les plus efficaces. On peut l'obtenir par la ligature des trompes, la salpingectomie bilatérale ou la vasectomie. Le recours à la contraception permanente est un choix ayant une portée personnelle, sociale et médicale; la stérilisation est complexe des points de vue historique, sociologique et éthique en plus d'être associée à l'injustice en matière de reproduction au Canada. Par le passé, les femmes autochtones et d'autres populations vulnérables, dont les femmes atteintes de maladie mentale ou de déficience intellectuelle, ont été stérilisées sans qu'elles en manifestent le désir(8, 9). D'ailleurs, on s'inquiète encore aujourd'hui que des conseils coercitifs en matière de contraception aient cours auprès de certains groupes en particulier.(10) À l'inverse, des femmes demandant la contraception permanente disent s'être vu refuser l'intervention en raison de leur âge ou la nulliparité. Du point de vue éthique, la prestation de la contraception permanente doit favoriser l'accès aux personnes qui souhaitent recourir à la stérilisation comme méthode contraceptive, mais il est tout aussi impératif de se prémunir contre toute stérilisation pour des motifs coercitifs ou discriminatoires(11). Les conseils adéquats, qui explorent les plans reproductifs de la patiente et placent ses souhaits au centre de la prestation de soins, sont essentiels pour permettre le choix éclairé. Les conseils doivent insister sur la nature permanente de l'intervention et renseigner la femme sur les solutions de rechange, y compris les méthodes contraceptives réversibles à action prolongée et la vasectomie. En cas de doute sur la capacité d'une personne à saisir la permanence de la stérilisation et à y consentir pleinement, l'intervention ne doit pas avoir lieu.

Le choix de recourir à la contraception permanente doit être pris sans pression ni contrainte; autrement, il s'agit d'une violation des droits de la personne.(3, 12) Toute stérilisation coercitive ou forcée est contraire à l'éthique et ne doit en aucun cas être effectuée.(11) Suspendre la prestation de soins comme incitatif à la contraception permanente, menacer d'impliquer des services de protection de l'enfance si une personne n'accepte pas la contraception permanente ou réaliser la stérilisation au cours d'une autre intervention

chirurgicale sans en informer la femme ou obtenir son consentement sont des exemples de stérilisation coercitive ou forcée. Au Canada, la Cour suprême a statué que seules les personnes aptes à donner leur consentement peuvent accepter de subir une intervention de contraception permanente; un mandataire ne peut consentir à ce qu'une autre personne subisse une telle intervention(13). Cette décision de 1986 stipule que : « La stérilisation ne devrait jamais être autorisée à des fins non thérapeutiques en vertu de la compétence *parens patriae*. En l'absence du consentement de la personne visée, on ne peut jamais déterminer d'une manière certaine que l'opération est à l'avantage de cette personne. La grave atteinte aux droits d'une personne et le préjudice physique qui en découlent l'emportent sur les avantages très douteux qui peuvent en résulter. » (10) De même, les fournisseurs de soins de santé doivent être sensibles aux préjugés possibles sur les plans racial, des origines ethniques, du statut socio-économique, de la santé mentale et de la parentalité(8), préjugés qui peuvent être paternalistes et avoir un effet négatif sur les soins de contraception.

Il serait éthiquement acceptable de réaliser une intervention de contraception permanente au moment d'une césarienne, d'un accouchement ou d'un avortement pourvu que les conseils préalables sur les méthodes contraceptives aient respecté les principes d'autonomie et de consentement éclairé volontaire de la patiente(11). Les femmes qui prévoient d'accoucher par césarienne peuvent choisir de subir une intervention de contraception permanente au même moment. Il est avantageux de fournir une méthode contraceptive efficace et permanente lors d'une césarienne, notamment par le fait d'éviter une intervention chirurgicale subséquente et ses risques inhérents. Les conseils adéquats, impartiaux et sans insistance en matière de contraception doivent avoir lieu en période ante partum. De plus, la femme doit comprendre la nature permanente de l'intervention et être certaine que sa famille est complète. De cette façon, on s'assure que le processus décisionnel comporte une prise en compte adéquate des risques et avantages de l'intervention, des autres méthodes contraceptives et des plans d'urgence en cas de complications obstétricales ou néonatales non anticipées. La décision d'effectuer une intervention de contraception permanente en cas de césarienne, planifiée ou d'urgence, doit être clairement consignée au dossier prénatal de la patiente. Son consentement doit être obtenu avant l'accouchement et sa décision doit être respectée dans la mesure du possible. Les patientes ont également le droit de changer d'avis. Par conséquent, il est important de reconfirmer la décision de la patiente peu avant l'intervention.

Il est possible pour un fournisseur de soins de santé de se trouver dans une situation d'accouchement vaginal nécessitant une césarienne d'urgence où la femme demande à subir une stérilisation au même moment. Bien qu'il y ait des circonstances exceptionnelles où la stérilisation peut être appropriée, les interventions de contraception permanente doivent généralement être évitées si cette décision a été prise ou envisagée pendant le travail. Dans de tels cas, il est possible d'offrir les méthodes contraceptives réversibles à action prolongée afin de reporter l'intervention et donner lieu à une discussion et à des conseils adéquats sur la contraception en période post-partum.

L'offre d'une méthode contraceptive réversible à action prolongée ou de la contraception permanente au moment d'une interruption de grossesse partage certaines des caractéristiques de la stérilisation en contexte de la césarienne. Les fournisseurs de soins de santé qui offrent des

services d'avortement sont dans une position idéale pour offrir des conseils et des services de contraception; toutefois, leurs conseils doivent également reconnaître que la contraception pourrait ne pas être prioritaire pour toutes les patientes lorsqu'elles consultent. Le processus pour obtenir des services d'avortement et le fait de devoir surmonter des obstacles peuvent s'avérer accablants et épuisants pour la patiente en plus d'augmenter sa vulnérabilité le jour de l'intervention.(14) Certaines femmes disent avoir subi de la pression de la part des fournisseurs pour qu'elles choisissent une méthode contraceptive au moment de l'avortement(15). Bien que les méthodes contraceptives réversibles à action prolongée et la contraception permanente soient des options appropriées dans ces cas, l'autonomie de la patiente doit être respectée, même si elle choisit de *ne pas* utiliser la contraception ou d'utiliser une méthode moins efficace(16, 17). Les principes de pratique éthique veulent que le choix éclairé soit obtenu en contexte d'information sans pression sur les autres possibilités, et ce, avant la prestation des services d'avortement.

La promotion du recours aux méthodes contraceptives réversibles à action prolongée en prévention de la grossesse imprévue doit miser sur l'amélioration de l'accessibilité à ces méthodes; on ne doit pas compromettre l'autonomie et le choix personnels, car en agissant ainsi, on limiterait en fin de compte les options contraceptives, en particulier pour les populations les plus vulnérables(17). Les personnes qui choisissent de recourir à une méthode contraceptive réversible à action prolongée doivent également pouvoir choisir librement d'en cesser l'utilisation, ce qui nécessite d'obtenir l'aide d'un fournisseur de soins de santé pour y arriver.

Conclusion

La prestation de services de contraception de qualité repose sur le choix éclairé en la matière dans un cadre fondé sur les droits à l'intérieur d'un système qui assure l'accès à toutes les méthodes contraceptives, y compris les plus efficaces. Les services de contraception doivent faire preuve d'ouverture culturelle. Leur prestation doit permettre le choix pleinement éclairé, volontaire et sans insistance en plus d'assurer le respect de la dignité, de l'autonomie, de la vie privée et de la confidentialité tout en tenant compte des besoins et points de vue de la patiente. Les conseils et services ne doivent pas être discriminatoires ni cibler négativement les populations défavorisées. De même, les fournisseurs de soins de santé doivent éviter les préjugés qui peuvent influencer la prestation des services de contraception, notamment sur les plans racial, des origines ethniques, du statut socio-économique, de la santé mentale, des caractéristiques personnelles et de la parentalité. Bien qu'il soit possible de réaliser une intervention de contraception permanente lors d'une césarienne, il y a lieu de donner les conseils et d'obtenir le consentement avant la césarienne planifiée ou le début du travail. Les décisions pendant la période intrapartum concernant la contraception permanente au moment de la césarienne d'urgence devraient généralement être évitées et reportées jusqu'à la période postpartum. Les efforts visant à promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives réversibles à action prolongée doivent miser sur la sensibilisation accrue et l'amélioration de l'accès (tant pour l'insertion que pour le retrait) tout en s'abstenant des actions qui peuvent être perçues comme coercitives ou limitant le choix éclairé de contraception.

RÉFÉRENCES



1. Organisation mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Troisième édition. Genève, Suisse. 2017.
2. Resolution XVIII: Human Rights Aspects of Family Planning, Final Act of the International Conference on Human Rights. U.N. Doc. A/CONF. 32/41, p. 15.
3. Organisation mondiale de la Santé. Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : Orientations et recommandations. Genève; 2014.
4. Snow R, Garcia S, Kureshy N, et coll. Attributes of contraceptive technology: women's preferences in seven countries 1997. In: Beyond acceptability: users' perspectives on contraception [Internet]. Londres : Reproductive Health Matters for the World Health Organization. Accessible : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42012/0953121003.pdf?sequence=1>.
5. Département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO/RHR) et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) KfHP. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Édition 2018. Baltimore et Genève : CCP et OMS; 2018.
6. Stanback J, Steiner M, Dorflinger L, Solo J, Cates W, Jr. WHO Tiered-Effectiveness Counseling Is Rights-Based Family Planning. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(3):352-7.
7. Gold R. Guarding Against Coercion While Ensuring Access: A Delicate Balance. *Guttmacher Policy Rev*. 2014;17(3):8-14.
8. *Muir v. The Queen in right of Alberta*. (1996, 25 janvier). 123 DLR. 4th 695. Alberta Court of the Queens Bench.
9. The Sexual Sterilization Act, SA 1928 c 37. Accessible : <http://canlii.ca/t/53zws>
10. Boyer Y, Bartlett J. External Review: Tubal Ligation in the Saskatoon Health Region: The Lived Experience of Aboriginal Women. 2017. Accessible : [https://www.saskatoonhealthregion.ca/DocumentsInternal/Tubal Ligation in the Saskatoon Health Region the Lived Experience of Aboriginal Women Boyer and Bartlett July 22 2017.pdf](https://www.saskatoonhealthregion.ca/DocumentsInternal/Tubal%20Ligation%20in%20the%20Saskatoon%20Health%20Region%20the%20Lived%20Experience%20of%20Aboriginal%20Women%20Boyer%20and%20Bartlett%20July%2022%202017.pdf)
11. The American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Ethics. Committee Opinion No. 695: Sterilization of Women: Ethical Issues and Considerations. *Obstet Gynecol*. 2017;129(4):e109-e16.
12. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et coll. Consensus canadien sur la contraception (2^e partie de 4). *Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada*. 2015;37(11):1036-9.
13. *E. (Mme) c. Eve*, [1986] 2 S.C.R. 388. 1986.
14. Roe AH, Bartz D. Society of Family Planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion. *Contraception*. 2019;99(1):2-9.
15. Brandi K, Woodhams E, White KO, Mehta PK. An exploration of perceived contraceptive coercion at the time of abortion. *Contraception*. 2018;97(4):329-34.
16. Holt K, Dehlendorf C, Langer A. Defining quality in contraceptive counseling to improve measurement of individuals' experiences and enable service delivery improvement. *Contraception*. 2017;96(3):133-7.
17. Gomez AM, Fuentes L, Allina A. Women or LARC first? Reproductive autonomy and the promotion of longacting reversible contraceptive methods. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46(3):171-5.