

LES FEMMES IMMIGRANTES ET LA CONTRACEPTION AU QUÉBEC:

Barrières et leviers d'accès aux ressources
favorisant l'autonomie procréative des femmes
ayant eu un parcours migratoire

Audrey Gonin, Sylvie Lévesque,
le Centre de santé des femmes de Montréal
Sabrina Zennia et Paule Lespérance

RÉALISATION

Ce projet de recherche a pu être réalisé grâce au soutien financier du Service aux collectivités de l'UQAM, pour sa phase qualitative, et du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada, pour sa phase quantitative. Un comité d'orientation partenarial a guidé l'ensemble de la démarche.

COMITÉ D'ORIENTATION

Audrey Gonin (professeure, École de travail social, UQAM)

Sylvie Lévesque (professeure, Département de sexologie, UQAM)

Marianne Rodrigue (coordinatrice au développement et rayonnement communautaire, Centre de santé des femmes de Montréal)

Marie-Amélie Saint-Pierre (directrice, Centre de santé des femmes de Montréal)

Ève-Marie Lampron (agente de développement, SAC-UQAM)

Paule Lespérance (candidate à la maîtrise, École de travail social, UQAM)

Sabrina Zennia (candidate au doctorat, École des hautes études en sciences sociales)

Le comité d'orientation tient à remercier les personnes qui ont apporté une contribution à la réalisation de ce projet: Anne-Marie Messier, Anabelle Caron, Lyne Kurtzman, Lorena Garrido et Anaïs Kemalla-Marsan.

RÉDACTION PRINCIPALE

Audrey Gonin, Sabrina Zennia et Paule Lespérance

SOUTIEN À LA RÉALISATION DES ANALYSES STATISTIQUES

Cindy Dubois (candidate à la maîtrise, Département de mathématiques, UQAM)

Jill Vandermeerschen (statisticienne, Département de mathématiques, UQAM)

GRAPHISME DE LA PAGE COUVERTURE ET DES FICHES-SYNTHÈSES

Patricia Gagnon, patriciagagnon.com

CITATION PROPOSÉE

Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (2023). *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec: Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <http://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec>

ISBN (format électronique): 978-2-925169-04-8
Dépôt légal – Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2023)

Table des matières

INTRODUCTION **1**

FAITS SAILLANTS ET PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE

*Audrey Gonin, Sylvie Lévesque
et le Centre de santé des femmes de Montréal*

| | |
|---|---|
| Faits saillants | 2 |
| Présentation de la démarche de recherche | 4 |
| Bibliographie | 5 |
| Annexes: fiches-synthèse présentant les principales conclusions de la recherche | 6 |

CHAPITRE 1 **15**

FEMMES IMMIGRANTES ET ACCÈS AUX RESSOURCES FAVORISANT L'AUTONOMIE PROCRÉATIVE:

Une recension d'écrits internationale sur l'accessibilité de la contraception

*Sabrina Zennia, Audrey Gonin, Paule Lespérance
et le Centre de santé des femmes de Montréal*

| | |
|--|----|
| Mise en contexte | 18 |
| Synthèse des connaissances disponibles dans la littérature | 22 |
| Conclusion | 36 |
| Bibliographie | 38 |

CHAPITRE 2 **44**

ACCÈS À LA CONTRACEPTION ET À L'AVORTEMENT POUR LES FEMMES IMMIGRANTES AU QUÉBEC:

Quels leviers et obstacles à l'autonomie procréative, du point de vue des néo-québécoises ?

*Audrey Gonin, Paule Lespérance, Sabrina Zennia
et le Centre de santé des femmes de Montréal*

| | |
|---|----|
| Objectifs de recherche de la phase qualitative | 48 |
| Méthodologie | 50 |
| Résultats de la phase qualitative de la recherche | 55 |
| Synthèse des principaux constats | 92 |
| Conclusion | 97 |
| Bibliographie | 99 |

Table des matières (suite)

CHAPITRE 3 **103**

PRATIQUES CONTRACEPTIVES SELON LE STATUT D'IMMIGRATION : Une analyse secondaire de l'enquête québécoise sur la santé de la population

*Audrey Gonin, Sylvie Lévesque, le Centre de santé
des femmes de Montréal et Cindy Dubois*

| | |
|---|-----|
| Mise en contexte et objectifs de la phase recherche quantitative | 107 |
| Méthodologie | 109 |
| Résultats | 114 |
| Principaux constats issus de l'analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population | 153 |
| Bibliographie | 157 |
| Annexes : Tableaux de données | 161 |

CHAPITRE 4 **181**

ACCÈS AUX RESSOURCES FAVORISANT L'AUTONOMIE PROCRÉATIVE DES NÉO-QUÉBÉCOISES :

Principales conclusions d'une recherche partenariale avec le Centre de santé des femmes de Montréal

*Audrey Gonin, Sylvie Lévesque
et le Centre de santé des femmes de Montréal*

| | |
|---|-----|
| Constats croisés et mise en lien avec les connaissances disponibles | 186 |
| Recommandations pour des pratiques en santé reproductive adaptées aux néo-Québécoises | 192 |
| Conclusion | 204 |
| Bibliographie | 211 |

INTRODUCTION

 **Faits saillants et
présentation du projet
de recherche**

Audrey Gonin, Sylvie Lévesque et
le Centre de santé des femmes de Montréal

Faits saillants

→ Les résultats de notre recherche mettent en évidence qu'au Québec, **les femmes immigrantes susceptibles d'utiliser une contraception ont moins recours à la contraception** que les femmes nées au Canada :

79 % des néo-Québécoises âgées de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes utilisent un moyen de contraception, alors que ce taux atteint 88 % chez les Québécoises nées au Canada (écart de 9 points statistiquement significatif à $p < 0,001$). Ces statistiques reposent sur l'analyse des réponses données à l'Enquête québécoise sur la santé de la population, qui est représentative de 98,8 % de la population du Québec.

→ Les femmes immigrantes utilisant au moins un moyen de contraception sont **moins susceptibles d'utiliser la contraception orale, le stérilet ou la ligature des trompes :**

49 % des néo-Québécoises utilisent ces principales méthodes de contraception féminine médicalisée, alors que 71 % des Québécoises nées au Canada les emploient (écart de 22 points statistiquement significatif à $p < 0,001$). Or, ces méthodes féminines médicalisées permettent une meilleure protection contre les grossesses non planifiées. Le taux d'échec contraceptif de ces méthodes est en effet plus faible qu'avec le condom et le coït interrompu – ces moyens étant davantage utilisés par les femmes immigrantes.

→ Le recours à la contraception orale, le stérilet ou la ligature des trompes est plus faible chez les femmes immigrantes ayant un **faible revenu.**

43 % des néo-Québécoises ayant un faible revenu utilisent ces méthodes de contraception médicalisée, tandis que 57 % d'entre elles recourent à des moyens non médicalisés (condom, coït interrompu ou autre méthode). Ceci suggère que le coût des méthodes contraceptives médicalisées constitue un obstacle pour les femmes immigrantes, qui sont surreprésentées dans les ménages à faible revenu (38 % vs. 19 % pour les femmes nées au Canada).

1 Ce terme permet de désigner les femmes nées à l'étranger qui vivent au Québec après avoir eu un parcours migratoire, et il est donc équivalent au statut d'immigrante dans les enquêtes gouvernementales. Les femmes nées au Canada de parents immigrants, dites de 2^e ou 3^e génération, ne sont pas comprises dans le groupe des femmes immigrantes pour lesquelles nous privilégions le terme de néo-Québécoises.

2 Le taux d'échec contraceptif lié à l'utilisation du condom masculin peut atteindre 18 %, et 22 % pour le coït interrompu (Black, 2015; Trussell, 2011). Ces méthodes nécessitent par ailleurs l'adhésion du partenaire, ce qui est également moins favorable à l'autonomie des femmes quant au contrôle de la fécondité.

Faits saillants (suite)

- Les femmes immigrantes voulant obtenir des soins contraceptifs (counseling, prescription d'une pilule, pose d'un stérilet, etc.) témoignent de **difficultés pour accéder au système de santé.**

Les entrevues réalisées dans la phase qualitative de recherche, qui apportent un éclairage complémentaire aux statistiques populationnelles, mettent en avant que plusieurs obstacles se présentent pour accéder aux soins contraceptifs : la méconnaissance du système de santé québécois, sa complexité et le manque de disponibilité des services nuisent à leur accessibilité. En particulier, l'absence de médecin de famille – plus fréquente chez les immigrantes récentes (37 % vs. 81 % pour les Québécois-es nés-es au Canada, Dubé-Linteau et al., 2013) – est un obstacle à la prescription d'une contraception médicalisée.

- Le recours aux soins contraceptifs est également freiné par le **manque de lien de confiance.**

Les entrevues de recherche réalisées avec des néo-Québécoises ont amplement souligné l'importance de développer un lien de confiance avec les professionnel·les de la santé, pour aborder les questions intimes liées à l'usage de la contraception. Or, ce lien est plus difficile à établir lorsqu'on connaît mal les manières de faire et codes d'une nouvelle société d'accueil, et si la barrière de la langue nuit à la compréhension mutuelle. Par ailleurs, quand des expériences négatives ont été vécues – en particulier, le sentiment d'une intervention trop rapide, manquant d'écoute ou de bienveillance, ou avoir fait l'objet de préjugés – ceci peut affaiblir la confiance et dissuader les femmes de recourir à des soins contraceptifs au Québec.

Présentation de la démarche de recherche

Ce rapport de recherche est le fruit d'une collaboration partenariale entre l'Université du Québec à Montréal et le Centre de santé des femmes de Montréal, un organisme communautaire féministe qui œuvre en santé sexuelle et reproductive depuis 1975. Cette démarche a été rendue possible grâce au soutien du Service aux collectivités de l'UQAM, qui a facilité la coopération partenariale et attribué des fonds de recherche au projet, ainsi qu'à celui du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, par le biais de l'octroi d'une subvention de développement partenarial.

Afin de mieux comprendre les enjeux liés à l'accès à la contraception pour les femmes immigrantes du Québec, objet central de notre démarche, deux phases de recherche complémentaires ont été réalisées. La phase qualitative réalisée dans un premier temps a consisté à recueillir les témoignages de néo-Québécoises nées dans des pays de plusieurs continents (Afrique, Asie, Amériques, Europe), afin de pouvoir comprendre finement leurs parcours de soins liés à la contraception et à l'avortement, en tenant compte de leurs contextes de vie. La phase quantitative a quant à elle visé à documenter les pratiques contraceptives des néo-Québécoises, en les mettant en vis-à-vis de celles des Québécoises nées au Canada. Ces constats issus de statistiques populationnelles, qui peuvent être généralisés à la population du Québec³, permettent d'établir un portrait clair des particularités du recours – ou non – à la contraception des femmes immigrantes, ainsi que des stratégies contraceptives de cette population.

La variable de l'immigration (vivre au Québec en étant née en dehors du Canada, ou pas) s'est ainsi avérée fortement associée aux pratiques contraceptives, avec l'âge et la composition du foyer. Les entrevues de recherches réalisées au préalable permettent de comprendre certaines des sources d'une moindre utilisation de la contraception, quel que soit le moyen, mais surtout d'identifier des obstacles se présentant dans l'accès à une contraception féminine médicalisée (contraception orale, stérilet ou ligature des trompes⁴), pour les femmes immigrantes. Compte tenu que cette dernière est un enjeu-clé pour l'autonomie des femmes au plan procréatif, le recours inégal à ces outils de contrôle de la fécondité est un enjeu social et sanitaire important : le respect des droits sexuels et reproductifs passe par l'accès à un counseling en contraception de qualité et par la possibilité d'obtenir des soins contraceptifs de manière équitable.

3 À l'exception des personnes vivant en milieu institutionnel ou dans une réserve indienne (Institut de la statistique du Québec, 2016), c'est pourquoi l'Enquête québécoises sur la santé de la population est représentative de 98,8% de la population du Québec.

4 Les autres méthodes féminines médicalisées (timbre, injection, anneau ou implant) ne font pas partie des méthodes documentées dans l'enquête que nous avons utilisée, étant assimilées à la catégorie « autres ». Il est à noter que l'usage de ces méthodes est peu fréquent : il correspond 3,9% chez les 15 à 24 ans (Statistique Canada, 2020) – ces données n'étant pas disponibles pour les femmes de 25 à 49 ans, faute de collecte d'information sur la contraception pour cette tranche d'âge dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Bibliographie

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosh, M., Norman, W. V., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M. S., Whelan, A. M., Special Contributors, Ferguson, C., Fortin, C., Kielly, M., ... Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2015). Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 37(10), 936–942. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30033-0](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30033-0)

Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Levesque, J.-F., Lecours, C. et M.-E. Tremblay (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. *Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins: regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 2. Institut de la statistique du Québec. Retrouvé sur <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-lexperience-de-soins-2010-2011-le-medecin-de-famille-et-lendroit-habituel-de-soins-regard-sur-lexperience-vecue-par-les-quebecois-volume-2.pdf>

Institut de la statistique du Québec en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2016). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique)*. Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015, Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/guide-specifique-des-aspects-methodologiques-des-donnees-denquetes-sociosanitaires-eqsp-2014-2015.pdf>

Statistique Canada (2020). *Comportements sexuels et utilisation du condom et d'autres méthodes de contraception chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans au Canada* [Rapport]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020009/article/00001/tbl/tbl04-fra.htm>

Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 83(5), 397–404. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.021>

Annexes : fiches-synthèse présentant les principales conclusions de la recherche

Les pages suivantes contiennent deux outils de diffusion des connaissances qui ont été élaborés à l'issue de la démarche de recherche.

Pratiques contraceptives en fonction de l'immigration au Québec
QUELLES DIFFÉRENCES ENTRE LES FEMMES IMMIGRANTES ET LES FEMMES NÉES AU CANADA ?

→ Au Québec, les femmes qui ont eu un **premier mariage représentent 16 % des femmes susceptibles d'utiliser une contraception**. Nous avons comparé les pratiques contraceptives de ces femmes-Québécoises à celles des Québécoises nées au Canada.

→ Des différences importantes sont observées au niveau des pratiques contraceptives :

- Les femmes-Québécoises sont moins susceptibles d'utiliser une contraception, quel que soit le moyen utilisé.
- Elles ont aussi moins fréquemment recours aux méthodes nécessitant une prescription médicale, par rapport aux femmes nées au Québec.

→ Les femmes nées au Québec ont plus de recours aux méthodes nécessitant une prescription médicale que les femmes nées au Québec. Elles ont aussi plus de recours à la contraception hormonale que les femmes nées au Québec.

Quelques données clés :

- 16 % des femmes susceptibles d'utiliser une contraception ont eu un premier mariage.
- 16 % des femmes susceptibles d'utiliser une contraception ont eu un premier mariage.

Ces données sont issues de la phase quantitative de la recherche.

Methodologie

Nous avons analysé les données de l'Enquête québécoise sur la santé et la population afin de mieux comprendre les pratiques contraceptives des femmes nées au Québec, à l'étranger et de 15 à 49 ans ont participé à cette enquête.

Les données sont issues de l'Enquête québécoise sur la santé et la population de 15 ans et plus, menée dans un cadre non-institutionnel au Québec, en 2014-2015. Les données sont issues de la phase quantitative de la recherche.

Taux d'utilisation

| Catégorie | Immigrantes | Femmes nées au Québec |
|--------------------------------------|-------------|-----------------------|
| À moins une méthode de contraception | 79% | 86% |
| Contraception hormonale | 48% | 51% |

Source : Enquête québécoise sur la santé et la population (2014-2015). Données brutes disponibles sur demande.

Ce projet de recherche a été financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.

Logos : Océane, Centre de santé des femmes, CREMIS.

La première-fiche synthèse présente les principales conclusions de la phase quantitative de recherche.

COMMENT FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS CONTRACEPTIFS POUR LES FEMMES IMMIGRANTES ?

Contexte

→ Au Québec, 14 % de la population est née à l'étranger et cette proportion atteint 24 % à Montréal.

→ La population d'immigration récente a plus de difficultés à accéder aux soins.

→ Ces problèmes se retrouvent également en santé reproductive :

- Les femmes immigrantes ont moins souvent recours à une contraception.
- Elles ont plus de difficultés à accéder aux méthodes contraceptives les plus efficaces et les méthodes contraceptives nécessitant une prescription médicale.

Notre projet

Notre projet de recherche vise à mieux comprendre les barrières d'accès aux soins dans les parcours de femmes immigrantes qui souhaitent mener un contrôle sur leur fécondité.

Dans ce but, 12 femmes de recherche ont été recrutées dans des régions-Québécoises nées dans les Amériques, en Afrique, en Asie et en Europe, au cours du volet qualitatif de notre recherche.

À partir des résultats obtenus, une réflexion sur l'adaptation des pratiques contraceptives des femmes immigrantes a été menée avec l'équipe du CSFAP et des intervenants du réseau public.

Merci au CREMIS pour son appui à la diffusion des connaissances issues de ce projet.

Logos : Océane, Centre de santé des femmes, CREMIS.

La seconde fiche-synthèse intègre les grands constats tirés de notre phase qualitative, ainsi que les pistes d'action qui ont été identifiées dans le cadre de cette recherche partenariale.

Pratiques contraceptives en fonction de l'immigration au Québec

QUELLES DIFFÉRENCES ENTRE LES FEMMES IMMIGRANTES ET LES FEMMES NÉES AU CANADA ?

→ Au Québec, les **femmes qui ont eu un parcours migratoire représentent 16 % des femmes susceptibles d'utiliser une contraception**. Nous avons comparé les pratiques contraceptives de ces néo-Québécoises à celles des Québécoises nées au Canada.

L'échantillon de notre étude porte sur les femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes et qui ne sont pas enceintes.

→ Des différences importantes sont observables au niveau des pratiques contraceptives :

- Les néo-Québécoises **sont moins susceptibles d'utiliser une contraception**, quel que soit le moyen utilisé.
- Elles ont aussi **moins fréquemment recours aux méthodes nécessitant une prescription médicale** : parmi les femmes qui utilisent une contraception, 49 % des néo-Québécoises vs. 71 % des femmes nées ici utilisent une contraception féminine médicalisée.

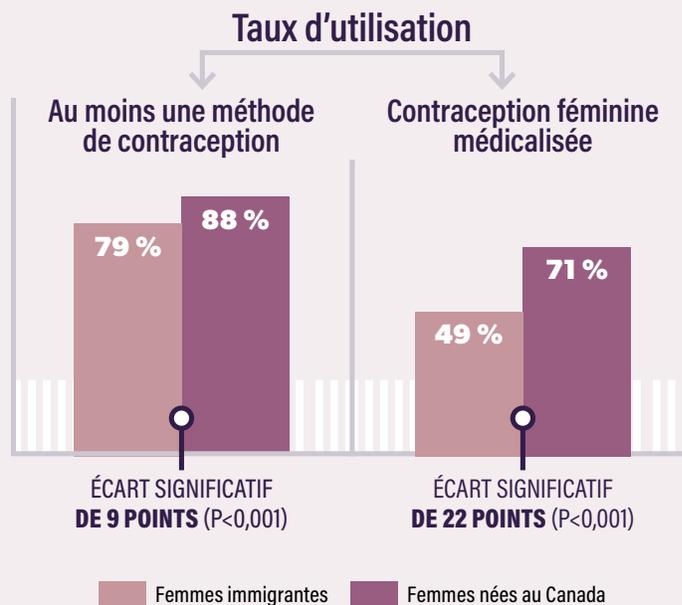
Ceci regroupe les femmes utilisant la pilule, le stérilet ou la ligature des trompes (en association avec d'autres méthodes ou pas, comme le condom). Celles-ci sont plus favorables à l'autonomie procréative des femmes, compte tenu de leur plus grande efficacité et du fait que leur utilisation ne dépend pas du partenaire.

Méthodologie

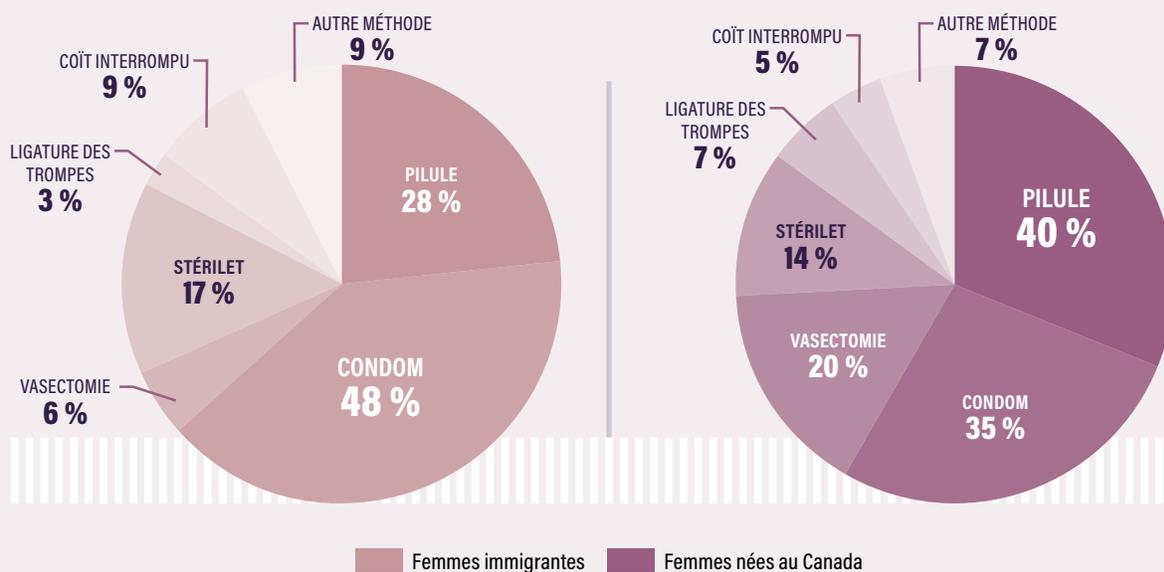
Nous avons analysé les données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* afin de mieux connaître les pratiques contraceptives des femmes qui vivent au Québec. **9 511 femmes de 15 à 49 ans ont participé à cette enquête.**

Cette enquête comprend un échantillon total de 45 760 personnes, et est représentative de 98,8 % de la population du Québec : elle a visé la population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec, en excluant les personnes résidant dans les réserves indiennes et dans la région sociosanitaire du Nunavik (réf. 1). Nous avons utilisé les plus récentes données disponibles (2014-2015).

Ce projet de recherche a été financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.



Taux d'utilisation des différentes méthodes contraceptives*



→ De manière plus précise, on observe que :

- les Québécoises nées au Canada ont plus souvent recours à la pilule (40 % vs. 28 % pour les néo-Québécoises) et à la vasectomie de leur partenaire (20 % vs. 6 %),
- les néo-Québécoises utilisent plus fréquemment le condom (48 % vs. 35 % pour les femmes nées ici).

* Certaines femmes combinent plusieurs méthodes (pilule et condom, le plus souvent), c'est pourquoi les taux d'utilisation additionnés représentent plus que 100 %.

Comment peut-on expliquer ces différences ?

La moindre utilisation par les femmes immigrantes de méthodes nécessitant de recourir au système de santé peut être reliée à plusieurs éléments :



des difficultés d'accès aux soins, de manière générale, sont plus souvent rencontrées par la population née en dehors du Canada (réf. 2 et 3)



une plus grande proportion de femmes immigrantes vit dans **un ménage à faible revenu** (38 % vs. 19 % pour les femmes nées au Canada, réf. 4), ce qui peut faire obstacle à l'utilisation de méthodes contraceptives plus coûteuses

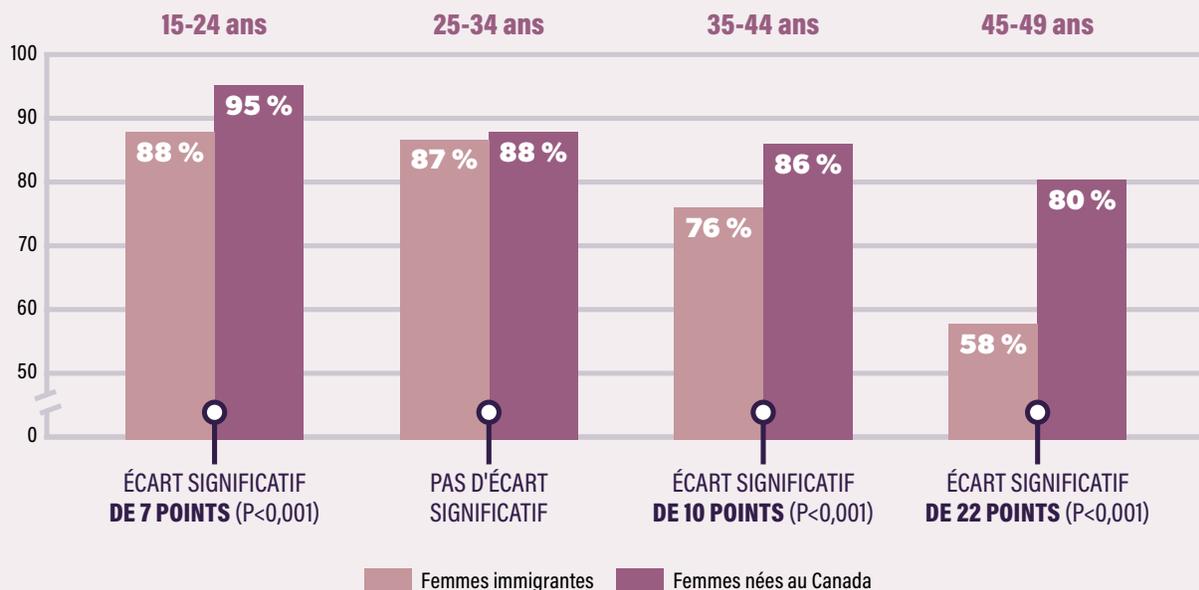


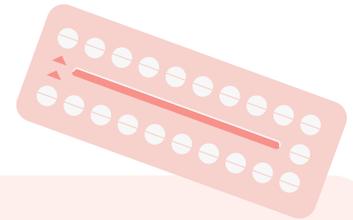
une moins bonne connaissance des méthodes contraceptives a été observée chez les femmes ayant eu un parcours migratoire et celles-ci ont parfois des représentations négatives de la contraception orale (réf. 5)

→ Pour les femmes immigrantes, le niveau de revenu et la tranche d'âge jouent un rôle important:

- Les néo-Québécoises qui ont un **faible revenu** sont **significativement moins susceptibles d'utiliser une contraception** ($p < 0,05$), quel que soit le moyen contraceptif, et **ont significativement moins recours à une contraception féminine médicalisée** ($p < 0,001$) quand elles emploient une méthode de contraception.
- Les Québécoises nées au Canada qui ont une scolarité de niveau DEC ou universitaire ont davantage recours à la contraception que celles n'ayant pas fait d'études supérieures, mais cette différence n'est pas observée chez les néo-Québécoises.
- Les **écarts d'utilisation d'une contraception varient selon la tranche d'âge**: il n'y a pas d'écart significatif entre les femmes immigrantes et celles nées ici dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans, mais les écarts se creusent après 35 ans.

Taux d'utilisation d'une contraception selon l'âge et le statut d'immigration





Points-clés à retenir

- En somme, le fait d'avoir immigré ou pas est un des facteurs les plus déterminants pour les pratiques contraceptives des femmes, puisque nos données montrent que :
- L'accès à la contraception, quelle qu'elle soit, est plus difficile pour les néo-Québécoises.
 - L'accès à la contraception féminine médicalisée est encore plus difficile pour elles. On observe que l'utilisation du condom est privilégiée, or ce moyen contraceptif est moins efficace que les méthodes médicalisées et il dépend de la bonne volonté des partenaires, ce qui peut nuire à l'autonomie des femmes au plan procréatif.
 - Les liens entre les pratiques contraceptives et les caractéristiques d'âge et de niveau de revenu se traduisent différemment si les femmes sont immigrantes.



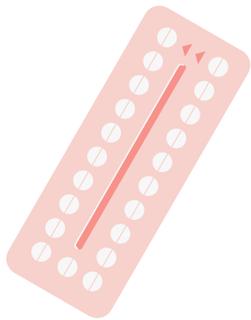
Merci au CREMIS pour son appui à la diffusion des connaissances issues de ce projet.

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE : Gonin, A., Lévesque, S., Zennia, S. et Centre de santé des femmes de Montréal (2023). Comment favoriser l'accès aux soins contraceptifs pour les femmes immigrantes? Fiche-synthèse [En ligne], Montréal, SAC-UQAM. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec>

SOURCE DES DONNÉES : Gonin, A., Lévesque, S., le Centre de santé des femmes de Montréal et Dubois, C. (2023). Pratiques contraceptives selon le statut d'immigration : Une analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec>

Bibliographie

1. Institut de la statistique du Québec en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2016). Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants: Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/guide-specifique-des-aspects-methodologiques-des-donnees-denquetes-sociosanitaires-egsp-2014-2015.pdf>
2. Ministère de la santé du Canada (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada*. Presses officielles du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-full-report-fra.pdf>
3. Na, L., et D. Hample (2016). Psychological pathways from social integration to health : An examination of different demographic groups in Canada. *Social Science & Medicine*, 151, 196-205. DOI: [10.1016/j.socscimed.2016.01.007](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.007)
4. Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (2023). *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>
5. Wiebe, E. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in Canada. *Canadian Family Physician*, 59(10), 451-455. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3796991/>



COMMENT FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS CONTRACEPTIFS POUR LES FEMMES IMMIGRANTES?



Contexte

- Au Québec, **14 % de la population est née à l'étranger** et cette proportion atteint **34 % à Montréal** (réf. 1-2)
- La population d'immigration récente a plus de difficulté à accéder aux soins (réf. 3)
- Ces problèmes se traduisent également en santé reproductive :
 - les femmes immigrantes sont moins susceptibles d'utiliser une contraception
 - elles ont plus de difficultés à accéder aux méthodes contraceptives les plus favorables à l'autonomie procréative (méthodes efficaces dont l'utilisation ne dépend pas du partenaire, pour contrôler sa fécondité), par rapport aux femmes nées ici (réf. 4-5).

Notre projet

Notre projet de recherche visait à mieux comprendre les barrières d'accès aux soins dans les parcours de femmes immigrantes qui souhaitent exercer un contrôle sur leur fécondité.

Dans ce but, 12 entrevues de recherche ont été réalisées avec des néo-Québécoises nées dans les Amériques, en Afrique, en Asie et en Europe, au cours du volet qualitatif de notre recherche.

À partir des résultats obtenus, une réflexion sur l'adaptation des pratiques aux réalités des femmes immigrantes a été menée avec l'équipe du CSFM et des soignantes du réseau public.

Merci au CREMIS pour son appui à la diffusion des connaissances issues de ce projet.

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE: Gonin, A., Zennia, S., Centre de santé des femmes de Montréal (2023). Comment favoriser l'accès aux soins contraceptifs pour les femmes immigrantes? Fiche-synthèse [En ligne], Montréal, SAC-UQAM. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec>.

SOURCE DES DONNÉES: Gonin, A., Lespérance, P., Zennia, S., et le Centre de santé des femmes de Montréal (2023). Accès à la contraception et à l'avortement pour les femmes immigrantes au Québec : quels leviers et obstacles à l'autonomie procréative, du point de vue de néo-Québécoises? Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec: Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec>

Deux questions de recherche complémentaires

Quels sont les **OBSTACLES RENCONTRÉS** par les néo-Québécoises pour accéder aux soins contraceptifs ?

Comment peut-on **FAVORISER L'ACCÈS** à ces soins, pour garantir les droits et la liberté de choix des femmes immigrantes ?

Je suis arrivée au Québec, et là j'avais plus de contraception, parce que j'avais aucune idée de comment m'en procurer... – Mariam

La complexité du système de santé québécois

Il est difficile de "naviguer" au sein du système de santé : les femmes immigrantes ont du mal à trouver de l'information sur les services et sur les modalités pour y accéder.

Je ne sais pas comment je peux voir un médecin, et que ce médecin me prescrive la pilule, sans manquer une journée de travail. – Isabelle

Je n'ai pas franchi le pas, parce que j'aurais aimé qu'il y ait un médecin qui me soit recommandé. – Djamila

Une confiance à établir

Dans un contexte qu'on connaît mal, il est plus difficile de se sentir en confiance. De plus, l'absence de médecin de famille est plus fréquente pour les immigrant·es^(réf. 3), et s'adresser à une nouvelle personne à chaque fois ne favorise pas la confiance.

Si tu n'as pas un médecin de famille, il faut que tu perdes une journée pour aller voir un médecin, pendant 10-15 minutes, complètement impersonnel, souvent désagréable. – Carmen

Des problèmes de disponibilité des services

Il est souvent difficile d'obtenir des soins contraceptifs : pas de rendez-vous possible, temps d'attente, obstacles administratifs...

Au milieu de tout ça, tout d'un coup ma carte RAMQ n'était plus bonne, mais il y avait deux semaines de délai pour un renouvellement... Alors, tout d'un coup, ils m'ont donné une facture deux mille dollars ! – Jenny

1. Accessibilité des soins

On doit donner beaucoup d'informations sur le système de santé. Je les aide à trouver des ressources. – Secrétaire médicale, CSFM

Disponibilité de l'information

Clarté du parcours de soins contraceptifs

Soutien à la littératie en santé sexuelle et reproductive

Il y en a qui arrivent de pays où c'était tabou, la contraception, alors on a tout un enseignement à faire, même au niveau biologique, mais on prend le temps. – Infirmière en CLSC

Il faut des brochures et des outils dans plusieurs langues, avec des images claires et concrètes, c'est un grand besoin. – Infirmière, CSFM

Référence par une personne de confiance

Services répondant aux besoins

Tu vas être inscrite dans une liste, à chaque fois qu'il y a quoi que ce soit, ce médecin-là va être là pour toi. Juste que quelqu'un te dise ça, ok merci, je me sens à l'aise d'aller prendre rendez-vous. – Jenny

2. Acceptabilité

3. Disponibilité

Prise en charge rapide

Prise en compte des contraintes à l'accès (facilité de la prise de rendez-vous, horaires, facilité d'accès du lieu)

Les étapes du parcours de soins identifiées sont issues du modèle de Lévesque et al. (réf. 12)

Les stérilets ne sont pas couverts par certaines assurances donc il faudra les payer, ce qui fait que c'est cher. – Mariam

Le problème c'est que tu ne sais pas quelle pilule prendre... Donc tu prends la marque la plus cheap. – Carmen

✗ L'obstacle du coût de la contraception

Le coût de la méthode oriente souvent les choix contraceptif des femmes immigrantes, qui sont surreprésentées dans les ménages à faible revenu (réf.5),

Or, ceci peut provoquer l'abandon de la méthode, quand le moyen contraceptif utilisé n'est pas celui qui serait souhaité (réf.7).

Tu te sens vraiment seule au monde, parce que c'est pas humain de se faire traiter comme ça. – Mei

J'ai rencontré une médecin à la clinique sans rendez-vous, et j'avais l'impression que je la dérangeais dans sa journée. – Anna

✗ Un manque de temps et d'écoute

Il est mentionné que, trop souvent, les soignantes n'accordent pas le temps et l'écoute nécessaires pour développer une relation de confiance. Or, celle-ci est particulièrement importante pour des soins touchant à la sphère intime de la sexualité.

J'avais le sentiment que je n'avais pas grand choix par rapport à la contraception, c'était du genre « la pilule ou la pilule » – Camille

✗ Des lacunes dans l'information donnée

Le souhait d'être mieux informées sur les différentes méthodes disponibles, avec de plus amples explications sur les diverses options, a été nommé.

✗ Ne pas pouvoir opérer un choix libre et éclairé

Le manque d'informations sur les différentes méthodes se double parfois d'attitudes directives sur la méthode à adopter, ce qui ne permet pas aux femmes de choisir leur contraception.

Elle a dit « je vais vous prescrire le stérilet », ce que je ne voulais pas, et elle me l'a prescrit quand même. – Angèle

4. Abordabilité

On est attentifs à la situation financière des femmes, parfois on donne des stérilets, des fois on paye une partie de l'avortement quand la femme n'a pas sa carte, parfois on prend des ententes de paiement. – Secrétaire médicale, CSFM

- ✓ Remboursement des soins
- ✓ Remboursement ou faible coût des méthodes contraceptives

J'ai jamais rencontré des infirmières aussi gentilles, accueillantes de ma vie, c'était vraiment une belle expérience. – Camille

Ils m'ont vraiment aidé et ils m'ont soutenue, c'était vraiment quelque chose où on te juge pas, où on te dit OK on va t'aider. – Mariam

5. Pertinence des soins

- ✓ Compréhension mutuelle : favoriser une communication de qualité (lever la barrière de la langue, prendre le temps d'échanger)

- ✓ Écoute et lien de confiance : privilégier une approche centrée sur la personne et inspirée de la sécurisation culturelle des soins

- ✓ Information détaillée sur les options contraceptives et dialogue autour des meilleures options au regard des contextes de vie des femmes

La question qui guide ma pratique, c'est : comment faire pour intervenir le mieux possible face à la femme qui est devant moi, pour répondre à ses besoins, pour l'accompagner dans ce qu'elle vit ? – Médecin, CSFM

On a parlé longuement. Elle a montré plusieurs méthodes, on a fait toute une séance comme ça, sur la contraception. – Li Na

C'est mieux de partir de leurs perceptions, à partir de ça on peut bâtir quelque chose de positif. – Infirmière en CLSC

En somme...

La sexualité, c'est multidimensionnel : c'est physique, psychologique, social, politique. Il faut prendre le temps de bien comprendre cette complexité-là, pour faire un bon counseling lié à la contraception. C'est pas facile de choisir une bonne méthode de contraception. – Infirmière en milieu scolaire

Points-clés à retenir

pour favoriser l'autonomie procréative des néo-Québécoises :

→ Au niveau des pratiques de soin :

favoriser la communication, tenir compte des contextes de vie des femmes et prendre le temps de les informer

- Pour tenir compte des préférences et contextes de vie des femmes, une bonne communication est indispensable : il est important lever la barrière de la langue (interprétariat, équipes polyglottes, documentation traduite) et de valider régulièrement la compréhension mutuelle et le consentement.
- Offrir des soins selon une approche centrée sur la personne et inspirée de la sécurisation culturelle ^(réf. 8-10), pour adapter les pratiques et éviter les préjugés :
 - privilégier l'écoute et l'ouverture, pour que les besoins, craintes et contraintes nommés par les femmes soient au centre des soins ;
 - considérer les inégalités sociales déterminant l'accès aux soins (voir ce lien), ainsi que le différentiel de pouvoir dans la relation soignante.
- Prendre le temps de présenter les différentes options et d'identifier la meilleure méthode, en fonction des contextes de vie et préférences des femmes ^(réf. 11).

→ Au niveau organisationnel

et des politiques de santé : améliorer l'accessibilité des soins contraceptifs

- Développer des outils d'information sur les modalités d'accès à un counseling en contraception (outils web, documentation traduite, etc.) et donner des références pour les soins contraceptifs.
- Développer les services publics et communautaires offrant un counseling spécialisé en contraception, adapté aux réalités des néo-Québécoises.

Références

1. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-fra.htm?indid=14428-1&indgeo=5>
2. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/presse/Portrait-Immigration_Montreal.pdf
3. Ministère de la santé du Canada. 2018. *Les principales inégalités en santé au Canada*. Ottawa : Presses officielles du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-sante-canada-sommaire-executif.html>
4. Wiebe, E. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in Canada. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 59(10), 451–455. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3796991/>
5. Gonin, A., Lévesque, S., le Centre de santé des femmes de Montréal et Dubois, C. (2023). Pratiques contraceptives selon le statut d'immigration : Une analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec>
6. Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Lévesque, J.-F., Lecours, C. et M.-E. Tremblay (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec. En ligne : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-l'experience-de-soins-2010-2011-le-medecin-de-famille-et-l'endroit-habituel-de-soins-regard-sur-l'experience-vecue-par-les-quebecois-volume-2.pdf>
7. Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L. et M. Linares-Abad (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive Health*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0071-2>
8. Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). "same same or different?" a review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>
9. Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D. et al. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18, 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003056/>
11. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women, Contraceptive Equity Expert Work Group, and Committee on Ethics (2022). Patient-Centered Contraceptive Counseling: ACOG Committee Statement Number 1. *Obstetrics and gynecology*, 139(2), 350–353. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004659>
12. Lévesque, J. F., Harris, M. F., et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access a health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-927>

CHAPITRE 1

 **Femmes immigrantes et accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative :**
Une recension d'écrits internationale sur l'accessibilité de la contraception

Sabrina Zennia, Audrey Gonin, Paule Lespérance et
le Centre de santé des femmes de Montréal

CHAPITRE 1

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Mise en contexte | 18 |
| Synthèse des connaissances disponibles dans la littérature | 22 |
| 1. Premières étapes du parcours d'accès aux ressources de santé reproductive : perception des besoins et prise de contact | 23 |
| 1.1. La perception des besoins de santé et l'accessibilité des services susceptibles d'y répondre | 23 |
| 1.2. Capacité à chercher des services et acceptabilité des services | 26 |
| 1.3. Capacité à atteindre les services, disponibilité et praticité de l'offre de soin | 28 |
| 2. Enjeux d'accessibilité lors de l'utilisation de services de santé reproductive | 30 |
| 2.1. Abordabilité des services et ressources socio-économiques des femmes immigrantes | 31 |
| 2.2. Pertinence des services au regard des besoins spécifiques des femmes immigrantes | 32 |
| Conclusion | 36 |
| Bibliographie | 38 |

Résumé

Ce premier chapitre synthétise une recension des écrits scientifiques renseignant la question de l'accès à la contraception pour les femmes ayant connu un parcours migratoire, au Canada et à l'international. Plusieurs recherches ont été menées à ce sujet au Canada (en Ontario et Colombie-Britannique), aux États-Unis et en Europe (Belgique, Danemark, Espagne, France, Irlande, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse), mais aucune recherche ne s'est encore penchée sur cette question au Québec. Les connaissances recensées par le biais de ces recherches bibliographiques ont été organisées selon les catégories du modèle d'accès aux soins de Lévesque *et al.* (2013), afin de croiser les observations réalisées dans différents contextes sociaux selon les étapes chronologiques d'un parcours de soins identifiées dans ce modèle.

Mots-clés : contraception, immigration, planification familiale, accès aux soins contraceptifs, santé des femmes.

Référence suggérée : Zennia, S., Gonin, A., Lespérance, P. et le Centre de santé des femmes de Montréal (2023) Femmes immigrantes et accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative : Une recension d'écrits internationale sur l'accessibilité de la contraception. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

« *Accessing family planning services is not only about finding a health service provider, but also about finding an environment that is comfortable and understanding.* » (Newbold et Willinsky, 2009, p. 380)

Mise en contexte

L'intention de mener une recherche sur la question de la planification familiale chez les femmes immigrantes a pris racine au sein du Centre de Santé des femmes de Montréal (CSFM). Son équipe, faisant face à une réalité de plus en plus présente à Montréal et pourtant peu documentée, s'est questionnée quant à l'accès à la santé reproductive pour les femmes immigrantes au Québec et à la manière de l'améliorer, notamment en se formant adéquatement à intervenir auprès de cette population. La santé reproductive, comme droit de « décider librement et en toute responsabilité – sans discrimination, contrainte ou violence – du nombre de ses enfants et de l'espacement de leurs naissances, et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens voulus en la matière » (OMS, 1994), est au cœur des pratiques du CSFM qui s'inscrit, de surcroît, dans une logique d'intervention féministe. C'est donc à partir de cette sensibilité aux réalités spécifiques vécues par les femmes immigrantes et par la volonté d'adapter les pratiques à ces réalités que cette recherche débute.

Tout d'abord, il est notable que le premier constat du CSFM a été corroboré par nos recherches initiales : des études de divers pays du Nord (Suisse, Canada, États-Unis, France, Suède, Danemark, Australie, notamment) arrivent à la conclusion qu'il y a un accès limité aux soins de santé reproductive pour les femmes immigrantes, en particulier celles provenant des pays du Sud (Akerman *et al.*, 2019 ; Alvarez-Nieto *et al.*, 2015 ; Bakhru, 2008 ; Betancourt *et al.*, 2013 ; Bollini *et al.*, 2006 ; Degni *et al.*, 2012 ; Maternowska *et al.*, 2010 ; Mengesha *et al.*, 2017 ; Poncet *et al.*, 2013 ; Ostrach, 2013 ; Schmidt *et al.*, 2018 ; Wiebe, 2013).

Au Canada, plus précisément, une étude de Wiebe (2013), visant à comparer les pratiques contraceptives des femmes immigrantes et non immigrantes, arrive à la conclusion que :

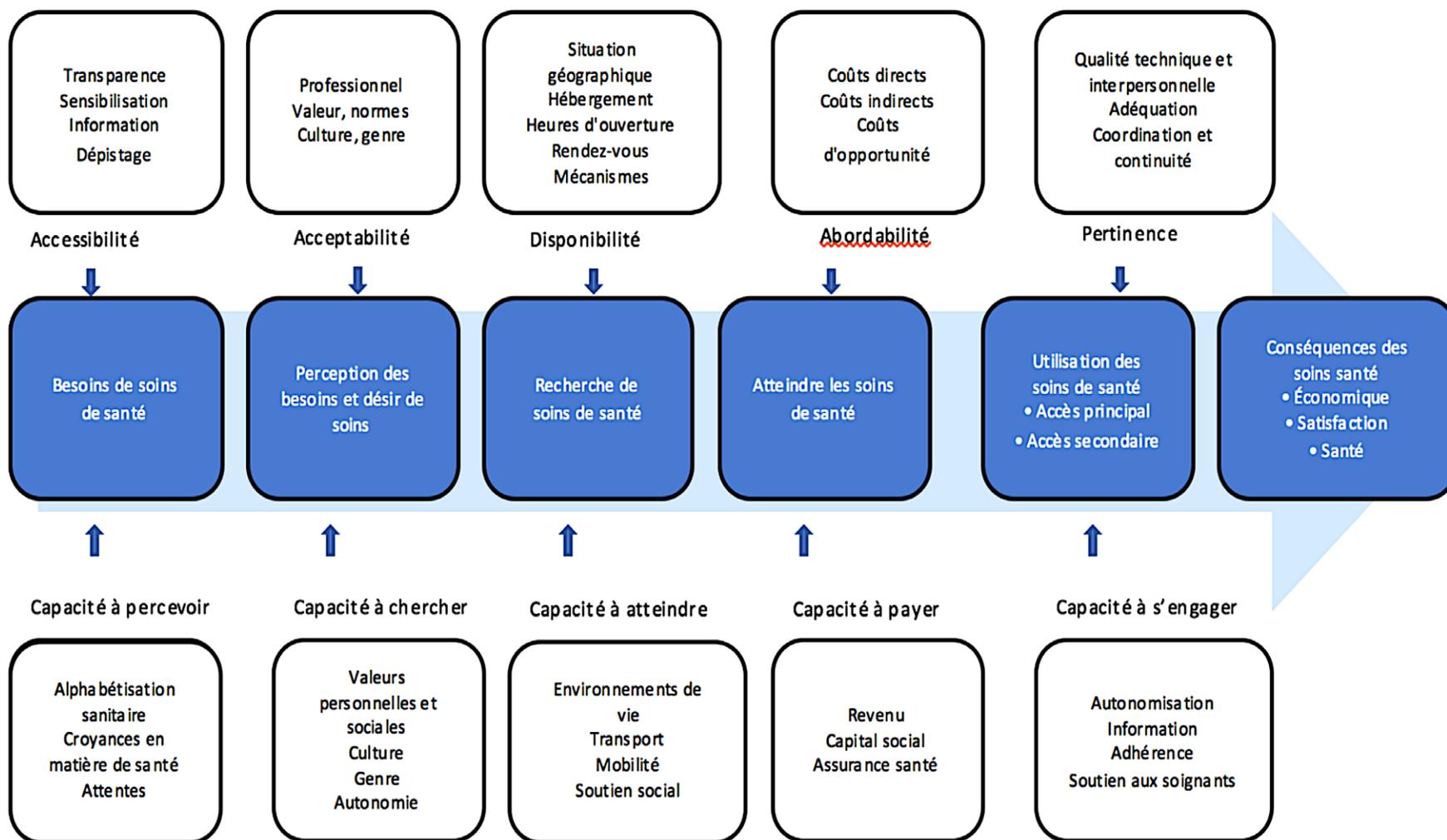
Immigrant women presenting for abortion were less likely to be using hormonal contraception when they got pregnant, had more negative attitudes toward hormonal contraception, and had more difficulties accessing contraception before the abortion than nonimmigrant women had. The length of time spent in Canada was related to use of and attitudes toward contraception— this is likely owing to cultural differences becoming less strong over time. It is natural that living in a new country and using a second language would make access to contraceptives more of a problem. (Wiebe, 2013, p. e455)

Une étude de Aptekman *et al.* (2014) arrive à une conclusion similaire concernant des femmes réfugiées au Canada. Par ailleurs, Du Prey *et al.* (2014) soumettent la proposition, à la suite des résultats d'une étude qui corroborent ces constats, d'améliorer les interventions liées à la contraception en ayant comme priorité d'aborder de manière plus ciblée la sensibilisation à la fécondité, les préoccupations concernant les effets secondaires et l'observance des pratiques contraceptives. Or, comme l'indiquent Bajos *et al.* (2013, p. 32) : « les contextes sociaux et relationnels dans lesquels [les femmes] se trouvent participent à la construction de rapports spécifiques à la contraception ». Dans ce contexte, les comportements et représentations des femmes immigrantes ne sont pas les seuls facteurs qui influencent l'accès à la contraception, car ce dernier est également le fruit du système de santé qui organise l'accès aux ressources de santé reproductive selon des modalités spécifiques (Alvarez-Nieto *et al.*, 2015 ; Newbold et Willinsky, 2009 ; Wiebe, 2013).

À partir de ces constats, notre objectif, dans cette revue de littérature, est de comprendre ce qui favorise ou fait obstacle à l'accès aux méthodes de contrôle des naissances chez les femmes immigrantes. Les textes recensés documentent à la fois les pratiques des femmes et celles des institutions du système de santé, et plus largement, des institutions du pays d'accueil. Pour ce faire, nous avons classé notre revue de littérature en larges catégories empruntées au modèle que Lévesque *et al.* (2013) proposent : ce modèle permet d'analyser l'accès aux soins en y intégrant à la fois les facteurs qui relèvent des institutions de santé et des soignant·es et ceux relevant des patientes. Pour Lévesque *et al.* (2013), l'accès aux soins résulte à la fois de la capacité des personnes ayant des besoins de santé à chercher, à trouver et à payer les services (entre autres), et à la fois de la capacité des institutions de santé à offrir ces services de manière appropriée, accessible et abordable. De cette interaction dépendra le parcours de soins, ainsi que ses retombées à moyen et long terme. Ainsi, le modèle proposé par Lévesque et ses collègues (2013) permet, en intégrant ces différents éléments, d'intégrer les divers déterminants de l'accès aux soins dans un cadre d'analyse qui comprend toutes les étapes de l'obtention des services : de la perception des besoins de santé qui initie la recherche de services, en passant par l'accessibilité de l'information, jusqu'à l'adéquation des services et leurs retombées.

En somme, ce modèle permet de prendre en compte un grand nombre de facteurs déterminant l'accès aux soins. La portion supérieure du schéma s'attache aux caractéristiques du système de soins influençant l'accès aux ressources de santé : l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, la praticité, l'abordabilité et la pertinence des services. Dans la portion inférieure du schéma, on a les dimensions liées aux caractéristiques des personnes ayant des besoins de santé : la capacité de percevoir ses besoins de santé, à chercher des services, la possibilité d'accéder aux services, la capacité à payer et l'implication dans le parcours de soin. Par l'étendue des différents facteurs que ce modèle mobilise dans sa compréhension de l'accès aux soins, il nous sera possible d'intégrer l'ensemble de la littérature consultée sur notre sujet – l'accès des femmes immigrantes aux méthodes de contrôle des naissances –, tout en révélant les pans qui restent à explorer.

Figure 1 : Modèle d'accès aux soins de Lévesque *et al.* (2013) traduit par Pilabré (2018, p.18)



Avant de débiter la présentation des connaissances que nous avons recensées, il est utile de situer que, même si nous mobilisons un modèle relatif à l'accès aux soins, les enjeux procréatifs ne peuvent être réduits à des questions de santé. Les stratégies visant à contrôler la fécondité dépassent en effet le cadre médical, puisque le condom ou la méthode du calendrier, entre autres stratégies ne requérant pas l'utilisation de services de santé, sont régulièrement utilisées par les femmes. Toutefois, ces méthodes conduisent régulièrement à des échecs contraceptifs (Black *et al.*, 2009 ; Wiebe, 2013). C'est pourquoi l'accès aux services de santé, qui donnent accès à des méthodes contraceptives plus efficaces (contraception hormonale, stérilet, vasectomie, ligature des trompes – cf. Black *et al.*, 2015, et Haute autorité de santé, 2013), est un enjeu important pour l'autodétermination des femmes au plan procréatif. Cette recherche s'intéresse donc à l'accès aux ressources de santé – c'est-à-dire aux méthodes de contraception fiables et aux services permettant de les obtenir – dans l'optique d'explorer les enjeux d'équité de cet accès pour les femmes immigrantes qui souhaitent exercer un contrôle sur leur fécondité, en vue d'éviter des naissances non planifiées. Ainsi, notre recherche vise à capter les principaux aspects de ce modèle qui jouent un rôle dans la mobilisation de ressources de santé en vue du contrôle des naissances, compte tenu du fait que ces ressources ont eu un rôle fondamental, depuis leur émergence, dans l'autonomie procréative des femmes. Nous examinerons plus particulièrement les études concernant la contraception, qui est le focus de notre recherche, mais rendrons parfois compte de recherches portant plus largement sur l'accès à la santé reproductive, car celles-ci renseignent sur le parcours d'accès aux soins des femmes immigrantes de manière plus large.

Synthèse des connaissances disponibles dans la littérature

Pour élaborer cette revue de littérature, nous avons commencé par faire une liste de plusieurs mots-clés afin de faciliter nos recherches. Nous avons donc couplé ces deux grandes familles de manière variée : (1) santé reproductive, planning familial, planification familiale, planification des naissances, contraception, avortement, santé génésique et (2) immigrantes (immig*), migrantes, nouvelles arrivantes, réfugiées, exilées, expatriées. Nous avons également utilisé ces mots clés dans leur traduction anglaise afin d'élargir nos recherches à la littérature anglophone. Nous avons effectué nos recherches sur les bases de données suivantes : Annotated bibliography of Canadian demographic, Cairn, Canadian periodicals index quarterly, Érudit, Familia, Google Scholar, International bibliography of the social sciences, Journal of obstetrics and gynaecology Canada, JStor, MigrInterNet, Persée, ProQuest, PsychNet, PubMed, Revue.org, Scopus, Sociological abstracts, Taylor

and Francis online. Nous avons également utilisé le catalogue de la Bibliothèque de l'UQAM, les publications gouvernementales de la Bibliothèque et archives nationales du Québec, le Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine et la Banque sur la recherche sociale et en santé. Enfin, nous avons récupéré des références dans les bibliographies de certains articles, ainsi que par l'usage de la fonction « cité dans » de Google Scholar et de certaines bases de données.

La première section de la revue de littérature répertorie les études qui renseignent le parcours d'accès aux ressources en matière de planification familiale des femmes immigrantes, avant qu'elles aient franchi le seuil d'organismes offrant des services susceptibles de répondre à leurs besoins. Dans un second temps, nous aborderons les enjeux d'accès aux soins liés aux caractéristiques et au déroulement des services, en commençant par examiner les connaissances disponibles sur l'aspect de l'accessibilité financière, pour ensuite se pencher sur l'adéquation des services au regard des besoins spécifiques des femmes immigrantes. Au fil du texte, nous organiserons la présentation des recherches examinées en faisant d'abord état des études effectuées dans un contexte canadien, lorsque des travaux de recherche sont disponibles, et mettrons ensuite en évidence les études effectuées dans d'autres pays. Ceci nous permettra d'établir un état des lieux des connaissances disponibles en contexte canadien, puis de les comparer aux recherches menées dans des contextes relativement similaires à ceux du Québec et du Canada, sur le plan de l'immigration et de leur système de santé (i.e pays européens et États-Unis). Par ailleurs, les études réalisées à l'international permettront de montrer les zones d'ombres à éclairer concernant le Québec et le Canada, ainsi que de formuler des hypothèses.

1. Premières étapes du parcours d'accès aux ressources de santé reproductive : perception des besoins et prise de contact

1.1. La perception des besoins de santé et l'accessibilité des services susceptibles d'y répondre

→ Facteurs influençant la capacité à percevoir ses besoins en santé reproductive

L'accès aux ressources de santé reproductive dépend de plusieurs facteurs. Parmi ceux-ci, notons tout d'abord la capacité des femmes à percevoir leurs besoins de santé. Cet élément est considéré comme le point de départ d'un parcours de soins. Toutefois, cet

élément est lui-même influencé par les représentations de la santé reproductive, mais aussi par la littératie en santé. Ainsi, la capacité à percevoir ses besoins de santé est une caractéristique des femmes, mais celle-ci est fonction des opportunités de recevoir des informations et donc du contexte social dans lequel les femmes évoluent (campagnes de santé publique, éducation à la santé en milieu scolaire, etc.).

Cette première dimension du modèle de Lévesque est renseignée par trois recherches qui ont été menées au Canada (Newbold et Willinsky, 2009 ; Wiebe *et al.*, 2006 ; Wiebe, 2013). Les professionnel·les de la santé interviewé·es par Newbold et Willinsky (2009) estiment qu'il y a un manque de connaissances, voire des idées fausses, quant à la santé reproductive chez certaines femmes immigrantes. De manière convergente, la recherche menée par Wiebe en 2013 pointe un écart important concernant le fait de déclarer manquer d'information sur les méthodes contraceptives (29,5% pour les femmes immigrantes contre 5,9% pour les femmes nées au Canada, dans l'échantillon de 999 femmes ayant répondu à un questionnaire rempli lors d'une consultation dans une clinique d'avortement). Cette recherche montre également que les femmes immigrantes ont davantage de craintes concernant la dangerosité de la contraception hormonale, surtout pour les femmes arrivées au Canada depuis moins de 5 ans : 67,7% de ces femmes ont des craintes contre 51,6% chez les femmes nées au Canada. Ceci se rattache, en partie, au manque d'informations pointé précédemment. Or, Wiebe (2013) note que les représentations et connaissances concernant la contraception sont fortement liées aux pratiques : les femmes immigrantes avaient moins d'expérience avec la contraception hormonale que les femmes nées au Canada (60,2% vs. 92,9%). Dans une étude portant sur les immigrantes coréennes au Canada, Wiebe *et al.* (2006) ont par ailleurs documenté de manière qualitative le manque de confiance de ces dernières quant aux méthodes de contraceptions hormonales.

Plusieurs études effectuées dans des pays divers montrent que ce manque de littéracie en santé sexuelle et reproductive est observé dans d'autres contextes – Espagne, États-Unis, Australie, Suède, Suisse, notamment (Akerman *et al.*, 2019 ; Craig *et al.*, 2014 ; Ilami et Winter, 2020 ; Mengesha *et al.*, 2017 ; Ostrach, 2013 ; Parrot, 1998 ; Schmidt *et al.*, 2018 ; White *et al.*, 2017). Des enjeux similaires sont relevés dans plusieurs études menées aux États-Unis et en Europe (Betancourt *et al.*, 2013 ; Bollini *et al.*, 2006 ; Dias *et al.*, 2010 ; Larsson *et al.*, 2016 ; Rasch *et al.*, 2007 ; Raben et Van Den Muijsenbergh, 2018) : on y évoque alors un manque de connaissances concernant les méthodes contraceptives, comparativement aux femmes non immigrantes, ainsi que davantage de craintes concernant les effets secondaires de la contraception hormonale. Lorsque les femmes ne sont pas suffisamment informées quant à la santé reproductive, des études montrent qu'elles se renseignent à partir de blogues de leur pays d'origine (Dolan *et al.*, 2021), sur internet de manière générale (Schmidt *et al.*, 2018) et auprès d'autres femmes (Gele *et al.*,

2020 ; White *et al.*, 2017). Ainsi, elles ne reçoivent pas nécessairement l'information de la part de professionnel·les de la santé, ce qui constitue un obstacle au fait d'obtenir des informations basées sur l'état actuel des connaissances en matière de contraception.

→ Quels obstacles à l'accessibilité des ressources de santé reproductive pour les femmes immigrantes?

Selon Lévesque *et al.* (2013), des services accessibles (*approachability*) correspondent à des services ayant une visibilité pour la population à laquelle ils s'adressent : leur existence, leur pertinence et leur disponibilité doivent être suffisamment connues du public afin que celui-ci puisse faire des démarches de sollicitation des services.

Wiebe (2013) note que, dans l'étude qu'elle a réalisée au Canada, les femmes immigrantes déclarent davantage avoir des difficultés à obtenir une méthode contraceptive par rapport aux femmes nées au Canada (24,8% vs. 15,3%). Les principales causes de ces difficultés sont, pour les femmes immigrantes, le manque d'informations sur la contraception mais aussi sur les moyens de l'obtenir (2013). Dans l'étude qualitative effectuée auprès des femmes immigrantes d'origine coréenne au Canada, les personnes interviewées nomment également avoir de la difficulté à obtenir de l'information concernant la contraception (Wiebe *et al.*, 2006). Dans le même sens, la recherche menée par Hulme *et al.* (2015, p. 58) met en avant que, selon des fournisseurs de services de santé et des responsables d'organismes communautaires canadiens, les nouvelles immigrantes devraient être mieux informées sur le plan de la santé reproductive et des services disponibles : « *Informants also highlighted the lack of tailored, culturally relevant outreach to new immigrants* ».

Au niveau international, deux études réalisées en Australie (Ilami et Winter, 2020; Mengesha *et al.*, 2017) soulignent que le manque de familiarité avec le système de santé a un impact sur la capacité des femmes immigrantes à naviguer dans les différents départements de soins et à accéder aux services de soins de santé reproductive. La recherche menée en Suède par Akerman *et al.* montre que « *one-third of immigrant women reported lack of knowledge of where to go for contraceptive counselling* » (2019, p. 67). Les principales dimensions associées à ce manque de connaissances sont le fait d'avoir immigré récemment (moins de 2 ans), de manquer de soutien émotionnel dans son entourage, de ne pas avoir d'enfants de moins de 18 ans, et de ne jamais avoir eu d'examen de santé (2019, p. 68). Schmidt *et al.* (2018) constatent pour leur part que les femmes vont consulter si elles rencontrent un problème précis (grossesse non planifiée, par exemple), mais rencontrent des difficultés d'accès à des soins de santé en matière de santé reproductive.

Le manque d'information traduite en plusieurs langues contribue, selon Mengesha *et al.* (2017), à ces difficultés d'accès. En ce sens, de nombreuses études montrent que la barrière linguistique a une incidence sur les premières étapes du parcours d'accès aux services de santé reproductive (Bakhru, 2008 ; Bollini *et al.*, 2006 ; Degni *et al.*, 2012 ; Gele *et al.*, 2020 ; Ilami et Winter, 2020 ; Keygnaert *et al.*, 2014 ; Mengesha *et al.*, 2018 ; Mengesha *et al.*, 2018b) : ceci s'explique par le fait que les services d'interprétariat ne sont pas toujours connus et que l'information sur les services de santé reproductive n'est souvent pas traduite en plusieurs langues, notamment. Un autre point relevé, en Australie, est le manque d'informations en ligne fiables sur la santé reproductive, compte tenu du fait que le web est l'une des modalités privilégiées de recherche d'information (Ilami et Winter, 2020). Les femmes interrogées aimeraient ainsi pouvoir disposer d'un site gouvernemental assurant une information de qualité en santé sexuelle et reproductive.

1.2. Capacité à chercher des services et acceptabilité des services

→ La capacité des femmes immigrantes à chercher des services, au regard de leurs motivations et attentes

La capacité à chercher des services est influencée par le degré d'autonomie dans la réalisation de démarches, mais aussi par les attentes (représentations des soins, connaissance des options disponibles et de leurs droits). Les valeurs des femmes et les normes sociales dominantes des milieux dans lesquels elles évoluent jouent également un rôle au niveau de la motivation à obtenir des services. À titre d'exemple, la forte pression de l'entourage pour mettre fin à une grossesse peut contribuer à motiver l'obtention d'un avortement ou, *a contrario*, le stigma associé à la prise de contraception hormonale peut faire obstacle à la volonté d'obtenir un moyen fiable d'éviter des grossesses.

En premier lieu, une recherche de Metusela et ses collaborateurs (2017) étudiant le contexte canadien et australien en matière de parcours contraceptif révèle que les femmes immigrantes ne considèrent pas la santé reproductive comme une priorité lors de leur installation. En effet, pressées par des impératifs économiques, elles priorisent les besoins immédiats tels que se trouver un logement et un travail au détriment de leurs besoins de santé reproductifs. Maticka-Tyndale *et al.* (2007) montrent par ailleurs qu'une certaine gêne et un inconfort à parler des questions sexuelles, pour les femmes iraniennes du Canada qu'elles ont interviewées, peut faire obstacle à la consultation d'un-e professionnel-le quant à la santé reproductive. Ce constat est corroboré par d'autres études auprès de femmes provenant de pays du Sud s'installant en Europe ou aux États-Unis (Frost *et al.*, 2016 ; Turki *et al.*, 2002 ; Ilami et Winter, 2020 ; Quelopana et Alcade, 2014).

Dans le même ordre d'idées, une étude de Wiebe *et al.* (2002) sur les femmes immigrantes d'origine chinoise au Canada met en avant que les normes culturelles du pays d'origine peuvent influencer la volonté de recourir, ou non, à la contraception. Par exemple, certaines femmes interviewées relèvent qu'elles n'utilisent pas la contraception de peur que ce soit su de leurs compatriotes. Cette inquiétude serait modelée par une norme culturelle chinoise voulant que seules « les mauvaises filles » aient recours à la contraception. Dans la même veine, une étude suédoise menée par Larsson *et al.* (2016) ayant pour objet les femmes immigrantes et leur rapport à la contraception montre que les femmes souhaitent parfois utiliser des contraceptifs qui se prennent discrètement, de peur que ce soit su par les compatriotes. Une autre recherche menée en Suède (Akerman *et al.*, 2019, p. 67) met en avant que « *one-quarter of the women perceived that their own culture keeps them back from using contraceptive, confirming the role of culture and personal values* ».

Par ailleurs, des études en Europe et aux États-Unis nous éclairent sur le rôle que joue la dynamique d'acculturation et d'adaptation des immigrantes dans leurs parcours contraceptifs. En effet, il est noté que plus le taux d'acculturation est élevé, plus le taux d'utilisation de la contraception est élevé (Cyrus *et al.*, 2016 ; Dias *et al.*, 2010 ; Gonzalez *et al.*, 2010 ; Venkat *et al.*, 2008). Ceci tend à montrer que les femmes sont davantage influencées par les normes du pays d'origine dans les premières années, puis s'acculturent ensuite aux valeurs, aux représentations, aux croyances et aux comportements du pays d'accueil (Alvarez-Nieto *et al.*, 2015). Au-delà de la dynamique culturelle, une étude sur les immigrantes mexicaines en Californie note que ces changements vont également suivre leur adaptation à leur nouvelle réalité socioéconomique : leur emploi, leur accès à l'éducation, leur accès à un logement adéquat vont modifier leurs pratiques contraceptives (Maternowska *et al.*, 2010). Il faut donc se garder d'expliquer uniquement les conduites des femmes sous un angle interculturel, car d'autres déterminants influencent les conduites contraceptives.

→ L'acceptabilité des services offerts au sein du système de santé et de services sociaux

L'acceptabilité des services correspond au fait que ces services soient perçus comme appropriés, c'est-à-dire comme adaptés aux besoins et aux particularités de la personne souhaitant utiliser ces ressources. Or, Ostrach (2013) observe, dans une recension d'écrits internationale, que la crainte de vivre des discriminations peut faire obstacle à l'usage de soins de santé reproductive chez les femmes immigrantes. Des travaux menés en Suisse pointent également que le fait de vivre au quotidien de la

discrimination ou de l'exploitation génère chez les femmes le risque de développer une perception négative des systèmes de soin, qu'elles penseront être peu sensibles à leurs besoins et réalités (Bollini *et al.*, 2006).

D'une manière plus générale, le sentiment d'être l'objet de racisme ou de préjugés, à la suite des expériences discriminatoires que peuvent vivre les personnes migrantes, a un impact sur l'accès aux soins de santé (Bollini *et al.*, 2006 ; Keygnaert *et al.*, 2014 ; Lonergan, 2012). Pour Keygnaert *et al.* (2014), dans une recherche menée aux Pays-Bas, les discours négatifs sur les migrant-es (perçu-es comme menace aux droits sociaux et aux services de santé) ont pour impact, d'une part, de nourrir des stéréotypes qui peuvent induire des préjugés ou pratiques discriminatoires de la part des équipes soignantes. D'autre part, cela peut entraîner une intériorisation de ce discours de la part des migrant-es qui, craignant d'être vu-es comme profiteurs en utilisant « trop » les ressources de santé, les évitent. Dans ce contexte, il est utile de relever les résultats de l'étude de Vanthuynne *et al.* (2013), menée au Canada : celle-ci met en évidence que l'accès aux soins des personnes demandeuses d'asile est régulièrement perçu comme un « privilège », et non un droit, par les soignant-es qui ont participé à cette recherche menée à Montréal.

1.3. Capacité à atteindre les services, disponibilité et praticité de l'offre de soin

→ La capacité à atteindre les services en contexte de parcours migratoire

Dans un troisième temps, l'accès aux soins dépend, du côté des femmes, de leur capacité à effectivement accéder aux services qu'elles souhaitent obtenir. Il s'agit ici, par exemple, d'obstacles tels qu'un manque de disponibilité pour des rendez-vous médicaux (horaire de travail peu compatibles ou enjeux de garde d'enfants), ou au contraire de leviers tels que le support de l'entourage, qui facilite souvent l'utilisation des services (accompagnement à des rendez-vous, soutien moral pour la démarche...).

Tout d'abord, rappelons les résultats de l'étude menée par Wiebe (2013) mettant en évidence des écarts importants entre les femmes immigrantes et les femmes nées au Canada pour obtenir une contraception (24,8% des femmes immigrantes déclarent avoir rencontré des problèmes, contre 15,3% chez les femmes nées au Canada). Ceci s'explique également par le fait que, même en ayant identifié les services souhaités, il n'est pas toujours facile d'y accéder.

La recension d'écrits internationale réalisée par Ostrach (2013) met en avant que les femmes immigrantes ont davantage de difficultés à « naviguer » dans le système de

santé pour obtenir des soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive, que ce soit au Danemark, en Irlande, en Italie, en France, aux Pays-Bas, en Suède, ou aux États-Unis. Il s'agit donc d'un constat assez généralisé. Parmi les barrières d'accès relevées, sont mentionnés un réseau social limité (réseau insuffisant pour faire garder ses enfants par exemple), un partenaire peu disponible ou encore des difficultés pour se déplacer à la clinique (Bakhru, 2008 ; Dias *et al.*, 2010 ; Ostrach, 2013). Dans sa recension internationale, Ostrach (2013) note que les femmes immigrantes cumulent les barrières d'accès à la santé reproductive, en travaillant dans des milieux atypiques et à des horaires qui ne correspondent pas aux heures d'ouverture habituelles des cliniques, ce qui agit comme obstacle.

→ Disponibilité des services

Du côté du système de santé, le parcours d'accès aux soins est par ailleurs tributaire de la facilité, ou pas, à obtenir un rendez-vous – les délais ou certaines démarches administratives à effectuer venant complexifier le processus d'accès aux soins.

Au Canada, on relève une longue période d'attente avant de trouver un médecin de famille et les difficultés qui l'accompagnent, mais aussi la nécessité de passer par ce dernier afin d'avoir une référence pour un médecin spécialiste pour certains soins de santé reproductive (Machado *et al.* 2021 ; Maticka-Tyndale *et al.*, 2007). Or, des études menées aux États-Unis (Alvarez-Nieto *et al.*, 2015) et en Australie (Mengesha *et al.*, 2017) révèlent que l'attente avant de voir un médecin peut entraîner un échec contraceptif. De plus, la dimension bureaucratique du système de santé peut constituer un obstacle : en effet, la nécessité d'avoir certains papiers pour accéder aux soins (preuves de résidences, assurances) limite l'accès aux personnes migrantes dont le statut est reconnu par l'État (Bollini *et al.*, 2006).

À cet égard, le modèle de Lévesque *et al.* (2013) ne mentionne pas les obstacles institutionnels et légaux qui limitent l'accès aux soins⁵ dans cette catégorie qui concerne la disponibilité des services. Considérant leur importance pour la population qui est au cœur de notre recherche, il nous semble important d'en faire état dans cette étape du parcours de soins. Au Canada, Machado *et al.* (2021) arrivent à la conclusion qu'il y a des

5 À titre d'exemple, on peut penser au délai de carence de trois mois qui conduit à ce que les résidentes permanentes nouvellement arrivées au Québec n'aient pas droit à des remboursements par la Régie de l'assurance maladie du Québec quand elles ont une consultation médicale pour obtenir une contraception telle que la pilule ou le stérilet.

barrières additionnelles à l'accès aux soins de santé reproductifs selon le statut migratoire de la femme. Ainsi, les femmes demandeuses d'asile connaissent des barrières d'accès supplémentaires lorsque comparées aux femmes résidentes permanentes, la situation étant encore plus problématique pour les femmes sans statut qui n'ont droit à aucune prise en charge (Machado *et al.*, 2021). Cela est également corroboré par une étude effectuée en Australie par Mengesha *et al.* (2017). D'autres recherches montrent qu'il peut y avoir une peur d'utiliser les services de santé et de se voir dénoncées et déportées (Bollini *et al.*, 2006, pour le contexte Suisse ; Shoevers *et al.*, 2010, pour le contexte néerlandais), chez les femmes sans statut. L'étude de Keygnaert *et al.*, menée en Belgique et aux Pays-bas, montre plus globalement que la situation de demandeuse d'asile génère une grande dépendance :

Most respondents felt that given the asylum situation in which they live(d), they were made heavily dependent on formal help of powerful others. They thus could not manage work, financial or asylum issues personally, which was indicated as being very frustrating and causing "relational problems" and "negative emotions". (2014, [61])

2. Enjeux d'accessibilité lors de l'utilisation de services de santé reproductive

Dans cette section, nous ferons état des recherches s'intéressant à l'utilisation des services de santé reproductive : en quoi les caractéristiques des soins (modalités selon lesquels ils sont dispensés, coûts), en relation avec les caractéristiques des femmes immigrantes, contribuent-ils directement ou indirectement⁶ à leur accessibilité ? À ce stade du parcours de soins, qui concerne non plus les étapes préalables à l'obtention des services mais leur déroulement et leurs spécificités, l'interaction entre les caractéristiques des femmes et celles du système de santé est plus étroite et c'est pourquoi nous les discuterons de manière simultanée – tout en conservant les catégories du modèle de Lévesque *et al.* (2013). Nous commencerons par rendre compte des recherches qui abordent les aspects économiques de l'accès aux soins, pour ensuite examiner les études qui portent sur

⁶ Les effets à long terme de l'expérience de soins (par ex, renoncer à fréquenter une clinique parce que les services offerts n'étaient pas adaptés) ou encore le fait qu'un organisme ait une bonne réputation, suite à des expériences positives partagées au sein d'un réseau amical ou familial, peuvent être vus comme des retombées indirectes des services fournis sur l'accessibilité des soins.

l'adéquation des services aux besoins des femmes et sur l'implication dans le parcours de soin du côté des femmes immigrantes.

2.1. Abordabilité des services et ressources socio-économiques des femmes immigrantes

Au Canada, le coût de la contraception est identifié comme l'une des barrières importantes à son utilisation : Wiebe (2013) et Hulme *et al.* (2015) soulèvent dans leurs études respectives le problème de l'accessibilité financière de la contraception. En relation avec ces coûts, le niveau de revenu des femmes immigrantes, qui est inférieur à celui des femmes nées au Canada (Posca, 2016), va avoir une incidence sur l'accès aux contraceptifs.

Cet enjeu a également été relevé dans des études aux États-Unis (Betancourt *et al.*, 2013), en Finlande (Gele *et al.*, 2020) et en Suisse, entre autres (Schmidt *et al.*, 2018 ; White *et al.*, 2017). En effet, une étude de Alvarez-Nieto *et al.* (2015) démontrent que les immigrantes choisissent leur méthode de contraception selon ce qu'elles sont capables de payer, plutôt que selon leur besoin ou préférence. Cette sélection « par dépit » peut entraîner une faible observance et une utilisation intermittente des contraceptifs (Alvarez-Nieto *et al.*, 2015).

Plus largement, une étude menée en France par Poncet *et al.* (2013) met en évidence que le capital culturel, social et économique des femmes influence leur parcours contraceptif. En effet, celles n'étant pas scolarisées et ayant un travail salarié à faible revenu utilisent moins les contraceptifs (pilule, condom, stérilet...), et inversement. Cela est également vrai pour le réseau : en l'absence de liens sociaux (capital social), les femmes ne réussissent pas à obtenir l'information adéquate pour avoir recours à la contraception. Par ailleurs, l'étude de Keygnaert *et al.* menée en Belgique et aux Pays-bas précise que :

Our respondents, and especially the young as well as the female respondents, indicated that their direct environment – preferably friends, parents and siblings –, were one of the first sexual health sources to consider. (2014, [63])

En somme, des études canadiennes – corroborées par des études internationales – démontrent que le revenu, le capital social et culturel, ainsi que les besoins liés à l'installation dans nouveau pays, vont influencer l'accès aux contraceptifs (Helström *et al.*, 2003 ; Ilami et Winter, 2020 ; Mengesha *et al.*, 2018(b) ; Metusela *et al.*, 2017 ; Poncet *et al.*, 2013 ; Raben et Van Den Muijsenbergh, 2018).

2.2. Pertinence des services au regard des besoins spécifiques des femmes immigrantes

Une des barrières d'accès à la contraception la plus répertoriée dans les études examinées est la barrière linguistique, et plus largement les problèmes de communication (déficit de compréhension mutuelle, mauvaise qualité du dialogue) ou au niveau de la relation (manque de confiance, attitudes négatives, préjugés...). Cette section mettra en lumière différents éléments liés à l'adéquation des services expliquant que les femmes immigrantes aient des parcours de soins moins faciles, même en l'absence de problèmes financiers – tel qu'observé en Suisse (Bollini et al, 2006) et en Australie (Mengesha *et al.*, 2018a).

→ Enjeux communicationnels et relationnels

Tout d'abord, nombre de recherches établissent, sans grande surprise, que la barrière de la langue entraîne une difficulté à exprimer ses besoins et à recevoir de l'information adéquate pour les femmes qui ne maîtrisent pas, ou pas très bien, la langue de l'intervenant-e leur apportant des services. Ainsi, la recension d'écrits réalisée par Machado *et al.* (2021) identifie 14 études menées au Canada qui évoquent cet obstacle dans l'obtention de services de santé sexuelle et reproductive. Les répondant-es rencontrés par Newbold et Willinsky (2009) notent que l'interprétariat parfois offert par l'entourage ne suffit pas toujours, car des problèmes de communication peuvent persister. En effet, l'importance d'interprètes professionnelles et formées au langage médical est relevée, faute de quoi le risque de malentendus est présent.

Par ailleurs, des tabous liés à des normes culturelles peuvent nuire à ce que certains besoins en matière de santé reproductives soient nommés, en la présence d'une tierce personne pouvant renforcer la prégnance de normes nuisant au recours à la contraception hormonale, par exemple. Des recherches menées dans d'autres contextes montrent, de plus, que les patientes s'inquiètent parfois de la confidentialité de l'échange en contexte d'interprétariat (Gele *et al.*, 2020 ; Mengesha *et al.*, 2018a). L'accès à un interprète, de plus, nécessite davantage de temps pour l'intervention. Or, dans un contexte canadien, où les interventions ne sont pas payées en fonction du temps passé avec la patiente mais plutôt au nombre de personnes vues, les professionnel·les de la santé ne peuvent offrir un suivi de qualité qu'au détriment de leur rémunération. Cela conduit à ce que certains médecins ne permettent qu'un ou deux motifs de consultation à la fois, soient expéditifs ou « trop occupés » pour parler aux patientes, selon une étude menée au Canada (Maticka-Tyndale *et al.*, 2007). Ceci peut agir comme dissuasif à l'expression des besoins contraceptifs et rejoint un constat opéré aussi en contexte suédois (Larsson *et al.*, 2016).

Plus globalement, de nombreuses recherches internationales appuient le constat que la barrière linguistique a un impact important sur la relation avec le professionnel soignant (Bakhru, 2008 ; Bollini *et al.*, 2006 ; Degni *et al.*, 2012 ; Gele *et al.*, 2020 ; Ilami et Winter, 2020 ; Keygnaert *et al.*, 2014 ; Mengesha *et al.*, 2018 ; Schmidt *et al.*, 2018).

En second lieu, la qualité de la relation est un défi en contexte interculturel, ce qui influence le déroulement des services. Toujours au Canada, l'étude de Newbold et Willinsky (2009) avance que l'effectivité des interventions en santé reproductives dépend du dialogue entre les deux parties. En ce qui concerne la qualité de la relation, la revue de littérature réalisée par Machado *et al.* (2021) identifie que, parmi les obstacles dans l'accès aux soins, certaines ont des expériences négatives lors de la réception de service – en particulier lorsque ces dernières sont racisées :

Sixteen qualitative and quantitative studies identified negative experiences with HCPs [health care practitioners] for racialized im/migrants- notably judgmental attitudes, insensitive care, and violations of privacy and consent [...]. (2021, p. 10)

→ Importance de la prise en compte des contextes de vie et représentations des femmes immigrantes

Des problèmes d'adaptation des interventions des équipes soignantes aux réalités spécifiques des femmes immigrantes sont repérés dans différents travaux de recherche. Ainsi, au Canada, Wiebe (2013) encourage à s'adapter à leurs réalités et à encourager les pratiques contraceptives déjà utilisées (comme le condom ou le retrait, par exemple), compte tenu que certaines femmes peuvent avoir des attitudes négatives vis-à-vis de la contraception hormonale ou du stérilet. L'auteure insiste sur l'importance de bien informer les femmes, dans ce contexte. On peut également mentionner un autre constat fait par Wiebe *et al.* (2006) : des femmes coréennes au Canada visitent le médecin « en famille », ce qui fait en sorte qu'elles n'ont pas l'espace nécessaire pour exprimer leurs besoins contraceptifs. Elle invite ainsi les équipes soignantes à être alerte à ces réalités et à s'y adapter – dans ce cas, par exemple, entrer en contact avec la femme afin de lui offrir un suivi individuel.

En écho à ce qui était avancé lors des premières étapes du parcours de soins, une étude effectuée auprès des Iraniennes au Canada (Maticka-Tyndale *et al.*, 2007) avance que le manque de littératie en santé des patientes iraniennes, associé au manque de compétence interculturelle des médecins a un impact sur le bon déroulement de l'interaction, au regard de la difficulté des femmes à bien comprendre certaines informations données par les médecins :

The lack of mutual cultural literacy between Iranian patients and Canadian physicians left participants with unanswered questions and concerns or answers that were inappropriate to their needs, incomprehensible because they assumed knowledge that the participants did not have, or offensive because they assumed experiences that were taboo or reprehensible in the patients' home culture. (Maticka-Tyndale et al., 2007, p.185)

Dans le même ordre d'idées, l'étude de Newbold et Willinsky (2009), menée en Ontario, met en avant que les intervenant-es réalisent parfois avoir de fausses conceptions concernant les normes culturelles de personnes immigrantes, et de l'incompréhension face à certaines de leurs réactions au cours de la dispensation de soins. Le texte de Parrot (1998), se situant également dans le contexte ontarien, témoigne également de ces préoccupations dans l'intervention infirmière en santé sexuelle.

Cela ne veut pas dire qu'il faut des médecins de la même culture, puisque cette préférence semble dépendre de chaque patient : si certains préfèrent un médecin originaire du même pays, d'autres le redoutent pour des craintes liées à la confidentialité (Machado *et al.*, 2021). Toutefois, un élément est constant dans des études menées dans différents pays (Finlande, États-Unis, Australie, Portugal, notamment) : le manque d'habiletés interculturelles est un obstacle au bon déroulement des soins de santé reproductive (Betancourt *et al.*, 2013 ; Degni *et al.*, 2012 ; Dias *et al.*, 2010 ; Ilami et Winter, 2020 ; Mengesha *et al.*, 2017). Un « manque de compétences culturelles » (Mengesha *et al.*, 2017) peut en effet entraîner un manque de sensibilité aux besoins et réalités spécifiques des femmes immigrantes (Larsson *et al.*, 2016 ; Mengesha *et al.*, 2018b) et ainsi être à l'origine d'une insatisfaction de patientes quant aux services de santé reproductive (Betancourt *et al.*, 2013 ; Schmidt *et al.*, 2018).

S'il est important de prendre en compte les spécificités des contextes de vie et représentations des femmes immigrantes, il s'agit toutefois de ne pas présumer de ces derniers selon l'idée que les intervenant-es se font des pratiques ou valeurs de telle ou telle communauté culturelle. Aux États-Unis, Betancourt *et al.* (2013) identifient dans leur étude sur l'accès aux soins de santé reproductive des femmes immigrantes d'origine Mexicaine dans la ville de New York que les stéréotypes influencent l'intervention – de l'analyse à la prise de décision—, ce qui peut entraîner un traitement discriminatoire. Le stéréotype n'a pas à être « négatif » pour porter préjudice : il peut découler des biais cognitifs de l'équipe soignante, qui peut adopter un regard culturaliste et ethnicisant vis-à-vis de certaines populations et avoir des préjugés entraînant des pratiques mal adaptées à la réalité singulière d'une patiente, comme l'analysent Degni *et al.* (2012), en contexte finlandais.

→ Enjeux d'implication dans les soins, du côté des femmes immigrantes

En ce qui concerne les conduites des femmes immigrantes, des recherches montrent que différents aspects peuvent influencer leur implication dans les soins proposés (adhésion aux soins et observance).

En premier lieu, plusieurs études menées à l'international montrent que les représentations de la contraception ont un impact sur l'observance des femmes (Craig *et al.*, 2014 ; Dias *et al.*, 2010 ; Rasch *et al.*, 2007). Ainsi, des représentations négatives vis-à-vis de la contraception peuvent entraîner une ambivalence quant à son usage ainsi que des changements répétés de méthode (Rasch *et al.*, 2007). Or, dans les intermittences de ces changements, les femmes sont plus à risque de vivre un échec contraceptif. D'autre part, plusieurs études (Dias *et al.*, 2010 ; Matsuda *et al.*, 2017 ; Maternowska *et al.*, 2010 ; Ostrach, 2013 ; Poncet *et al.*, 2013 ; Quelopana et Alcade, 2014 ; Sable *et al.*, 2009 ; White *et al.*, 2017) arrivent à la conclusion que les femmes ont moins de pouvoir dans la négociation de l'usage de contraceptifs quand elles s'inscrivent dans des contextes marqués par des rapports de genre inégalitaires – ce qui n'est toutefois pas à présumer selon l'origine culturelle des femmes. Dans ce type de contextes, les femmes qui incluent leur partenaire dans leur décision sont moins à risque d'échec contraceptif (Craig *et al.*, 2014) ou alors elles peuvent avoir besoin d'utiliser une méthode discrètement.

Un autre aspect influençant l'implication des femmes immigrantes dans les soins est la qualité de la relation établie avec le personnel soignant : celle-ci a un impact sur l'observance et la continuité des soins (Betancourt *et al.*, 2003 ; Ilami et Winter, 2020 ; Mengesha *et al.*, 2017). Nous avons vu précédemment que la barrière de la langue et les obstacles culturels à la compréhension mutuelle ont une influence négative sur la qualité du dialogue, ce qui peut au final nuire à l'adhésion aux soins des femmes immigrantes. À plus long terme, ceci peut les conduire à renoncer à utiliser certains services : par exemple, dans une étude réalisée en Australie, des participantes iraniennes notaient qu'un comportement jugé irrespectueux ou antipathique peut entraîner des insatisfactions qui les portent à éviter de réutiliser des services (Ilami et Winter, 2020).

En somme, l'adéquation des services entre étroitement en interaction avec l'implication des femmes. Dans le cadre de l'étude qu'ils ont réalisé au Canada, Newbold et Willinsky (2009) arrivent à la conclusion qu'un usage continu des contraceptifs est en partie déterminé par cette relation. Plusieurs études concluent donc qu'il est important d'offrir des formations en intervention interculturelle à l'ensemble des équipes soignantes (Mengesha *et al.*, 2018b) et d'axer les interventions sur la singularité et la réalité spécifique des patientes (Raben et Van Den Muijsenbergh, 2018).

Conclusion

Cette revue de la littérature, qui prend en compte tant les facteurs liés au système de santé que les facteurs liés aux femmes immigrantes, met en évidence des obstacles qui se présentent à chaque étape du parcours de soin (Lévesque *et al.*, 2013) pour les femmes souhaitant obtenir des services de santé en vue d'exercer un contrôle sur leur fécondité.

À la première étape, on repère tout d'abord des problématiques d'accessibilité des soins : un manque d'information sur les ressources de santé reproductive existantes et les parcours de soin est relevé en Colombie-Britannique (Wiebe, 2006; Wiebe *et al.*, 2013), et en Ontario (Maticka-Tyndale *et al.*, 2007). À un niveau pancanadien, Hulme *et al.* (2015) font le constat d'un manque de stratégies adaptées pour rejoindre les femmes immigrantes, au niveau des services de planification familiale. La littérature en santé sexuelle et reproductive des femmes est par ailleurs un enjeu régulièrement évoqué en Colombie-Britannique (Wiebe, 2006; Wiebe *et al.*, 2013; Metusela *et al.*, 2017), à l'étape préliminaire de l'identification des besoins de santé.

Ensuite, différents freins au recours aux soins contraceptifs sont observés. À partir d'études qualitatives (Maticka-Tyndale *et al.*, 2007 ; Metusela *et al.*, 2017) et d'une enquête quantitative (Wiebe, 2013) menées dans des provinces canadiennes majoritairement anglophones, les perceptions négatives de méthodes contraceptives hormonales semblent plus fréquentes chez les femmes immigrantes. De plus, un manque de confiance vis-à-vis du système de santé peut conduire à éviter de solliciter des soins de santé sexuelle et reproductive (Machado *et al.*, 2021).

À la troisième étape, des recherches menées à l'international (Alvarez-Nieto *et al.*, 2015, aux États-Unis ; Mengesha *et al.*, 2007, en Australie) pointent que la recherche active de soins de santé peut être freinée par des problèmes de disponibilité des services, au regard de contraintes spécifiques aux femmes immigrantes (se libérer du travail, garde d'enfants, mobilité – Ostracht, 2013). Des obstacles légaux et administratifs – en particulier pour les personnes sans statut ou réfugiées – représentent également des obstacles à surmonter pour certaines femmes (Bollini *et al.*, 2006, Italie).

Les coûts directs et indirects des soins contraceptifs ont été identifiés comme un aspect problématique pour la quatrième étape de l'accès aux soins des femmes immigrantes (Wiebe, 2013 ; Hulme *et al.*, 2015). Cette étape est également marquée par le fait qu'elles ont un soutien social plus restreint, compte tenu d'un parcours migratoire générant davantage d'isolement (Ostracht, 2013).

Finalement, des problématiques spécifiques sont identifiées à l'étape de l'utilisation des soins. En Ontario, une recherche relève que la qualité des soins reçus par les femmes immigrantes peut être altérées par des problèmes de communication (interculturalité ou barrière de la langue), mais aussi par des préjugés (Newbold et Willinsky, 2009). Ces enjeux communicationnels, pouvant se doubler de processus discriminatoires, sont mis en exergue par une recension d'écrits pancanadienne sur les soins en santé sexuelle et reproductive (Machado *et al.*, 2021), au-delà des soins contraceptifs.

Les principaux constats résumés ici montrent que l'accès aux soins contraceptifs est freiné par de nombreux aspects, pour les femmes immigrantes vivant dans d'autres provinces du Canada et à l'international. Cependant, la situation au Québec est peu documentée : seule la recherche pancanadienne de Hulme *et al.* (2015), basée sur des entretiens qualitatifs avec des acteurs du système de santé et services sociaux, a commencé à explorer les barrières d'accès à la planification familiale en contexte d'immigration. Il est donc utile de mieux connaître les réalités vécues par les femmes immigrantes s'étant installées au Québec, en ce qui a trait à leurs parcours d'accès aux soins quand elles cherchent à obtenir des services en vue d'exercer un contrôle sur leur fécondité. D'autre part, très peu de recherches nous renseignent sur les pratiques contraceptives des femmes immigrantes, de manière quantitative, et aucune n'a pour objectif de saisir leurs particularités à partir de données représentatives de la population. Ces deux pistes de recherche ont conduit à mener les phases qualitative et quantitative de notre démarche. Le prochain chapitre présentera les objectifs, la méthodologie et les constats issus d'une étude qualitative menée auprès de femmes immigrantes issues de quatre continents. Le chapitre suivant sera consacré à une analyse détaillée des pratiques contraceptives des femmes immigrantes par rapport aux femmes nées au pays, à partir d'analyses statistiques menée sur des données gouvernementales représentatives de la population du Québec.

Bibliographie

Åkerman, E., Larsson, E. C., Essén, B., et Westerling, R. (2019). A missed opportunity? lack of knowledge about sexual and reproductive health services among immigrant women in Sweden. *Sexual et Reproductive Healthcare*, 19, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.12.005>

Åkerman, E., Larsson, E. C., Essén B., et Westerling, R. (2021). Understanding the needs and use of sexual and reproductive health services among Thai women: a descriptive cross-sectional study in sweden. *Sexual Health*, 18(3), 203–211. <https://doi.org/10.1071/SH20184>

Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L. et Linares-Abad, M. (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive Health*, 12, 1-10. <https://doi:10.1186/s12978-015-0071-2>

Aptekman, M., Rashid, M., Wright, V. et Dunn, S. (2014). Unmet contraceptive needs among refugees. *Canadian Family Physician*, 60(12), 619.

Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A. et Rossier, C. (2013). Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Population*, 68(1), 17-39. <https://doi:10.3917/popu.1301.0017>

Bakhru, T. (2008). Migration, development, and reproductive health: selected experiences of a NGO in Ireland. *Gender and Development*, 16(2), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13552070802120483>

Betancourt, G. S., L. Colarossi et Perez, A. (2013). Factors associated with sexual and reproductive health care by Mexican immigrant women in New York City: a mixed method study. *J Immigr Minor Health*, 15(2), 326-333.

Black, A., Yang, Q., Wen, S.W., Lalonde, A. B., Guilbert, E. et Fisher, W. (2009). Contraceptive Use Among Canadian Women of Reproductive Age: Results of a National Survey. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC*. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34242-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34242-6)

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosh, M., Norman, W. V., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M. S., Whelan, A. M., Special Contributors, Ferguson, C., Fortin, C., Kielly, M., ... Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2015). Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 37(10), 936–942. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30033-0](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30033-0)

Bollini, P., Wanner, P. et SFM Institut (2006). *Santé reproductive des collectivités migrantes : disparités de risques et possibilités d'intervention* [Rapport]. Swiss Forum for Migration and Population Studies. http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,44,4,20070221134902-DB/s_42.pdf

Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

Braun, V., et Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE Publications.

Craig, A. D., Dehlendorf, C., Borrero, S., Harper, C. C., et Rocca, C. H. (2014). Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 24(3), 281–9.

Cyrus, E., E. L. Gollub, M. Jean-Gilles, S. Neptune, V. Pelletier et Devieux, J. (2016). An Exploratory Study of Acculturation and Reproductive Health Among Haitian and Haitian-American Women in Little Haiti, South Florida. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(3), 666-72. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0235-8>

Degni, F., Suominen, S., Essen, B., El Ansari, W. et Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of [corrected] Somali women living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health* 14 (2), 330-43. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9465-6>.

Demazière, D. (2007). Quelles temporalités travaillent les entretiens biographiques rétrospectifs ? *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin De Méthodologie Sociologique*, 93(1), 5–27. <https://doi.org/10.1177/075910630709300103>

Dias, S., Gama, A., et Rocha, C. (2010). Perspectives of African and Brazilian immigrant women on sexual and reproductive health. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*, 15(4), 255-63. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.497232>

Dias, S., Gama, A., et Martins, M. O. (2013). Health status and preventative behaviors of immigrants by gender and origin: a portuguese cross-sectional study. *Nursing et Health Sciences*, 15(3), 309–317. <https://doi.org/10.1111/nhs.12032>

Dolan, H., Li, M., Bateson, D., Thompson, R., Tam, C. W. M., Bonner, C., et Trevena, L. (2021). 'Every medicine is part poison': a qualitative inquiry into the perceptions and experiences of choosing contraceptive methods of migrant Chinese women living in Australia. *BMC women's health*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01226-3>

Du Prey, B., Talavlikar, R., Mangat, R., Freiheit, E. A. et Drummond, N. (2014). Induced abortion and contraception use among immigrant and Canadian-born women in Calgary, Alberta. *Canadian Family Physician*, 60, 455-463.

Frost, M., Cares, A., Gelman, K. et Beam, R. (2016). Accessing sexual and reproductive health care and information: Perspectives and recommendations from young Asian American women. *Sexual et Reproductive Healthcare*, 10, 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.007>

Gele, A. A., Musse, F. K., Shrestha, M., et Qureshi, S. (2020). Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *Plos One*, 15(3), 0229916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229916>

Gonzalez, E. U., M. R. Sable, J. D. Campbell et Dannerbeck, A. (2010). The influence of patriarchal behavior on birth control access and use among recent Hispanic immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12 (4), 551-8. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9272-5>.

Haute autorité de santé (2013). *Efficacité des méthodes contraceptives* [Rapport]. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>

Helström, L., Odland, V., Zätterström, C., Johansson, M., Granath, F., Correia, N. et Ekblom, A. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 31(6), 405-410. <https://doi.org/10.1080/14034940210165181>

Hope, L., Mullis, R., et Gabbert, F. (2013). Who? what? when? using a timeline technique to facilitate recall of a complex event. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 2(1), 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2013.01.002>

Hulme, J., Dunn, S., Guilbert, E., Soon, J., et Norman, W. (2015). Barriers and facilitators to family planning access in Canada. *Healthcare Policy*, 10(3), 48-63.

Ilami, A., et Winter, S. (2020). Iranian Migrants' Lived Experiences of Access to Sexual and Reproductive Healthcare Services in Western Australia: A Conventional Content Analysis. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00478-2>

Keygnaert, I., Roelens, K., Temmerman, M., et Vettenburg, N. (2014). Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Bmc Public Health*, 14(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-416>

Larsson, E. C., Fried, S., Essén, B. et Klingberg-Allvin, M. (2016). Equitable abortion care - A challenge for health care providers. Experiences from abortion care encounters with immigrant women in Stockholm, Sweden. *Sexual et Reproductive Healthcare*, 10, 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.00>

Levesque, J. F., Harris, M. F., et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1), 1-9.

Lonergan, G. (2012). Reproductive Justice and Migrant Women in Great Britain. *Women: A Cultural Review* 23 (1), 26-45. <https://doi.org/10.1080/09574042.2012.644490>

Machado, S., Wiedmeyer, M., Watt, S. et al. (2021). Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008-2018). *Journal of Immigrant and Minority Health*. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w>

Maternowska, C., F. Estrada, L. Campero, C. Herrera, C. D. Brindis et Vostrejs, M. M. (2010). Gender, culture and reproductive decision-making among recent Mexican migrants in California. *Cult Health Sex* 12 (1), 29-43. <https://doi.org/10.1080/13691050903108688>

Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K. R., et Chinichian, M. (2007). Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 183-186. <https://doi.org/10.1007/BF03403709>

Matsuda, Y., Masho, S., Vittner, D. and Ojukwu, E. N. (2017). Immigrant Latino Couples and Postpartum Contraception: Attitudes, Perceptions, and Sexual Decision-Making. *Revista Horizonte de Enfermería*, 28 (2), 4-24. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.28.2.4

Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., Ussher, J., et Smith Fawzi, M. C. (2017). Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: a socio-ecological analysis of health care professional perspectives. *Plos One*, 12(7), 0181421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181421>

Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2018). Talking about sexual and reproductive health through interpreters: the experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 199–205. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.007>

Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., et Ussher, J. (2018a). Preparedness of health care professionals for delivering sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: a mixed methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph15010174>

Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., et Ussher, J. (2018b). Challenges in the provision of sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: a q methodological study of health professional perspectives. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(2), 307–316. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0611-7>

Merry, L., Sicard, V., et Hibbert, N. 2019. Transnationalism and caring for migrant families with young children, *European Journal of Public Health*, 29(Supplement_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.249>

Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R. et Monteiro, M. (2017). "In my culture, we don't know anything about that": Sexual and reproductive health of migrant and refugee women. *International journal of behavioral medicine*, 24(6), 836-845. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3>

Newbold, B. K. et Willinsky, J. (2009). Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perceptions of healthcare providers. *Culture, Health et Sexuality*, 11(4), 369–382. <https://doi.org/10.1080/13691050802710642>

Organisation mondiale de la santé. (s.d.). *Avortement*. Organisation mondiale de la santé [Rapport]. https://www.who.int/fr/health-topics/abortion#tab=tab_1

Organisation mondiale de la santé (2011). *Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile* [Rapport]. https://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_fr_low.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la santé (1994). *Santé, population et développement : résumé d'orientation* [Rapport]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58544>

Ostrach, B. (2013). "yo no sabía..."-immigrant women's use of national health systems for reproductive and abortion care. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(2), 262–72. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9680-9>

Parrot, C. (1998). Le défi des pratiques d'intervention interculturelle dans le champ de la santé sexuelle. *Reflets*, 4(1), 128–139. <https://doi.org/10.7202/026200ar>

Pilabré, F. (2018). *Accès aux soins de santé : expériences de migrants sans assurance maladie à Montréal, Canada* [Mémoire de maîtrise en administration des services de santé, Université de Montréal].

https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22574/Pilabre_Fatimata_2018_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Poncet, L. C., Huang, N., Rei, W., Lin, Y. C. et Chen, C. Y. (2013). Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*, 18 (6), 468-79. <https://doi.org/10.3109/13625187.2013.835394>

Posca, J. (2016). *Portrait du revenu et de l'emploi des personnes immigrantes* [Rapport]. Institut de recherche et d'informations socio-économiques. https://www.fmh.ca/sites/default/files/upload/documents/ine_galite_s_immigration_web.pdf

Quelopana, A. M. et Alcalde, C. (2014). Exploring knowledge, belief and experiences in sexual and reproductive health in immigrant Hispanic women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16 (5), 1001-6. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9807-7>

Raben, L. A., et Van Den Muijsenbergh, M. E. (2018). Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women? a retrospective study in Dutch general practice. *Family practice*, 35(4), 468-474. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz133>

Rasch, V., Knudsen, L. B., Gammeltoft, T., Christensen, J. T., Erenbjerg, M., Christensen, J. J. et Sorensen, J. B. (2007). Contraceptive attitudes and contraceptive failure among women requesting induced abortion in Denmark. *Human Reproductive*, 22(5), 1320-6. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem012>

Sable, M. R., Havig, K., Schwartz, L. R., & Shaw, A. (2009). Hispanic immigrant women talk about family planning. *Affilia*, 24(2), 137-151. <https://doi.org/10.1177/0886109909331693>

Schmidt, N. C., Fargnoli, V., Epiney, M., et Irion, O. (2018). Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive health*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>

Schoevers, M. A., Van den M. M. E., et Lagro-Janssen, A. L. (2010). Illegal female immigrants in the netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 31(4), 256-64. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.528090>

Street, M. C., et INRS-Urbanisation, culture et société (2009). *La fécondité des femmes immigrantes (1980-2006) : une comparaison entre le Québec et le Canada* [Rapport]. Institut national de la recherche scientifique (INRS) - Urbanisation, Culture Société. <https://espace.inrs.ca/id/eprint/5032/1/fecondite.pdf>

Street, M. C. (2015). *La relation entre la migration et la fécondité chez des immigrantes de première génération au Québec* [Thèse de doctorat, Institut national de la recherche scientifique - Centre Urbanisation Culture Société, Département de démographie].

Turki, R., Ferrand, M. et Bajos, N. (2002). Femmes migrantes ou issues de l'immigration maghrébine: un rapport spécifique à la contraception? Dans Bajos, N., Ferrand, M. et GINÉ (dir). *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues* (p.303-336). Inserm.

Vanthuyne, K., Meloni, F., Ruiz-Casares, M., Rousseau C., et Ricard-Guay, A. (2013). Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: health as a right or a privilege? *Social Science et Medicine*, 93, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.008>

Venkat, P., R. Masch, E. Ng, M. Cremer, S. Richman et Arslan, A. (2008). Knowledge and beliefs about contraception in urban Latina women. *Journal of Community Health*, 33(5), 357-62. <https://doi.org/10.1007/s10900-008-9100-1>

White, K., Ocampo, M., Scarinci, I. C. (2017). A socio-ecological approach for examining factors related to contraceptive use among recent latina immigrants in an emerging latino state. *Women and Health*, 57(7), 872–889. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1206056>

Wiebe, E. R., Sent, L., Fong, S. et Chan, J. (2002). Barriers to use of oral contraceptives in ethnic Chinese women presenting for abortion. *Contraception*, 65, 159-163.

Wiebe, E. R., Henderson, A., Choi, J., et Trouton, K. (2006). Ethnic korean women's perceptions about birth control. *Contraception*, 73(6), 623–627. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.02.001>

Wiebe, E. R. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in canada. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 59(10), 451–5.

CHAPITRE 2

→ Accès à la contraception et à l'avortement pour les femmes immigrantes au Québec :

Quels leviers et obstacles à l'autonomie procréative, du point de vue des néo-Québécoises ?

Sabrina Zennia, Audrey Gonin, Paule Lespérance et
le Centre de santé des femmes de Montréal

CHAPITRE 2

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Objectifs de recherche de la phase qualitative | 48 |
| Méthodologie | 50 |
| 1. Stratégie générale de la recherche | 50 |
| 1.1. Stratégie de collecte de données | 50 |
| 1.2. Recrutement et échantillonnage | 51 |
| 1.3. Aspects éthiques | 52 |
| 2. Cadre d'analyse | 53 |
| 2.1. Aspects théoriques du cadre d'analyse | 53 |
| 2.2. Procédure d'analyse | 54 |
| Résultats de la phase qualitative de la recherche | 55 |
| 1. Perception des besoins et prise de contact | 55 |
| 1.1. Capacité à percevoir ses besoins et accessibilité des services susceptibles d'y répondre | 55 |
| → Une importance donnée à l'éducation à la santé sexuelle et reproductive | 55 |
| → Des difficultés d'accès à l'information, variables cependant selon les services | 57 |
| 1.2. Capacité à chercher des services et acceptabilité des services | 58 |
| → La recherche d'information sur Internet et le réseau comme principales stratégies de recherche de services | 58 |
| → La référence d'une personne de l'entourage comme vecteur-clé de l'acceptabilité des services offerts, mais des craintes relatives à l'utilisation de la contraception hormonale | 60 |
| 1.3. Capacité à atteindre les services et disponibilité des services | 62 |
| → Une méconnaissance du système de santé québécois et une complexité pour atteindre les services | 62 |
| → Des problèmes de disponibilité des services largement évoqués | 63 |
| 2. Jeux d'accessibilité dans le déroulement des services | 69 |
| 2.1. Le coût de la contraception : une préoccupation qui influence les choix contraceptifs des femmes | 69 |
| 2.2. Engagement des femmes dans les soins de santé reproductive | 70 |
| → D'importants efforts déployés en vue de contrôler la fécondité | 70 |
| → Obstacles à l'engagement dans les soins | 73 |

CHAPITRE 2

Table des matières (suite)

| | |
|--|-----------|
| 2.3. Perception des soins dispensés au Québec | 75 |
| → Sur le plan relationnel : l'importance de se sentir accueillies et écoutées | 75 |
| → Sur le plan de la compétence : l'importance de bien informer et de conseiller adéquatement | 81 |
| 3. Éléments de contexte périphériques aux parcours de soins | 86 |
| 3.1. Le rôle de l'entourage dans les décisions relatives à la contraception et l'avortement | 86 |
| → Le rôle des partenaires | 87 |
| → Le rôle des parents | 88 |
| → Le rôle des amies | 89 |
| 3.2. Une prise de distance vis-à-vis des normes sexuelles, familiales et de genre | 90 |
| Synthèse des principaux constats | 92 |
| 1. Concernant les premières étapes du parcours de soin | 92 |
| 2. Concernant les étapes de réception des soins | 94 |
| Conclusion | 97 |
| Bibliographie | 99 |

Résumé

Ce second chapitre présente la méthodologie et les résultats issus de la phase qualitative de notre recherche relative à l'accès à la contraception pour les femmes immigrantes du Québec. Il montre que les répondantes voulant obtenir des soins contraceptifs (*counseling*, prescription d'une pilule, pose d'un stérilet, etc.) ont rencontré des difficultés pour y accéder. Ces obstacles sont principalement liés à la méconnaissance du système de santé québécois, à sa complexité et au manque de disponibilité des services. Par ailleurs, les témoignages recueillis montrent que le recours aux soins contraceptifs est également freiné par le manque de lien de confiance. En effet, les néo-Québécoises interrogées ont souligné l'importance de développer un lien de confiance pour aborder les questions intimes liées à l'usage de la contraception. Or ce lien est plus difficile à établir lorsqu'on ne maîtrise pas les codes et manières de faire d'une nouvelle société d'accueil, et par ailleurs des expériences négatives ont affaibli leur confiance et dissuadé certaines d'entre elles de recourir à des soins contraceptifs au Québec. En particulier, l'appréciation de la relation soignante a été affectée par le sentiment d'interventions trop rapides, le manque d'écoute ou de bienveillance, ou encore avoir fait l'objet de préjugés.

Mots-clés : contraception, planification familiale, immigration, accès aux soins au Québec, autonomie procréative.

Référence suggérée : Gonin, A., Lespérance, P., Zennia, S., et le Centre de santé des femmes de Montréal (2023). Accès à la contraception et à l'avortement pour les femmes immigrantes au Québec : quels leviers et obstacles à l'autonomie procréative, du point de vue de néo-Québécoises ? Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

À l'issue de la recension d'écrits présentée dans le premier chapitre du rapport de recherche (Zennia *et al.*, 2023)⁷, ce second chapitre est consacré au volet qualitatif de notre projet. Compte tenu du manque de connaissances disponibles sur les réalités des femmes immigrantes du Québec, en ce qui a trait à l'accès aux soins contraceptifs et à l'avortement, la pertinence de notre projet de recherche s'est confirmée. Il répond à la question suivante : comment mieux connaître les situations et parcours des femmes immigrantes qui souhaitent exercer un contrôle sur leur fécondité ? Dans ce but, la première phase de notre démarche s'est consacrée à une exploration qualitative de trajectoires de néo-Québécoises⁸, concernant la contraception et l'avortement.

Objectifs de recherche de la phase qualitative

Cette recherche s'est donné comme objectif général de décrire les parcours de planification familiale empruntés par des femmes immigrantes vivant à Montréal, afin de mieux comprendre les obstacles et les leviers d'accès à la contraception et à l'avortement pour ces néo-Québécoises. Plus spécifiquement, les objectifs formulés étaient de :

1. Décrire les trajectoires d'accès aux soins de santé reproductive de femmes immigrantes vivant à Montréal, afin d'identifier les éléments facilitateurs et les obstacles se rapportant :
 - aux particularités du système de santé du Québec (impacts des politiques de santé pour ces femmes, relations avec les intervenant-es...);
 - à leurs contextes de vie (spécificités des enjeux de santé reproductive se reliant aux aspects socio-économiques, aux relations avec les partenaires, etc.);
 - aux représentations associées aux moyens de contrôler les naissances (méthodes contraceptives et avortement);
 - aux stratégies qu'elles mettent en œuvre pour effectuer des choix reproductifs.

⁷ Ce chapitre ainsi que l'ensemble des documents issus de cette recherche (résultats de la phase quantitative, discussion d'ensemble des résultats, balado et fiches-synthèse présentant les principales conclusions) peuvent être récupérés en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

⁸ Ce terme permet de désigner les femmes nées à l'étranger qui vivent au Québec après avoir eu un parcours migratoire, et il est donc équivalent au statut d'immigrante dans les enquêtes gouvernementales. Les femmes nées au Canada de parents immigrants, dites de 2^e ou 3^e génération, ne sont pas comprises dans le groupe des femmes immigrantes pour lesquelles nous privilégions ici le terme de néo-Québécoises. Ceci permet de souligner que ces femmes sont partie prenante de la société québécoise au même titre que les Québécoises nées au Canada, quel que soit le statut d'immigration.

2. Dégager les implications de ces connaissances pour l'intervention en santé reproductive auprès de néo-Québécoises, à partir d'une mise en discussion des résultats avec l'équipe du CSFM :
 - au niveau des pratiques développées par les soignant-es et intervenant-es qui accompagnent des femmes immigrantes ;
 - au niveau plus général des politiques de santé et de l'organisation des services, en identifiant des pistes d'actions susceptibles de lever les obstacles relevés par la recherche.

La section suivante s'attarde à décrire la méthodologie mise en œuvre pour atteindre ces objectifs.

Méthodologie

1. Stratégie générale de la recherche

1.1. Stratégie de collecte de données

Afin d'atteindre ces objectifs, nous avons opté pour une méthodologie qualitative : celle-ci permettait en effet d'avoir accès à l'ensemble des éléments qui ont joué un rôle dans les parcours d'accès (ou pas) aux ressources de santé reproductive, du point de vue des premières concernées – les femmes immigrantes. Nous ne voulions pas sélectionner de dimensions à examiner de manière spécifique, *a priori*, pour laisser ouverte l'exploration des différentes dimensions susceptibles d'influencer les parcours de ces néo-Québécoises. Ainsi, des entretiens semi-dirigés consacrés à leurs parcours sur le plan de la planification familiale (méthodes contraceptives et avortement) ont été réalisés. Tant les expériences de soins de santé reproductive reçus au Québec ou dans le pays de naissance, les aspects socio-économiques et contextes de vie des femmes, que leurs représentations des méthodes de contrôle des naissances et leurs stratégies de gestion de la fécondité y ont été abordés.

Plus spécifiquement, la méthodologie a pris appui sur la volonté de comprendre les « lignes de temps » (Hope *et al.*, 2013 ; Rimkeviciene *et al.*, 2016) et les événements marquants pour les femmes rencontrées – tels qu'identifiés par les participantes elles-mêmes afin d'éviter un biais de sélection de la part de l'équipe de recherche. Comme le mentionne Demazière, « raconter son parcours, c'est sélectionner, relier, organiser des épisodes jugés importants par le narrateur » (2007, p.8), et c'est pourquoi nous avons invité les participantes à relever des événements marquants de leur histoire avec la contraception, en vue de mieux comprendre leurs parcours. Par ailleurs, mobiliser une ligne du temps lors d'entretiens de recherche permet aux participantes d'évoquer des événements de manière non-chronologique, au fur et à mesure qu'ils viennent à la mémoire, tout en les replaçant sur la trame chronologique sur papier (Sheridan *et al.*, 2011). Aussi, la ligne du temps fournit une aide visuelle qui améliore la capacité à se rappeler et, par conséquent, la qualité et la quantité d'informations rapportées (Hope *et al.*, 2013 ; Rimkeviciene *et al.*, 2016). De plus, elle favorise la réflexion sur le sens des événements et leurs liens entre eux (Sheridan *et al.*, 2011, Rimkeviciene *et al.*, 2016).

1.2. Recrutement et échantillonnage

Afin de recruter des femmes immigrantes souhaitant participer à la recherche, un appel à la participation a été publicisé par le Centre de santé des femmes de Montréal. Celui-ci s'adressait aux femmes vivant au Canada depuis moins de 10 ans, puisque notre recension d'écrits a identifié que c'est lors des premières années d'immigration que les obstacles à l'accès aux soins de santé sont les plus importants (Sanmartin et Ross, 2006). De plus, l'appel à la participation précisait qu'il était nécessaire de pouvoir s'exprimer en français ou en anglais pour pouvoir participer à la recherche. En effet, les contraintes budgétaires empêchaient d'envisager de retenir les services d'une interprète lors des entretiens et le français et l'anglais étaient les seules langues parlées par les membres de l'équipe de recherche. Afin de constituer un échantillon aussi hétérogène que possible, une sélection a été opérée parmi les femmes ayant manifesté leur intérêt à participer à la recherche. Ainsi, le nombre de participantes provenant d'un même continent a été limité, afin de permettre à des femmes originaires de différents continents de s'exprimer et ainsi de maximiser la diversité d'origines géographique de l'échantillon.

Au total, 12 entretiens ont été réalisés avec des femmes nées sur quatre continents différents : l'Afrique (Algérie, Tchad), les Amériques (Haïti, Martinique, Mexique), l'Asie (Chine) et l'Europe (Chypre, France, Norvège). Toutes les participantes à cette recherche détiennent un diplôme d'études postsecondaires. Onze des 12 femmes interviewées ont obtenu un diplôme universitaire, la dernière, pour sa part, détient un diplôme d'études collégiales. Ce taux de diplomation est plus élevé que dans l'ensemble de la population immigrante, ce qui a été pris en compte dans l'interprétation des données recueillies. Une hypothèse explicative de ce taux exceptionnellement élevé de diplomation chez les participantes est que les femmes diplômées seraient plus à l'aise de s'exprimer sur leurs expériences vécues auprès de chercheuses universitaires. Il est aussi possible que les femmes ayant un plus haut niveau d'études soient plus familières avec le monde de la recherche et voient une plus grande pertinence à participer à ce type de démarche, en étant de surcroît plus à l'aise pour le faire. La page suivante présente un tableau récapitulatif du profil de nos participantes.

Profils sociodémographiques des participantes de la recherche

| Pays naissance | Âge | Date venue Qc. | Statut | Assur . santé | Études | Occupation | Ménage | Religion |
|---------------------|-----|----------------|---|----------------|--------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|
| Tchad | 34 | 2017 | Demande d'asile | PFSI | Maîtrise | Salariée centre appels | Célibat. avec enfant | Musulmane |
| Norvège | 24 | 2016 | Visa étudiant | RAM Q | Maîtrise | Étudiante | Couple sans enfant | Pas de religion |
| Chypre | 29 | 2015 | Permis de travail ouvert, visa étudiant | Assur . étud. | Maîtrise | Étudiante et salariée | Couple sans enfant | Pas de religion |
| France | 28 | 2017 | Visa jeune professionnel | Assur . emploi | Doctorat | Salariée | Couple sans enfant | Pas de religion |
| Haïti | 28 | 2010 | Visa étudiant, demande d'asile, résidence permanente | Assur . emploi | AEC | Salariée | Couple sans enfant | Catholique |
| France | 32 | 2016 | PVT, visa travail fermé, en attente de résidence permanente | RAM Q | Baccalauréat | Salariée | Couple sans enfant | Pas de religion |
| Algérie | 41 | 2016 | Résidence permanente | RAM Q | Baccalauréat | Congé de maternité (salariée) | Couple avec enfants | Musulmane |
| Martinique (France) | 34 | 2017 | Visa travail, visa étudiant | Assur . étud. | Maîtrise | Salariée et étudiante | Célibat. sans enfant | Catholique |
| Mexique | 33 | 2011 | Résidence permanente (parrainage) | RAM Q | Baccalauréat | Salariée | Couple sans enfant | Pas de religion |
| Chine | 40 | 2010 | Résidence permanente | RAM Q | Maîtrise | Salariée | Célibat. sans enfant | Pas de religion |
| Chine | 42 | 2017 | Visa travail, résidence permanente | RAM Q | Maîtrise | Salariée | Couple avec enfants | Bouddhiste |
| Chine | 26 | 2012 | Visa étudiant, parrainage en cours | RAM Q | Baccalauréat | Salariée | Couple sans enfant | Chrétienne |

1.3. Aspects éthiques

L'ensemble des entretiens de recherche a été conduit en tenant compte des principes de respect de la personne et de son bien-être, de consentement éclairé et continu des participantes, ainsi que de confidentialité des données. Les participantes sont ainsi désignées par un pseudonyme et tout élément pouvant permettre d'identifier une personne a été omis des transcriptions. Compte tenu de la nature sensible et intime des sujets abordés dans les entretiens, nous avons porté une attention particulière au bien-être des participantes en adoptant une attitude d'écoute bienveillante et en étant préparées à leur transmettre des références pour obtenir un soutien, au cas où de la détresse soit manifestée au cours de la rencontre.

La démarche de recherche (objectifs, méthode de recrutement, déroulement des entretiens et analyses des données) a été présentée au Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université du Québec à Montréal, qui a donné son approbation.

2. Cadre d'analyse

2.1. Aspects théoriques du cadre d'analyse

Le modèle de Lévesque *et al.* (2013) qui a été utilisé pour structurer la recension d'écrit a également été mobilisé pour analyser les données collectées, afin de faciliter la mise en relation de nos constats avec ceux réalisés dans d'autres recherches menées au Canada ou à l'international. Les catégories de ce modèle (cf. section 1 du premier chapitre de ce rapport) ont donc servi d'architecture pour notre grille d'analyse thématique (Braun et Clarke, 2006, 2022). De plus, nous avons porté attention à la présence de thèmes qui ne s'inscrivaient pas dans le modèle de Lévesque *et al.* (2013). Ceci nous a amenées à développer une catégorie supplémentaire regroupant les thèmes relatifs au « éléments de contexte », c'est-à-dire les propos des participantes portant sur leurs conditions de vie, leur parcours d'immigration, leurs relations sociales et amoureuses ou encore leurs histoires personnelles. Nous avons donc pris en compte l'ensemble des propos qui permettaient de contextualiser les parcours d'accès ou de non-accès aux ressources de santé reproductive, dans le cadre d'une logique exploratoire ne se limitant pas à des dimensions prédéfinies pour la compréhension du phénomène à l'étude.

Le cadre d'analyse de cette recherche prend par ailleurs appui sur une perspective transnationale (Green et Waldinger, 2016 ; Merry *et al.*, 2020 ; Villa-Torres *et al.*, 2017) : celle-ci permet de ne pas limiter l'analyse au contexte d'un État-nation spécifique, en

prenant acte des liens avec la société et la culture du pays de naissance qui subsistent après l'émigration. La biculturalité des personnes ayant eu un parcours migratoire est par ailleurs davantage mise en lumière par ce cadre d'analyse, tout comme les échanges et transformations auxquels contribuent les immigrant-e-s, compte tenu de la position-pivot occupée entre deux sociétés et espaces culturels :

There is a "simultaneity" of ties in both countries of origin and destination whereby transnational migrants are continuously pivoting between their socio-cultural, economic and political connections in each location (Levitt and Schiller, 2004). [...] Beyond the individual, Pries (2001) argues that transnational practices create transnational social spaces, which include the exchange of material goods, everyday social practices and interactions, and symbolic representations across national borders. (Villa-Torres et al., 2017, p.71)

2.2. Procédure d'analyse

Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits, pour être codifiés en identifiant de manière systématique les différents thèmes émergeant des propos des participantes. Afin de soutenir le travail de thématisation systématique des données, le logiciel QDA Miner a été utilisé. Celui-ci a facilité la codification, ses réajustements au fil de l'analyse (Braun et Clarke, 2022), et l'obtention d'une perspective sur l'ensemble des témoignages recueillis. En effet, pour chaque thème identifié, QDA Miner (Provalis, non daté) rend possible de savoir avec précision le nombre de femmes l'ayant abordé, tout comme le nombre d'occurrences de ce thème dans les récits des femmes rencontrées. Cette quantification des occurrences, qui ne vise pas une généralisation compte tenu de l'effectif réduit de notre échantillon, a été utile en ce qu'elle a permis d'identifier en un coup d'œil les thèmes les plus fréquemment évoqués dans les récits des participantes, et ceux qui y sont moins fréquemment abordés. Nous avons également été en mesure de mettre en évidence les éléments qui caractérisent davantage les expériences de soins reçus au Québec, par rapport aux soins reçus dans le pays d'origine, en les différenciant par une codification qui spécifie le lieu des expériences de soin.

Une équipe de 4 chercheuses a été impliquée dans la codification des entretiens, afin de mettre en dialogue les codes et catégories utilisés. Ceux-ci ont été affinés au fil de l'analyse, puis stabilisés dans les phases finales de l'analyse afin de veiller à la cohérence des catégories. Partant du modèle de Lévesque *et al.* (2013), la grille d'analyse s'est enrichie pour mettre en lumière le contexte plus large des parcours d'accès aux soins de santé reproductive (ou pas), et pour identifier les principaux leviers et obstacles à l'exercice d'une autonomie procréative, de façon plus globale.

Résultats de la phase qualitative de la recherche

Nous présenterons ici les principaux constats issus de l'analyse des données, en suivant le parcours des femmes de manière chronologique : nous commencerons par aborder les premières étapes du parcours de soin, telles que décrites dans le modèle de Lévesque *et al.* (2013), puis rendrons compte des expériences vécues lors de l'utilisation de services, telles que rapportées par les femmes interrogées. Finalement, nous présenterons les éléments qui, au-delà des parcours de soins, exercent une influence sur l'autonomie procréative.

1. Perception des besoins et prise de contact

Cette première section décrira les premières étapes du parcours de soins des femmes rencontrées, de la perception du besoin en soins de santé sexuelle et reproductive jusqu'à la rencontre avec le personnel soignant. Selon Lévesque *et al.* (2013), ces étapes, essentielles afin de parvenir à recevoir des soins, sont les préalables à la demande de soins.

1.1. Capacité à percevoir ses besoins et accessibilité des services susceptibles d'y répondre

→ Une importance donnée à l'éducation à la santé sexuelle et reproductive

Pour les femmes ayant participé à la recherche, l'éducation à la santé sexuelle et reproductive joue un rôle important dans le processus qui mène à initier des démarches afin d'obtenir des soins. Par éducation à la santé sexuelle et reproductive, nous entendons aussi bien l'éducation reçue à l'école que celle des parents ou d'autres sources d'informations portant sur la physiologie de la reproduction, la fécondité féminine, les différentes méthodes contraceptives et leur mode de fonctionnement. Au total, dix femmes ont abordé le sujet de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive (SSR), soit pour souligner que leurs connaissances sont un levier d'accès aux ressources, leur permettant de définir leurs besoins et de chercher à les combler, soit pour énoncer que le manque d'éducation en cette matière nuit à la santé reproductive.

Six participantes relèvent un manque d'éducation en matière de SSR, ce qui se rapporte à des contextes culturels diversifiés (Chine, Chypre, France, Haïti, Norvège).

Certaines relient ce déficit à des tabous sexuels dans leur pays de naissance, mais le constat est transculturel, car il est également fait dans le cadre de sociétés où l'usage de la contraception et le recours à l'avortement sont davantage normalisés. Dans ce contexte, il est notable que plusieurs des femmes interrogées se sont éduquées de manière autodidacte grâce, entre autres, aux ressources trouvées en ligne. À ce sujet, deux femmes ont nommé apprécier l'utilisation d'une application installée sur leur téléphone cellulaire leur permettant de suivre leur cycle menstruel. Pour l'une d'entre elle, cette application lui a permis de découvrir que ses connaissances sur les périodes de fécondité étaient erronées : « *Et quand j'ai vu cette application là et que je voyais les périodes de fécondité, j'étais : ah! mais j'avais pas compris en fait.* » (Mme C., entretien 3)

En premier lieu, l'éducation dispensée dans un contexte formel, soit à l'école ou dans le cadre de cours donnés au sein d'une clinique publique, est parfois abordée comme étant fort utile, et parfois comme étant insuffisante, car trop succincte et incomplète. Certaines femmes, dont Mme J., déplorent l'absence d'éducation sexuelle à l'école :

Because in China, sex is not something you can talk in public. So we lack of sex education. So I think... but I think it's very important, especially for the girls. (...) You can only maybe learn from the TV or internet, where you can get the education... The teacher they didn't tell you. We didn't have this kind of course or class. (Mme J., entretien 10)

Par ailleurs, de grandes disparités sont observables dans le rôle joué par la famille sur le plan de l'éducation en SRR, celle-ci pouvant soutenir l'utilisation d'une contraception, ou pas.

Ma famille m'a jamais parlé de ça. Mais de toute façon on n'a jamais eu de conversation, d'éducation sexuelle chez nous en Haïti c'est pas... mais quand j'étais là-bas, en tout cas, dans ma génération, les parents parlent pas de ça aux enfants... C'est comme tabou, on n'est pas éduqué par rapport à ça. On est laissé à nous-mêmes. (Mme E., entretien 5)

Ma mère sur la contraception elle a toujours été très... Les préservatifs, elle a toujours été du genre à en laisser dans mes affaires. Les préservatifs, on en parlait, mais c'était un peu à demi mot. Je trouvais les préservatifs, *that's it*. (Mme F., entretien 6, France)

C'est la chance que j'ai, ma mère est médecin donc elle nous donnait beaucoup d'aide, d'information. (...) À mes premières règles, à 11 ans, ma mère a dit : "voilà attention, maintenant tu peux faire la grossesse donc tu fais attention pour protéger ta santé, si y'a de la violence ou tu as des relations sexuelles, il faut faire attention". (Mme K., entretien 11, Chine)

Il est aussi à relever que deux participantes déplorent les conséquences néfastes de ne pas avoir reçu d'éducation en SSR, telles que de devenir enceinte sans savoir que

c'était possible, ou encore de s'apercevoir tardivement qu'elles étaient enceintes. Cette absence d'éducation est parfois reliée à une stigmatisation associée à la prise de contraception, dans certains contextes sociaux, qui peut conduire à des tabous et des attitudes défavorables à son utilisation :

Non moi j'aimais pas ça, ben j'aime pas ça le planning familial. C'est pas quelque chose... c'est pas dans mes valeurs, j'ai pas été élevée avec ça. Mes parents m'ont jamais parlé de ça. (...) Si tu prends des contraceptifs, c'est parce que tu as une vie sexuelle active et ça c'est mal vu, quand t'as un certain âge tu peux pas avoir une vie sexuelle active dans mon pays. (Mme E., entretien 5)

Le rôle de l'éducation familiale s'avère majeur dans le témoignage de Mme E. En effet, celle-ci reste ambivalente vis-à-vis de la contraception tout en ayant vécu une expérience pénible d'avortement tardif en tant qu'adolescente, dans un contexte d'interdiction de l'avortement en Haïti. Elle estime qu'avoir été mieux informée sur le plan de la santé reproductive aurait pu éviter le recours à l'avortement.

On voulait pas avoir des enfants non plus, mais on avait pas parlé de planning familial. [...] Moi je sais pas, je conseillerais de prendre le contraceptif, les jeunes... Parce qu'on sait jamais quand on va vraiment vouloir un enfant, quand on va être prêt pour avoir l'enfant. Pour ne pas avoir plein d'enfants puis avoir une interruption volontaire de grossesse pendant... plein de fois puis après pour le regretter dans le futur. Même si je suis pas d'accord avec le contraceptif, même si moi je le prendrais pas, mais je conseillerais de le prendre. (...) Si mes parents m'avaient éduqué à ça, j'aurais peut-être pu prendre ça. (Mme E., entretien 5)

En somme, il est observable que les expériences en matière d'éducation à la SRR sont contrastées, mais que la plupart de nos participantes mettent en avant son importance pour connaître les méthodes de contraception – cette étape étant indispensable à leur utilisation en vue d'éviter des grossesses non planifiées.

→ Des difficultés d'accès à l'information, variables cependant selon les services

L'accessibilité des services (Lévesque *et al.*, 2013 ; Pilabre, 2018) consiste en leur visibilité dans l'espace public, afin qu'ils soient connus et faciles à contacter pour la population à laquelle ils s'adressent. Globalement, neuf de nos participantes ont nommé avoir rencontré des difficultés pour trouver de l'information sur les services et leurs modalités d'accès :

It was hard to find them [the services] at the beginning. My husband had to ask a lot of people and research, you know, compiling... Like he had to plan because they weren't close to where we lived. So we had to plan how to drive there, or sometimes how to

take the public transit and, like, what time are the opening hours, how to make an appointment, stuff like that. (sighs) It's not fun. (Mme L., entretien 12)

Puis après je suis arrivée ici *[au Québec]*. Et là j'avais plus de contraception, parce que j'avais aucune idée de comment procurer de la contraception. (Mme C., entretien 3)

J'ai pas trop de contraception à part le préservatif, parce que je sais pas comment je peux accéder à la pilule. Je sais pas comment je peux voir un médecin, et que ce médecin me prescrive ça... (Mme F., entretien 6)

Les témoignages recueillis mettent par ailleurs en avant que lorsque les ressources sont faciles à trouver via une recherche sur internet, cela est un levier pour l'accès. C'est généralement le cas des cliniques où l'on offre l'interruption de grossesse : les femmes souhaitant obtenir un avortement ont pu facilement trouver une clinique où ce service est offert, grâce à leur visibilité en ligne.

Par contre, pour les autres besoins en santé sexuelle et reproductive, tels que la contraception ou le dépistage des ITSS, les femmes ont souligné avoir eu de la difficulté à avoir accès à de l'information sur les ressources disponibles, et ce malgré leur capacité à utiliser un moteur de recherche sur internet. Ces femmes ont formulé le souhait qu'il existe des ressources faciles à trouver, telles qu'une ligne téléphonique, un dépliant ou un site internet où seraient référencés tous les points de services qui dispensent des soins en SSR :

De mon point de vue, arrivant dans une nouvelle vie, puis en plus dans un nouveau pays avec un nouveau système de santé, ça aide vraiment pas mal la disponibilité des ressources sur internet. Enfin ça serait vraiment [bien] d'avoir des bons sites avec des informations de qualité qui seraient bien référencées. Ça aide pas tout d'avoir un site, il faut aussi qu'il soit bien référencé, pour le retrouver avec les bons mots-clés. (Mme B., entretien 2)

1.2. Capacité à chercher des services et acceptabilité des services

→ La recherche d'information sur Internet et le réseau comme principales stratégies de recherche de services

La capacité à chercher des services correspond aux stratégies que les femmes mobilisent afin de trouver les services dont elles ont besoin. Toutes les femmes ayant participé à la recherche ont nommé utiliser internet pour s'informer, autant sur les choix contraceptifs possibles que sur les points de services existant. On voit ainsi que les femmes rencontrées ont la capacité de chercher des services, en utilisant une méthode appropriée.

Nous avons vu à la section précédente que les participantes ont fréquemment nommé n'avoir pas réussi à trouver en ligne l'information sur les points de services où elles pouvaient recevoir des soins, autant en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive qu'en ce qui concerne toute question de santé. Bien qu'adaptées, leurs stratégies de recherche d'information sur Internet ne portent pas suffisamment fruit, ce qui semble davantage relever d'un problème d'accessibilité de l'information que de la capacité à chercher des femmes rencontrées. Rappelons que la plupart d'entre elles ont obtenu un diplôme universitaire, et ont donc suivi une formation post-secondaire qui développe généralement la capacité à analyser les informations. D'autre part, ces participantes étaient en mesure de mener un entretien de plus d'une heure en français ou en anglais, ce qui traduit leur maîtrise de l'une de ces deux langues – dans lesquelles les informations sont habituellement transmises, concernant les services de santé disponibles au Québec. Or sur 11 participantes déclarant qu'elles effectuent des recherches de manière autonome, 8 d'entre elles mettent en avant qu'il a été difficile de trouver l'information dont elles avaient besoin pour accéder aux services.

Le témoignage de Mme I. montre que, face à la banalisation de la douleur lors d'une rencontre avec un médecin, elle a effectué des recherches personnelles et finalement se rendre au Mexique pour en explorer la cause :

C'est pas évident. J'ai essayé au Mexique, je suis allée vérifier si j'avais une endométriose. Ici, il y a personne qui m'a parlé de l'endométriose. Personne, personne, personne. C'est vraiment moi, en cherchant sur Google. C'était tellement grave qu'à un moment donné je suis partie de chez nous pour aller travailler, et en moins de cinq minutes, mais vraiment en moins de cinq minutes, j'étais par terre, dans le bus. (...) Mais c'est là que je me suis rendue compte, ce n'est pas normal. (...) Il y a un médecin qui m'a dit « ouais ben ça, ça arrive aux femmes, les crampes menstruelles ça arrive souvent aux femmes. C'est comme normal. » Ben je m'excuse mais ce n'est pas normal. Avoir la douleur, ce n'est pas normal. (...) Et c'est le médecin au Mexique qui m'a fait un IRM pour vérifier si j'avais l'endométriose. (Mme I., entretien 9)

Parallèlement aux recherches en ligne, le réseau social joue un rôle important, autant pour s'informer sur les différents services disponibles que pour connaître les différentes options contraceptives :

Comment vous vous informez au sujet de la contraception en général ?

Euh... en parler à mes amies. C'est mon premier moyen j'ai l'impression de me renseigner. [Et] internet. (Mme C., entretien 3).

Je parlais un peu autour de moi, pis le monde, j'sais pas, il y avait du monde qui avait le stérilet puis ça se passait bien puis... finalement je me suis dit bon ben finalement peut-être que ça ce sera la bonne option (Mme B., entretien 2).

La section suivante va par ailleurs mettre en évidence que le fait de recevoir une référence d'une amie à un point de service en particulier joue un rôle considérable dans l'acceptabilité des ressources et la décision de prendre contact.

→ La référence d'une personne de l'entourage comme vecteur-clé de l'acceptabilité des services offerts, mais des craintes relatives à l'utilisation de la contraception hormonale

Un des éléments favorisant le mieux la prise de contact avec un point de service en SSR est la référence par un membre du réseau social au Québec, que ce soit une amie, un membre de la famille ou une colocataire (n=9, 20 occurrences). En effet, la référence d'une personne proche ayant utilisé le service permet non seulement d'identifier une ressource, mais aussi de rassurer quant au fait que la ressource pourra répondre au besoin en matière de soins de santé sexuelle et reproductive, comme l'explique Mme L. :

That's how. We don't really find on the internet, not as much. Like I know some people really use like internet but for us, we, we rely on people we know because if people we know uses the service and likes it, it's more significant for us that we go use that service than just find it on the internet and none of my friends use it, it might be a new experience, it might work for me, or not, it's more a mystery. (Mme L., entretien 12)

Pour Mme F., qui cherchait à obtenir un avortement, la référence de sa colocataire lui a permis non seulement de trouver une clinique, mais aussi de se faire une idée du déroulement de l'intervention pour la rassurer à ce sujet :

Et après, je m'en rappelle que ma coloc justement avec qui j'habitais avait déjà fait ça. Donc je lui ai dit ce qui se passait pour moi, et elle m'a dit : « bah écoute, contacte le [organisme X] » Puis j'y suis allée, ça c'est vraiment bien déroulé. Elle m'a raconté un peu ce qui se passait, premier rendez-vous, les tests, etc. Elle m'a dit même que la sensation en fait quand... pendant l'opération, le réveil... Enfin elle m'a parlé de pas mal de chose et puis... Je pense que c'était essentiel en fait qu'elle me parle de ça. J'avais une sensation, pas de déjà vu, mais d'avoir apprécié comment ça se passait avant que ça se passe. D'avoir eu une vision en fait. Ça m'a fait moins peur. Puis je pense que c'est important. (Mme F., entretien 6)

Ainsi, la référence par un·e proche permet d'établir la confiance nécessaire à une première prise de contact – cette confiance pouvant être plus difficile à établir dans le contexte d'une nouvelle société d'accueil :

- Et je me fais pas de souci parce qu'il m'a été recommandé. Mais maintenant je fonctionne que comme ça, pour ce genre de chose.

- Avoir des références ?

- Au Québec ouais. D'avoir des références parce que sinon, je sais pas sur qui je vais tomber, qui va me proposer je ne sais quoi, enfin... (Mme D., entretien 4)

Parallèlement, quelques femmes ont nommé ne pas avoir contacté de ressources, faute d'avoir obtenu de références. Le manque de confiance dans les services, en l'absence d'une personne de l'entourage pouvant attester de leur qualité et de leur capacité à répondre aux besoins, a ainsi agi comme un obstacle à l'accès aux soins :

Oui y'a des centres de santé, dans lesquels je pourrais me rendre, ou même appeler pour prendre rendez-vous, mais euh... C'est ça, je n'ai pas franchi le pas parce que j'aurais aimé être, avant, recommandée, enfin, qu'il y ait un médecin qui me soit recommandé. Et euh ça je voilà, j'ai pas eu de, voilà, je pense que c'est ça, qui n'a pas... Parce que généralement je demande autour de moi : je viens d'arriver, est-ce que tu me conseillerais quelqu'un ? (Mme H., entretien 8)

Également, le fait de consulter un·e professionnel·le de santé qui offre des soins régulièrement favorise l'acceptabilité des services :

En plus que c'est hyper désagréable aller rencontrer un médecin [*inconnu*] qui va te faire un pap test : « Salut, bonjour, ça fait deux minutes que je te vois, ouvre les jambes. » Wow là ! (Mme I., entretien 9)

Là j'ai vraiment commencé à sentir que quelque chose n'allait pas bien, je suis allée au CLSC de [X]. Puis j'ai rencontré une infirmière qui était absolument adorable. Je suis vraiment retournée souvent la voir après parce que j'avais un manque de vitamine, puis comme pour n'importe quelle raison, pis elle était toujours là pour prendre soin, elle était très gentille. (...) « Tu vas être inscrite dans une liste, à chaque fois qu'il y a quelque chose ou quoi que ce soit, ben ce médecin là va être là pour toi. » Juste que quelqu'un te dise ça, t'es comme wow, ok merci, je me sens... je me sens à l'aise genre d'aller prendre des rendez-vous et tout. (Mme B., entretien 2)

Par contre, il est notable que des craintes relatives à la contraception hormonale font obstacle à l'acceptabilité de cette méthode de gestion de la fécondité, ce qui conduit certaines femmes à éviter d'y recourir :

Après ça, ben je dirais aujourd'hui, je trouve que je suis plus dans essayer de faire les choses sans l'aide... sans une aide médicamenteuse. Donc, c'est ça, c'est là que c'était vraiment plus être plus en accord avec mon corps, plus.. ouais, sans être artificielle. (Mme H., entretien 8)

J'ai entendu dire il y a des filles qui sont tombées malades avec ça, qui ont failli mourir. (Mme E., entretien 5)

La moitié des participantes ont mentionné des réticences à l'usage d'une méthode hormonale – ce qui correspond au taux de 51,6% de femmes nées au Canada ayant des

préoccupations relatives à la dangerosité de la contraception hormonale (Wiebe, 2013). Ces craintes sont présentes chez des femmes provenant des 4 continents représentés dans notre échantillon (Algérie, Chine, Chypre, France, Haïti, Norvège), ce qui nous amène à conclure qu'elles sont transculturelles.

1.3. Capacité à atteindre les services et disponibilité des services

→ Une méconnaissance du système de santé québécois et une complexité pour atteindre les services

Il ressort de nos entretiens que l'un des principaux obstacles à la capacité d'atteindre des services de santé sexuelle et reproductive est la méconnaissance du système de santé québécois. Celle-ci a été très fréquemment mentionnée (n=8, 27 occurrences). De plus, certaines femmes ont affirmé que les informations qu'elles avaient trouvées au fil de leur quête de soins leur a donné l'impression que le système de santé était « *compliqué* » (Mme F., entretien 6). Plusieurs femmes ont expliqué qu'en comparaison, dans leur pays de naissance l'accès à des soins est beaucoup plus simple, il s'agit de prendre un bottin téléphonique et de contacter le cabinet gynécologique le plus proche pour obtenir un rendez-vous dans les jours qui suivent. Pour ces femmes, le système de santé québécois leur semble être un dédale dans lequel il est facile de se perdre :

Je pense que comprendre le système de santé, tout d'abord... Je pense que ça c'est primordial pour n'importe quelle personne immigrante, femme ou pas. Comprendre le système de santé, savoir qu'il faut passer par un médecin, les cliniques, les cliniques sans-rendez-vous. On se perd souvent dans ce système-là. (Mme I., entretien 9)

Ouais. Par contre je pense que j'ai quand même... J'ai cherché un peu au début avant de comprendre qu'est-ce que c'était parce qu'au Québec il y a beaucoup d'acronymes, puis c'est pas évident quand t'arrives dans ce pays parce que t'es comme.... Ben qu'est-ce que comme... c'est quoi la différence entre un CLSC pis comme un autre truc qui commence par un S puis un C ? (Mme B., entretien 2)

Une fois qu'un point de service en santé sexuelle et reproductive a été identifié, il s'agit, pour les femmes, d'arriver à rencontrer un·e professionnel·le de la santé qui prodiguera des soins. À cet effet, quatre femmes⁹ ont mentionné que la barrière de la

⁹À noter que le peu d'occurrences de propos sur la barrière linguistique peut s'expliquer par les critères de sélection de l'échantillon. En effet, les femmes devaient pouvoir s'exprimer en français ou en anglais pour pouvoir participer à la recherche, ce qui donc a exclu les femmes ne parlant pas l'une des deux langues majoritaires du Québec. De plus, la majorité des femmes rencontrées parlaient déjà français ou anglais arrivées au Québec (n=10).

langue pouvait être un obstacle pour rejoindre les services. Cependant, une seule participante a nommé que cela avait été son cas, avant qu'elle n'apprenne l'anglais. Les trois autres femmes ayant abordé la barrière linguistique le faisaient de manière générale, comme s'appliquant à d'autres personnes qu'elles, au sein de leur communauté, comme c'est le cas de Mme K. :

Je pense c'est la langue. C'est un problème de la langue, par exemple notamment pour la communauté chinoise, normalement les immigrants parlent ni anglais ni français. Peut-être un peu anglais ou français, mais si toute l'information est en anglais, c'est trop difficile. (Mme K., entretien 11)

Une femme a abordé son manque de disponibilité pour recevoir des soins. Bien qu'elle avait décidé de se faire poser un stérilet, qu'elle l'avait acheté et pris son rendez-vous pour le faire installer, le fait qu'elle n'avait personne à qui confier sa fille l'a empêchée de mettre ses plans à exécution :

Puis l'idée du stérilet, c'est... J'ai pris d'ailleurs un rendez-vous à St-Justine. Mais à cette époque, ma fille était encore très jeune, je pouvais pas la... elle prenait encore mon lait, je savais pas où la laisser, mon mari travaillait à temps plein, alors je leur ai dit après je vais vous rappeler. Mais l'idée du stérilet, bien sûr je veux le faire. (Mme G., entretien 7)

→ Des problèmes de disponibilité des services largement évoqués

La praticité (accessibilité matérielle et organisationnelle) et la disponibilité des services consistent en la facilité avec laquelle il est possible d'obtenir une rencontre avec un-e soignant-e, la proximité géographique, ainsi que les délais et le temps d'attente avant de pouvoir obtenir des services. Ces éléments facilitent le contact avec la population ou, au contraire, la rendent plus difficile.

Au niveau de la disponibilité des ressources, les difficultés d'accès à une rencontre avec un médecin ont été très largement évoquées dans les entretiens (n=8, 19 occurrences). Pour celles qui ont été informées de l'existence de médecins de famille, c'est la difficulté d'en obtenir un qui se pose : « Ici il faut trouver un médecin de famille aussi là, mais le médecin de famille ça c'est plus difficile à trouver. » (Mme E., entretien 5).

Lorsqu'elles sont bel et bien inscrites à une liste d'attente pour obtenir un médecin de famille, les délais sont très longs, leur laissant peu d'options en attendant : « *Et quand je suis arrivée, il fallait que j'attende une année, [pour] que je voie le médecin de famille...* » (Mme G., entretien 7).

Les femmes n'ayant pas de médecin de famille se sont généralement tournées vers les cliniques sans rendez-vous ou vers l'urgence d'un hôpital. Le principal problème de disponibilité de ces points de services est le temps d'attente requis pour de voir un médecin, qui exige des femmes une très grande disponibilité. Cet aspect est important car 8 participantes en ont parlé, à 21 reprises. Outre le fait d'avoir perdu « *des heures et des heures et des heures* » (Mme B., entretien 2), voire « *perdre une journée* » (Mme I., entretien 9), les femmes déplorent n'avoir d'autre choix pour accéder à des soins que de se lever aux aurores pour faire la queue pendant des heures devant les cliniques sans rendez-vous :

Tandis qu'ici, il faut que tu te pointes à 5h du matin puis il faut que tu attendes cinq heures, puis tout ça. (Mme B., entretien 2)

Enfin, la queue devant l'hôpital, la clinique, pour attendre avant d'avoir un rendez-vous sans rendez-vous... Tu attends à 7h du matin, par -30 degrés dehors... (Mme F., entretien 6)

De plus, certaines femmes ont mentionné que le temps d'attente nécessaire à l'accès aux soins était difficilement compatible avec leur emploi. C'est le cas de Mme J., qui déplore avoir dû prendre plusieurs journées de congé et par conséquent, avoir dû donner des explications à son employeur, ce qu'elle aurait préféré éviter étant donné la nature intime de ses besoins de soins :

Everytime I go to the hospital, I need to wait for at least half of the day. Sometimes I even need to wait longer, you know. Especially when, if you need to work, you cannot ask for the sick leave. So... yeah. (Mme J., entretien 10)

Pour Mme F., il est impossible d'envisager de perdre une journée de travail afin de se faire prescrire la pilule. Elle se retrouve donc sans moyen d'accéder à la méthode contraceptive qu'elle a choisie :

Je sais pas comment je peux voir un médecin, et que ce médecin me prescrive ça [la pilule]... Sans louper une journée de travail, sans... (Mme F., entretien 6)

La difficulté d'obtenir un rendez-vous de suivi avec un gynécologue a été déploré par sept femmes, qui proviennent de pays (Algérie, Chine, France, Mexique et Norvège) où elles ont bénéficié d'un suivi effectué par un-e gynécologue pour la contraception et la prévention en santé sexuelle. Par exemple, Mme C. et Mme J. ont nommé qu'elles avaient un suivi gynécologique régulier avant d'arriver au Québec, mais qu'elles ne savent pas

comment en obtenir un depuis qu'elles vivent au Québec. Ces deux femmes n'ont pas de médecin de famille. Mme G., de son côté, a cogné à la porte d'une clinique sans rendez-vous pour demander un suivi avec un gynécologue, pour se faire dire qu'elle devait d'abord obtenir un médecin de famille : « *Quand je voulais avoir un gynécologue, il [le médecin de la clinique sans rendez-vous] dit : « Il faut passer par un médecin de famille ». Alors, je dis : « il faut avoir un médecin de famille, comment je vais l'avoir ? ».* Pour elle, l'absence de suivi gynécologique est difficile à vivre :

Je veux voir un gynécologue, je veux faire... Il y a pas. C'est vrai que c'est stressant de rester comme ça une année, sans voir un gynécologue, surtout pour une femme à l'âge de 37 ans et tout. Quand tu as des visites régulières chez moi, j'ai mon gynécologue d'habitude j'y vais et tout. (Mme G., entretien 7)

And there is a lot of waiting, especially with the gynecologist when it's not urgent so... I think it's like that for all Canada 'cause there is not enough doctors but there is a lot of patients. (Mme L., entretien 12)

Les femmes ayant eu besoin d'un suivi réalisé par un gynécologue ont aussi déploré le fait de devoir être référées par un médecin de famille, ce qui complique les démarches :

C'est difficile avoir accès à un gynéco. Vraiment, je trouve que ça devrait être... Je trouve que c'est ridicule devoir passer par un médecin de famille ou un médecin quelconque avant d'avoir accès à un gynéco (Mme I., entretien 9)

Mme L., de son côté, souligne que l'obligation d'avoir une référence de la part du médecin de famille pour avoir accès à un gynécologue a pour effet qu'il est très difficile de changer de gynécologue en cas d'insatisfaction : « *It's hard to change gynecologist because it'll take another referral and then I have to see if they're available and because I have to go through, the screening again, it's... yeah. It will be very inconvenient to change.* » De plus, deux femmes ont mentionné qu'il avait été difficile pour elles d'obtenir une référence de la part de leur médecin de famille :

And even for me, I have a family doctor, but I don't have the chance to do like the... annually physical examination, you know. To check everything, especially for women. I think you should check for the cervical cancer every year, right? Q: And your doctor does not want to or? Sometimes I ask for annual physical examination, then the doctor will tell me, if you feel problem you go. They don't give you referral like easily. So sometimes it could cause delay. (Mme J., entretien 10)

Ensuite, un autre problème de disponibilité des ressources est celui des délais avant d'obtenir un rendez-vous. Ce problème a été nommé par 6 femmes à 17 reprises. Qu'il s'agisse d'un rendez-vous avec un médecin spécialiste ou avec un médecin de famille, les femmes ont souvent mentionné devoir attendre plusieurs semaines, voire mois, avant

d'obtenir un rendez-vous. Cela a eu des conséquences particulièrement dramatiques pour Mme J., qui a contracté une ITSS suite à une agression sexuelle. Elle raconte qu'elle a dû attendre plusieurs mois avant d'obtenir un diagnostic, puisqu'elle a été référée plusieurs fois à des différents spécialistes, avec une période d'attente de plusieurs mois entre chaque rendez-vous : « *If it was treated within one weeks or two weeks, maybe it would be fine. But it was delayed for several months, and they couldn't find my problem.* » (Mme J., entretien 10).

Outre les problèmes de disponibilité des ressources, six (6) femmes ont témoigné avoir rencontré des obstacles légaux et administratifs pour accéder à des soins en SSR tout au long de leur parcours de vie, que ce soit dans leur pays de naissance, un autre pays où elles ont séjourné ou au Québec. Au Québec, Mme B. raconte qu'alors qu'elle cherchait des soins afin de faire cesser les grandes douleurs qu'elle endurait suite à la pose d'un stérilet, sa couverture de la RAMQ s'est interrompue :

Au milieu de tout ça, tout d'un coup ma carte RAMQ n'était plus bonne, fait qu'il fallait que j'appelle à la Régie, mais là il fallait que je dépose un renouvellement, puis il y a deux semaines de délai... Là tout d'un coup ils m'ont donné une facture de 2 000 \$, fait que j'étais comme... j'ai aucunement les moyens de payer ça. Puis là il fallait appeler la RAMQ mais la RAMQ était comme: « ouais mais nous on peut pas vous assurer que ça soit accepté, donc on peut pas confirmer que cette personne là est assurée, donc au pire payez les 2 000 \$ puis on va rembourser », mais en même temps j'étais comme 2 000 \$ comme ça d'où est-ce que ça vient, genre ? J'ai pas ça comme ça là... (Mme B., entretien 2)

Quelques propos rendent compte de ce qui a facilité l'accès aux ressources (35 occurrences), face aux problèmes de disponibilité identifiés (101 occurrences) : trois participantes ont mentionné les cliniques sans rendez-vous comme alternative, en l'absence de médecin de famille. Parmi les leviers pour l'accès, la proximité est également mentionnée par trois femmes, qui soulignent qu'elles ont eu accès à un-e professionnel-le de la santé directement sur le campus de l'université qu'elles fréquentaient. Ensuite, trois femmes ont nommé que la possibilité d'aller à la pharmacie en tout temps sur les heures d'ouverture, sans rendez-vous et sans prescription, afin de se procurer la pilule du lendemain était un élément facilitateur pour accéder à de la contraception, surtout en comparaison avec la pilule qui, elle, doit être prescrite :

Et oui, des fois aussi ça m'est arrivée de ne pas utiliser aucune méthode contraceptive, et donc utiliser la pilule d'urgence, tu n'as pas besoin de prescription pour ça. Tu te présentes au comptoir, tu dis j'ai besoin d'une pilule du lendemain, ils te la vendent, puis c'est tout. C'est vraiment beaucoup plus facile d'obtenir ça, je ne l'ai pas fait souvent, mais je l'ai utilisée en cas de doute. (Mme I., entretien 9)

Je sais qu'on peut avoir le Plan B à la pharmacie. Si tu as une relation sexuelle puis tu veux prendre le Plan B pour arrêter une grossesse, tu peux aller en pharmacie le demander. (Mme E., entretien 5)

Finalement, trois des quatre femmes de l'échantillon ayant eu recours à l'interruption de grossesse à Montréal ont affirmé que la prise de contact a été facile, notamment grâce au fait d'obtenir un rendez-vous rapproché dans le temps dès le premier coup de fil. Pour Mme F., cette « *prise en charge rapide* » a été rassurante. Mme A. a souligné la simplicité avec laquelle il a été possible de trouver la ressource et de prendre rendez-vous :

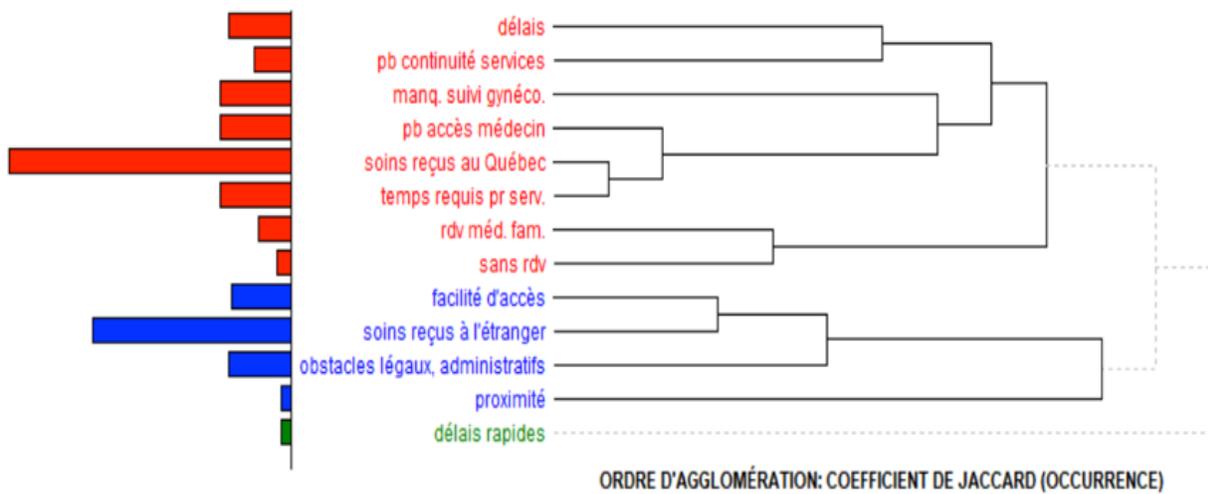
- Est-ce que ça a été facile pour vous de trouver le chemin du [organisme X], qu'est-ce qui vous a permis d'arriver jusque là?

- Oui. Moi j'ai juste... Tout ce que je fais, je recherche les trucs sur internet, et j'ai pu tomber sur ce numéro. J'ai appelé ils m'ont dit OK, j'ai pris rendez-vous, et je suis allée. J'ai utilisé mon Google Maps et j'ai pas eu de difficulté à trouver le centre. (Mme A., entretien 1)

En conclusion, le dendrogramme suivant résume bien les propos tenus sur la disponibilité des services, cette thématique regroupant beaucoup d'occurrences dans notre analyse. Cette représentation graphique met en évidence les catégories d'analyse qui sont les plus fréquemment associées dans le corpus, suite à l'analyse thématique réalisée¹⁰. Nous avons introduit le lieu où les services ont été reçus (Québec vs. pays de naissance des femmes interrogées, comme variable se superposant aux catégories d'analyse) afin de repérer les spécificités de ces contextes quant à la disponibilité des services.

¹⁰ Le logiciel QDA miner avec lequel nous avons réalisé la codification des entretiens permet d'identifier les codes qui sont reliés, par le biais du calcul du coefficient de Jaccard. Partant de ce coefficient, « QDA Miner utilise une méthode de classification hiérarchique par couplage des moyennes afin de créer des groupes à partir d'une matrice de similarité. Le résultat est présenté sous forme de dendrogramme, aussi connu sous le nom d'arborescence. Dans ce type de graphique, l'axe vertical se compose d'items et l'axe horizontal représente les groupes formés à chaque étape de la procédure de regroupement. Les codes qui tendent à apparaître ensemble sont combinés au début du processus d'analyse, alors que ceux qui sont indépendants les uns des autres ou ceux qui ne semblent pas apparaître ensemble tendent à être combinés à la fin du processus d'agglomération » (Provalis, document non daté, p. 136).

Dendrogramme de co-occurrence des codes concernant la disponibilité des services associée aux soins reçus dans le pays de naissance vs. soins reçus au Québec



Ce dendrogramme pointe que les codes les plus fréquemment associés aux soins reçus au Québec, sur le thème de la disponibilité des services, sont les problèmes liés au temps requis pour y accéder (attente aux cliniques sans rendez-vous, en particulier), à l'absence de médecin de famille et au manque de suivi gynécologique.

A contrario, la facilité d'accès est le code le plus fréquemment associé aux soins reçus dans le pays de naissance. Plusieurs femmes ont comparé la facilité à rencontrer un-e médecin généraliste ou encore un-e gynécologue :

[En Algérie] tous les médecins soit spécialistes, soit généralistes, mais ils ont des cliniques, tu n'as qu'à aller te présenter sans rendez-vous ou bien tu appelles et tu as accès aux soins. (Mme G., entretien 7)

De manière générale, que pensez-vous de vos expériences dans le système de santé québécois, en ce qui concerne la contraception ?

C'est horrible. Vraiment. C'est vraiment... j'ai pas eu de bonnes expériences jusqu'à maintenant. Non je trouve que le système de santé en général il est pourri. Et particulièrement pour l'accès aux soins, aux femmes, il est épouvantable. (...) En faite je pense que le système de santé ici au Québec est pire que celui au Mexique. C'est une des choses que je dirais, ça marche pas, pas du tout, mais vraiment pas pantoute. (Mme, I., entretien 9)

China it's fast. Even if you find this doctor is not good, you can go to another doctor right away. There's no delay. (Mme J., entretien 10)

Si les soins reçus dans le pays de naissance sont décrits comme étant plus facilement accessibles, il est notable qu'ils sont aussi caractérisés par les obstacles légaux (interdiction de l'avortement, en particulier) qui s'y présentent.

2. Enjeux d'accessibilité dans le déroulement des services

2.1. Le coût de la contraception : une préoccupation qui influence les choix contraceptifs des femmes

Lorsque vient le temps de faire un choix parmi les différentes options contraceptives, incluant celles qui doivent être prescrites par un médecin, les femmes ayant participé à la recherche ont témoigné du fait que la question des coûts associés à chaque option pèse lourd dans la balance du processus de prise de décision. Ainsi, plus de la moitié des participantes ont nommé qu'elles étaient plus enclines à choisir une méthode contraceptive dont les coûts étaient couverts au moins en partie par leur assurance plutôt qu'une méthode dont les coûts allaient être plus élevés en raison du fait que les assurances ne la prenaient pas en charge. Dans le même ordre d'idées, huit participantes ont nommé qu'à un ou plusieurs moments dans leur vie, elles se sont tournées vers la méthode contraceptive la moins chère parmi celles qui étaient offertes. Le prix est donc déterminant pour le choix d'une méthode, éclipsant parfois les autres considérations :

Le problème c'est justement que tu ne sais pas nécessairement quelle pilule prendre...
Donc c'était ça, c'est ... tu prends la marque la plus cheap. Pis c'est ça que tu prends.
J'ai pris ça pendant plusieurs années. (Mme I., entretien 9)

Le fait que la contraception ne soit pas couverte par une assurance-maladie représente une préoccupation mentionnée par certaines participantes :

De pas savoir, en fait, de pas savoir comment s'en procurer [*une méthode contraceptive*] et savoir le coût donc... Parce que pas d'assurance... (Mme C., entretien 3)

Puis en plus de ça je pense que même les stérilets ne sont pas, ne sont pas couverts en fait. Par certaines assurances donc il faudra les payer, ce qui fait que c'est cher. (Mme A., entretien 1)

A contrario, deux femmes ont témoigné avoir opté pour le stérilet comme méthode contraceptive, malgré son coût élevé, comme alternative à la pilule.

Après il m'a dit bon ben on pourrait essayer des pilules. J'explique « écoute moi les pilules ça me va pas » Tsé la dernière fois que j'ai pris des pilule, c'était vraiment terrible. J'avais presque pas de règles, et j'avais des crampes quand même. Et j'avais des maux

de ventre, j'avais des nausées. Fait que... non ça me fait pas... Ben on peut essayer le stérilet. Fait que la « ok d'accord je peux essayer le stérilet ». (...) Alors voilà j'ai acheté mon stérilet 300 piasses... (Mme I., entretien 9)

Également, les témoignages recueillis montrent que les femmes sont prêtes à payer des montants importants pour obtenir un avortement, lorsqu'elles n'ont pas d'assurance-maladie ou lorsqu'elle se sont trouvées enceintes dans des lieux où l'avortement n'est pas autorisé et qu'il faut y recourir de manière illégale.

Pour résumer c'est vraiment le prix, mais ça avait pas été un frein pour mon avortement parce que c'est sûr que entre payer 400\$ et avoir un enfant toute sa vie, non voulu, ça n'a pas de prix. Mais quand même, je trouve que c'est lourd quand même, puis ça, plus la consultation c'est à peu près 460\$. (Mme F., entretien 6)

En somme, les coûts associés au contrôle de la fécondité sont fréquemment évoqués (n= 9, 28 occurrences) et, même si les femmes interrogées sont prêtes à mettre le prix pour éviter des grossesses non planifiées, les choix contraceptifs sont fortement influencés par ces aspects économiques. Il est notable que seules deux participantes ont mentionné qu'un partenaire contribuait aux coûts de la contraception. Trois femmes ont parlé d'une contribution financière du partenaire lorsqu'il s'est agi d'assumer les coûts d'un avortement illégal ou non couvert par des couvertures médicales.

C'est lui qui a payé pour le stérilet, il a payé la moitié. Il a payé aussi pour mes pilules, mettons. Fait qu'on est vraiment comme les deux là dedans. Puis lui ben il sait absolument tout ce qui se passe, puis on vit aussi ensemble donc j'ai l'impression que... lui aussi est vraiment conscient des enjeux féministes, il a suivi des cours en études féministes fait que j'ai l'impression qu'on est vraiment sur la même longueur d'onde. (Mme B., entretien 2)

Fait que voilà, c'est lui qui a payé *[les coûts de l'avortement, qui était illégal à ce moment au Mexique]*. Mon parent ont parlé avec lui, et ils lui ont dit : « Bon c'est ma fille qui va être en danger, son corps va être en danger, c'est toi qui paie. Puis c'est toi qui paie le voyage de tout le monde et la procédure, et tu viens avec vous ». (Mme I., entretien 9)

2.2. Engagement des femmes dans les soins de santé reproductive

→ D'importants efforts déployés en vue de contrôler la fécondité

Une seule des 12 participantes n'a jamais utilisé de méthode pour contrôler les naissances. Seules 3 participantes ont expérimenté d'une à trois méthodes, 8 en ayant essayé quatre ou plus. La diversité de stratégies utilisées – plus de quatre méthodes en

moyenne, l'une des participantes est allé jusqu'à expérimenter sept méthodes différentes – traduit qu'il n'est pas facile de trouver une méthode pleinement satisfaisante¹¹ et que des efforts importants sont déployés pour éviter des grossesses non planifiées. La capacité à s'engager dans les soins (étape 5 du modèle de Lévesque *et al.*, 2013), du côté des femmes, est donc notable.

Le tableau ci-après résume les différentes méthodes que les femmes interrogées ont utilisées à un moment ou un autre de leur vie. Dans notre échantillon, l'âge moyen des participantes est de 33 ans, et la plus jeune de nos participantes (Mme B., 24 ans) a d'ores et déjà expérimenté cinq méthodes pour contrôler sa fécondité.

Méthodes de contrôle de la fécondité utilisées¹²

| Particip. /méthodes | Mme C. Chypre | Mme A. Tchad | Mme D. France | Mme H. France | Mme I. Mexique | Mme F. France | Mme B. Norvège | Mme E. Haïti | Mme G. Algérie | Mme L. Chine | Mme K. Chine | Mme J. Chine | N |
|---|---------------------|--------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| pilule | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | 10 |
| condom* | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | 9 |
| pilule lendemain | X | X | X | | X | X | X | | X | | | | 6 |
| interrupt. grossesse stérilet | X | X | X | | X | X | | X | | | | | 6 |
| coït int.* | | X | | X | | X | X | X | | | | | 5 |
| méthode calendrier * | X | X | | X | | | | | X | | | | 4 |
| autre méthode | X | | X | X | | | | X | | X | | | 5 |
| Nb total méth. utilisées | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | moy = 4.16 |

¹¹ Les méthodes les plus adéquates varient selon les contextes de vie et selon l'âge, mais plusieurs témoignages ont mis en évidence des insatisfactions vis-à-vis des méthodes utilisées, quel que soit l'âge ou la situation conjugale.

¹² Ce tableau inventorie l'ensemble des méthodes mentionnées au fil des entretiens par les femmes que nous avons interrogées. Il indique le nombre d'occurrence pour chaque méthode dans le discours de chaque participante, au centre du tableau, et totalise le nombre de participantes ayant utilisé telle ou telle méthode (N) ainsi que le nombre total de méthodes utilisées par chaque participante.

La plupart des participantes (10 femmes) a mentionné avoir utilisé la pilule au courant de leur vie. Huit femmes ont eu accès à une prescription de pilule contraceptive au Québec, parfois à la suite d'un parcours sinueux d'accès aux soins. Trois de ces femmes ont eu une période d'interruption de la pilule après leur arrivée au Québec en raison de la difficulté à accéder à un médecin. De plus, deux femmes ont nommé avoir cessé de prendre la pilule prescrite au Québec, car elles n'ont pas réussi à trouver une molécule sans effets secondaires, telle que celle utilisée avant leur arrivée. Toujours sur le plan des méthodes impliquant de recourir au système de santé, 5 femmes se sont fait installer un stérilet, dont deux au Québec. Ensuite, la pilule du lendemain a été utilisée par 6 femmes, dont deux l'ont utilisée au moins une fois au Québec. Cinq femmes ont choisi d'autres méthodes médicalisées, telles que le timbre, l'anneau ou l'implant. Par ailleurs, six femmes ont mis terme à une grossesse – quatre d'entre elles s'étant fait avorter au Québec.

Il est notable que, à l'instar de la population du Canada dans son ensemble¹³, une bonne partie des participantes utilisent ou ont utilisé des méthodes qui n'impliquent pas de recourir au système de santé. Ainsi, neuf femmes ont mentionné avoir déjà utilisé le condom, autant dans leur pays de naissance qu'au Québec. De plus, des stratégies telles que la méthode du calendrier ou du coït interrompu ont été fréquemment choisies à certains moments de la vie des femmes de cet échantillon (n=8).

Partant de la volonté d'éviter des grossesses non planifiées, plusieurs éléments ont été mentionnés par les femmes ayant participé à la recherche quant à ce qui oriente leur choix parmi les différentes stratégies de gestion de la fécondité.

Outre l'accessibilité financière, qui a été mentionnée précédemment, la facilité d'utilisation a été nommée par six participantes (10 occurrences). Il s'agit principalement de la praticité de la méthode contraceptive au quotidien, mais pour Mme I., facilité d'utilisation rime avec possibilité de se procurer le moyen de contraception sans passer par le cabinet d'un-e professionnel-le de la santé. Elle s'est donc tournée vers le condom :

Je pense que j'y suis vraiment allée avec le plus facile. Le plus facile ou le moins cher. Et qui avait le plus haut taux d'efficacité. (...) Pour moi, un condom c'est super facile, tu vas, tu l'achètes. (Mme I., entretien 9)

¹³ « L'Enquête canadienne sur la contraception a constaté que les contraceptifs oraux (44 %) et les condoms (54 %) constituaient les modes de contraception les plus couramment utilisés au Canada, le troisième mode de contraception en importance à ce chapitre étant le coït interrompu (12 %). » (Black *et al.*, 2009, p.S6)

Quatre femmes ont nommé avoir fait leur choix d'une méthode de contraception en fonction de la fiabilité de la méthode, afin d'être assurées de ne pas devenir enceintes :

C'est très possible que ce soit juste après l'avortement que j'ai eu l'implant. C'est comme je me proposais ça comme... avec ça c'est sûr qu'il y aura pas de problème. (Mme D., entretien 4)

J'ai pris plus de pilule, cette période là, parce que je trouvais que c'était le moyen le plus sûr. Voilà. (...) Je peux pas arrêter la contraception, je sais que je suis très féconde. (Mme G., entretien 7)

D'autres motivations peuvent être associées au choix d'une méthode contraceptive – éviter des règles douloureuses ou de l'acné, par exemple – alors le processus décisionnel conduisant à l'utilisation de tel ou tel moyen est un processus complexe.

Et puis ouais, mon syndrome prémenstruel me convient pas trop. Ça me met vraiment... ouais je suis vraiment pas bien. (Mme D., entretien 4)

I think it's like that and... I think the best way is to use condoms, it's not only because you don't want to get ... I don't want the pregnancy, it's also you can prevent from getting disease. (Mme J., entretien 10)

En somme, divers aspects peuvent faire partie de la conversation avec une soignant-e lorsqu'il s'agit de déterminer une stratégie contraceptive, ce qui influencera l'engagement des femmes dans les soins.

➔ Obstacles à l'engagement dans les soins

Malgré la motivation à chercher et obtenir des services de santé en vue d'éviter des grossesses non planifiées, l'engagement dans les soins – l'observance de la pilule, en particulier – est susceptible de fluctuations. La principale raison de l'abandon de la contraception orale tient à des préoccupations quant aux effets secondaires de la prise d'hormones : elles ont été nommées par 10 femmes, à 25 reprises. La crainte que la prise d'hormones ait des effets néfastes sur la santé, à court ou à long terme, n'intervient donc pas seulement dans les premières étapes du parcours de soin, mais aussi au stade où la méthode est effectivement utilisée.

Après j'ai arrêté, j'ai arrêté souvent parce que je me posais des questions sur la prise d'hormones et les répercussions que ça pouvait avoir sur le corps... sur le corps au niveau long terme mais aussi au niveau du poids, au niveau de la santé, des choses comme ça. (Mme C., entretien 3)

Mais aussi l'idée de prendre des hormones, pour une longue période, je sais que c'est nocif pour la santé. Et c'est pas sans... comment dirais-je, c'est pas sans conséquence. C'est pas sans conséquence. C'est pour ça que j'aime pas vraiment prendre la pilule, et aussi d'arrêter de temps en temps. Surtout qu'on a dans la famille les cancers de sein, alors je fais très attention. (Mme G., entretien 7)

Outre les préoccupations face aux effets secondaires des contraceptifs oraux, les témoignages recueillis révèlent que les contraintes liées à l'observance (n=7, 17 occurrences) ont motivé l'arrêt de cette méthode. Sans grande surprise, la rigueur que demande la prise quotidienne de la pilule est également une cause d'abandon de cette méthode :

Au début c'était ben j'essayais [la pilule] pis après ça c'était "ah lala, j'oublie la pilule donc je veux quelque chose de moins contraignant (Mme H., entretien 8)

J'ai trouvé ça euh... chiant. Parce qu'il fallait prendre quelque chose à tous les jours, puis que je suis pas quelqu'un qui arrive à être euh... Je m'en vais souvent, je peux aller dormir ici, dormir là... Il a fallu que j'apprenne à m'organiser. (Mme C., entretien 3)

I had to talk with my family physician, I told him I wanted to change to different method for contraception because I... Now that I have a child I sometime I forget to take my pill and having the patch I only have to change it once a week and I write it on the calendar so it makes it more convenient. (Mme L., entretien 12)

Le stérilet a également été abandonné par 4 des 5 femmes qui ont utilisé cette méthode. Les propos recueillis sur le stérilet ayant détourné les femmes de ce moyen de contraception concernent d'abord la douleur qu'il a provoquée, pour 3 de nos participantes, une 4^e y ayant renoncé en raison de saignements abondants pendant les menstruations.

Là j'ai souffert pendant... pendant deux mois là. (...) J'ai souffert puis j'ai eu peur que ça dure comme ça pendant des mois parce que...Ça fait mal en fait, mais ça fait très très mal puis c'est tout le temps en fait, c'est une douleur aigue tout le temps constante avec des pics des fois. (Mme C., entretien 3)

Ça doit être à 18 ans que j'ai eu le stérilet. Voilà. Donc là c'est ça je l'ai eu pendant trois ans. Puis c'était très bien, mais... mais les règles vraiment trop abondantes. (Mme D., entretien 4)

Ce truc là m'a duré un mois et demi parce qu'il m'a été enlevé au terme d'atroces souffrances ! (rires) (Mme H., entretien 8)

D'autres méthodes prescrites ont été interrompues pour des raisons diverses :

C'est pour ça aussi que j'ai retiré mon implant, c'est parce que j'ai... Là aussi y'a un moment où je sentais que mon cycle avait été dérégulé. (Mme H., entretien 8)

Pis ça [*l'implant*] ne m'a pas du tout convenu, j'ai beaucoup pris du poids, j'avais du spotting tout le temps, enfin voilà. Des choses comme ça. Donc voilà j'ai aussi essayé l'anneau, qui m'a pas convenu non plus du fait que mécaniquement c'est vraiment pas pratique, puis c'est très inconfortable pendant les rapports. (...) Avec cette pilule là c'était sûr qu'on pouvait pas arrêter le préservatif, et en plus ça faisait vraiment des effets secondaires bizarres genre grande sensibilité de la peau, problèmes de peau. Des trucs comme ça. Je sais même plus très bien. Ah oui, problèmes digestifs. J'ai mis très longtemps avant de faire le lien, c'est seulement quand je l'ai arrêtée, je me suis rendue compte, ça va mieux. Enfin bref. (Mme D., entretien 4)

Ces témoignages rendent compte des différentes problématiques qui ont été rencontrées par les femmes, en utilisant des méthodes médicalisées, à la suite de quoi des solutions alternatives ont été recherchées. Il est notable que 4 des 6 participantes ayant eu recours à l'avortement ont vécu une grossesse non planifiée dans le contexte d'un usage inconstant de la contraception orale ou de l'abandon d'une méthode médicalisée. Pour les deux autres femmes, la grossesse était liée au fait que le partenaire n'ait pas adopté de précaution et à l'absence de contraception.

2.3. Perception des soins dispensés au Québec

Les éléments qui déterminent l'appréciation des soins reçus ont pu être dégagés à la suite de l'analyse des descriptions du déroulement des rencontres avec les soignant·es. Deux grandes catégories émergent des témoignages quant à la perception des soins. D'abord, il y a la qualité du lien établi avec le ou la soignant·e, qui touche à la manière d'entrer en relation : l'accueil et le respect ou, au contraire, la froideur, le jugement et la volonté d'imposer son opinion ; le temps accordé à la rencontre, la qualité de l'écoute, le fait de rassurer et d'accompagner la femme qui reçoit les soins. Puis, il y a la perception de la compétence du personnel soignant, qui a trait aux informations données, aux différentes options, solutions et conseils proposés.

→ Sur le plan relationnel : l'importance de se sentir accueillies et écoutées

En ce qui concerne la qualité du lien avec les soignant·es, les récits recueillis ont mettent en évidence que l'accueil et le respect sont des éléments-clés pour une appréciation positive des soins. Les femmes ayant témoigné s'être senties accueillies et respectées lors de rencontres cliniques (n=7, 13 occurrences) ont souvent du même souffle précisé qu'elles avaient *a priori* des craintes provenant de mauvaises expériences. Pour Mme I., le respect rime avec le fait d'être prise au sérieux : « je n'ai pas besoin qu'il [le

médecin] soit mon ami, qu'il soit amical, juste qu'il soit respectueux, juste qu'il prenne ça au sérieux » (entretien 9). Pour Mme J., il s'agit de se sentir comprise et de percevoir de la gentillesse : « *some were very understanding, and they were nice* » (entretien 10). Mme B. nomme le contraste entre ses expériences où elle s'est sentie respectée et celles où elle s'est plutôt sentie infantilisée :

Je veux quand même dire que c'est pas tous les médecins qui sont méchants. Qu'il y a quand même des bonnes personnes, puis j'ai quand même souvent sentie que le monde était respectueux, respectueuses puis... Malgré le fait que des fois, je me sentais peut-être un peu pris comme une personne... Peut-être que c'est juste le fait d'être jeune, mais genre t'es un peu traitée comme un enfant. Ou si c'est juste pour les femmes en général, ça se peut aussi que c'est le fait d'être une jeune femme, qui... peut être, un peu comme ça. Mais sinon souvent le monde est très gentil. (Mme B., entretien 2)

Mme B. nomme aussi que lors d'un épisode de soins, elle craignait d'être jugée par le personnel soignant. Elle a donc été agréablement surprise par l'accueil qui lui a été réservé :

J'ai jamais rencontré des infirmières aussi gentilles ou comme accueillantes de ma vie. Ouais en fait ça c'était vraiment une belle expérience, parce que je suis quand même allée et j'avais peur justement que ce soit une maladie, puis j'avais peur que je vis un peu un jugement, je savais pas trop comment c'était au Québec parce que j'étais pas encore allée voir un médecin. (Mme B., entretien 2)

De son côté, Mme A, qui se présentait à une clinique pour un avortement, craignait aussi d'être jugée par le personnel soignant, alors qu'elle a plutôt été accueillie dans le respect de son choix.

Après, ici, parce que j'ai vu les professionnels de santé au Maroc, au Tchad, et ici ça m'a vraiment, ici ça m'a vraiment affectée parce qu'ils m'ont vraiment aidé et ils m'ont soutenue [*face à sa demande de se faire avorter*]. Et c'est pas... C'était vraiment quelque chose, où on te juge pas, où on te dit OK on va t'aider. Si tu veux pas garder [*l'embryon*], on t'aide. (Mme A., entretien 1)

À l'opposé de l'accueil et du respect, plusieurs participantes ont témoigné avoir été reçues avec froideur par le personnel soignant (n=6, 13 occurrences) et certaines femmes ont reçu des propos culpabilisants et empreints de jugements négatifs (n=2, 7 occurrences). La froideur fait surtout référence au fait de sentir qu'on dérange, d'être reçu de manière impersonnelle, avec un manque d'empathie, de contact.

Fait que finalement je suis allée voir [*à la clinique sans rendez-vous*] puis je trouvais que la madame était juste un peu comme... Bah, c'était un médecin mais je trouvais pas qu'elle était très... T'sais j'avais plus l'impression que je la dérangeais dans sa journée, qu'elle était vraiment comme... qu'elle avait pas envie de me voir mettons. J'avais

l'impression que j'étais juste encore une personne qui la faisait chier parce qu'il y avait une file d'attente de comme... J'sais pas, comme 80 personnes. (Mme B., entretien 2)

Si tu as pas un médecin de famille, il faut que tu perdes des journées pour aller voir un médecin, pendant dix minutes, quinze minutes. Complètement impersonnel, souvent désagréable. (Mme I., entretien 9)

J'ai affaire à des gens, je me demandais s'ils étaient en train de me vendre, je sais pas moi... une paire de chaussure, quoi. Honnêtement j'ai cette sensation là. Je suis vraiment transparente avec toi. Il y a un truc comme ça ouais, dans la santé, je trouve qu'il y a un truc qui est dur ici quoi. Qui est vraiment dur. (...) Et il y a un truc comme ça où tu te sens vraiment seule au monde quoi. Parce que t'arrives, mais c'est pas humain en faite de traiter comme ça. (...) Quand t'es pas née là-dedans, c'est pas normal quoi. Puis là je me disais mais ils sont où les humains ? (Mme F., entretien 6)

Quant au jugement et à la culpabilisation, il s'agit de propos prononcés par les soignant-es laissant entendre qu'ils ou elles n'approuvent pas des choix ou du vécu des femmes :

Il y a quelque chose qui m'a gossé de cette rencontre avec ce médecin. Quand il m'a demandé si j'avais des enfants, j'avais dit non, et que si j'en voulais j'ai dit non, je pense pas. Il m'a dit ah ok donc, t'es l'une de celles... Comme « *you're one of those* ». (Mme I., entretien 9)

[La gynécologue] m'a vraiment traitée comme une conne, ou si j'étais un petit enfant qui savait rien. (Mme B., entretien 2)

Les femmes rencontrées n'ont pas tenu de propos dénonçant explicitement l'existence de préjugés culturels, mais Mme G. relève qu'on lui présupposait la demande d'être suivie par un médecin plutôt que par un homme :

À St-Justine on m'a dit : « vous n'avez pas le droit... », c'est-à-dire je dois être suivie par une femme, ou par un homme... J'ai dit : « pas de problème, j'ai pas de barrière là ». C'est un médecin, il est là pour me soigner et moi je suis patiente. Il y a pas de problème, d'ailleurs le médecin qui m'a suivi c'était une femme, c'est pas un choix, c'est juste c'est une femme. Si c'était un homme, j'aurais aussi accepté, pas de problème. J'ai eu deux suivis de grossesse en Algérie avec des gynécologues hommes. (Mme G., entretien 7)

Mme L. soulève pour sa part l'enjeu d'un manque de sensibilité au fait que des différences culturelles puissent exister :

But I wish they [the doctors] could be more, more flexible, more... maybe accommodating, more sensitive to [cultural] differences. (Mme L., entretien 12)

Ceci traduit toute la difficulté du soin en contexte interculturel, où il s'agit de prendre en compte de la différence culturelle sans toutefois présumer des normes et valeurs auxquelles la personne se réfère.

Un deuxième élément mis en lumière par les récits des femmes est l'importance du temps accordé par le personnel soignant aux rencontres. Les expériences sont mitigées à ce niveau : une bonne partie des participantes ont témoigné de soins donnés de manière trop rapide (n=6, 9 occurrences), tandis que d'autres propos mettaient en avant que la professionnelle de la santé prenait le temps requis pour écouter, expliquer et soigner (n=3, 5 occurrences), marquant ainsi le respect.

J'ai trouvé que t'sais on prenait le temps quand même de te parler, c'était pas non plus ah on s'en fout vas-y... (Mme C., entretien 3)

La personne qui a pensé que j'avais une infection pelvienne, c'était un médecin qui travaillait aux urgences puis elle était vraiment gentille. Très, comme... elle prenait bien le temps de tout expliquer puis de bien expliquer aussi les effets secondaires, les conséquences, à quel point est-ce que je devrais être inquiète ou non, qu'est-ce que ça pourrait comme... J'avais l'impression qu'elle m'incluait plus dans le diagnostic par exemple... puis ça je trouvais ça rassurant. (Mme B., entretien 2)

Les femmes ayant raconté des épisodes de soin où elles ont senti que le personnel soignant n'avait que très peu de temps à leur consacrer précise que ceci leur a donné l'impression qu'elles les dérangent, n'étaient pas les bienvenues ou qu'on ne souhaitait pas réellement les aider avec le motif de leur consultation.

Ça pour le coup c'est un truc que j'ai pas eu au [organisme X] où la médecin, j'avais vraiment plus l'impression qu'elle voulait se débarrasser de moi... (Mme D., entretien 4)

T'as vraiment pas l'impression d'être à l'aise non plus, parce que t'as l'impression que tu prends de leur temps. Pis ça c'est quelque chose de sentir que comme OK mais toi ça fait trois heures que tu attends, puis là le médecin a même pas cinq minutes pour toi. C'est comme trois minutes puis sort. (Mme B., entretien 2)

Après la qualité de l'accueil et le temps accordé à la rencontre, les femmes rencontrées ont abordé l'écoute qu'elles ont obtenue de la part des soignant·es. Alors qu'une seule femme a raconté une expérience de soins vécue au Québec où elle s'est sentie écoutée, cinq femmes (20 occurrences) ont plutôt témoigné n'avoir pas senti d'écoute de la part du professionnel de la santé en face d'elles. À cela s'ajoute une femme qui a précisé que le manque d'écoute prenait la forme d'une banalisation de sa douleur et trois femmes qui ont nommé que le médecin était plus intéressé à leur imposer sa solution qu'à écouter

leur situation et leur demande. Le manque d'écoute prend diverses formes, comme la prescription d'une méthode de contraception qui ne convient pas, pour Mme D. :

Mes demandes par rapport à la pilule, de pas vouloir avoir mes règles et de pouvoir la prendre avec un peu plus de flexibilité que trois heures pour l'effet contraceptif ça m'a vraiment... Enfin elle m'a vraiment envoyé chier pour le dire... Elle était comme « bah non ça n'existe pas », je vais vous prescrire le stérilet, pis j'étais comme j'en veux pas, puis elle me l'a prescrit quand même. (Mme D., entretien 4)

Mme E., de son côté, a senti qu'on lui imposait une méthode contraceptive de manière autoritaire. Cette méthode a ensuite été rapidement abandonnée :

- Est-ce que vous vous avez été satisfaite des discussions que vous avez eues [*avec une professionnelle de la santé*]?

- Non, comme je vous disais c'était pas mal plus autoritaire. On a fait ça [*l'avortement*], on n'avait pas vraiment de conversation. On l'a fait et puis après je l'ai rencontré, puis il m'a dit que je dois prendre ça [*le timbre contraceptif*] si je veux pas retomber enceinte. C'était comme, comment je pourrais dire ça, comme un ultimatum : « prends ça si tu ne veux pas tomber enceinte », c'est comme ok... (...) Je l'ai utilisé même pas pendant un mois. (Mme E., entretien 5)

Pour Mme J., c'est le déni de ses symptômes, le refus de les prendre au sérieux qui est considéré comme un manque d'écoute:

I found a gynecologist, sometimes they are not... I don't know how to say... They are not, I don't want to judge them. I just feel they are not professional, they don't listen to you. I told them I have all those symptoms, but they just never study it, investigate, they just didn't want to check everything for you. So they just tell you « oh you don't have any STI » or « don't have any infection » but my symptoms never go away, so that cause you know... delay. (Mme J., entretien 10)

Mme B., pour sa part, a dû négocier avec une gynécologue qui refusait d'accéder à sa demande de lui enlever le stérilet, en invoquant comme raison que sa douleur ne justifiait pas de l'enlever.

En tout cas moi j'ai dit « bah j'aimerais ça que vous enlevez mon stérilet de toute manière parce que ça me fait vraiment mal ». Puis elle a dit que c'est normal que ça fasse mal. Puis là elle voulait pas me l'enlever. J'étais comme... là vous êtes la seule personne qui peut l'enlever donc je peux pas le faire moi-même non plus, ça marche pas trop comme ça. Puis là je me suis dit, bon qu'est-ce que je peux dire pour la convaincre de l'enlever, parce que ça me tente pas de prendre rendez-vous avec un autre gynécologue. (Mme B., entretien 2)

Enfin, pour Mme L., le manque d'écoute prend la forme d'une indifférence face à ses préoccupations :

I don't know but, it's just that kind of thing when I explain to the doctor he says "oh no it's fine" like he just dismisses it instead of listening to our concerns, and maybe giving some different opinions, different advice, maybe he doesn't know or something but I'm, I'm glad to have the advice but some advice are a little bit more personal or a little bit more sensitive to different cultures or would be more preferred. (Mme L., entretien 12)

Cinq femmes ont nommé (12 occurrences) avoir apprécié que des soignant-es les rassurent par rapport à leurs préoccupations. L'acte de rassurer implique à la fois que les soignant-es aient pris le temps d'écouter les femmes avec un certain respect et aussi qu'ils donnent des informations pertinentes aux femmes en lien avec leur demande.

Elle m'a montré, expliqué, ça a désacralisé la chose et je me suis dit ah mais c'est pas grave en fait, je le mets puis si vraiment ça me fait trop mal et si je suis plus capable de supporter la douleur ben je retirerai... Enfin c'est devenu plus simple j'ai trouvé, j'ai trouvé qu'au X ça avait été vraiment simple. Comme si c'était pas grave, c'était simple, c'était... ça dédramatisait la chose en fait. (Mme C., entretien 3)

Enfin, toutes les participantes ayant eu un avortement au Québec ont témoigné avoir été satisfaites de l'accompagnement reçu. Les expériences négatives sur les services donnés pour une interruption de grossesse se sont déroulées dans les pays de naissance des femmes, l'aspect difficile de ces expériences étant soit lié à un contexte d'interdiction légale de l'avortement, soit lié à des attitudes ayant conduit les participantes à se sentir jugées. Il est par contre apprécié que l'accompagnement dépasse la dimension médicale, pour recevoir de l'aide au plan émotif et que du temps soit accordé à répondre aux questions et aux besoins des femmes.

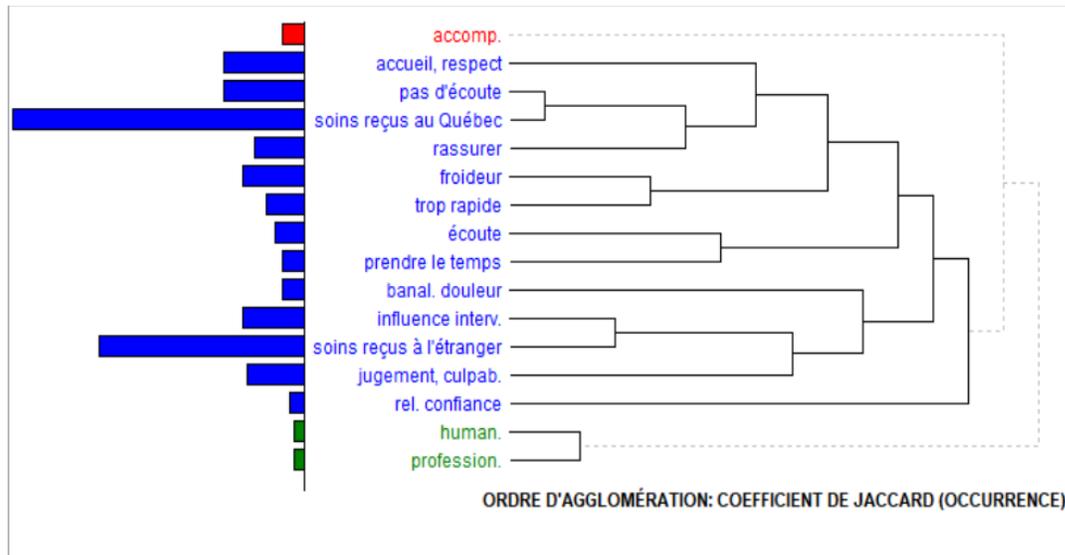
C'est vrai elles se sont vraiment occupées de moi, parce que quand j'étais allée j'étais en larmes, je n'arrivais pas. Donc ils m'ont aidé et tout. (Mme A., entretien 1)

Pour conclure cette section consacrée à la perception de la qualité des soins reçus au Québec, au plan relationnel, nous présentons à nouveau un dendrogramme des codes regroupés dans cette catégorie, en les associant au lieu où les soins reçus ont été dispensés (pays de naissance vs. Québec).

Les éléments présentés précédemment concernaient uniquement les soins reçus au Québec, mais le dendrogramme qui suit comprend l'ensemble des propos tenus sur la qualité des soins, quel que soit le contexte. Il illustre que l'enjeu du manque d'écoute, de la rapidité et de la froideur est associé aux soins reçus au Québec – ceci étant contrebalancé par le sentiment des participantes d'avoir été rassurées, accueillies et respectées, lorsque les soins se sont bien déroulés. En ce qui concerne les soins reçus dans le pays de naissance, les co-occurrences montrent qu'ils se caractérisent davantage par des attitudes de jugement voire de culpabilisation de la part des soignant-es rencontrés-es, qui donnent

également l'impression aux femmes interrogées de chercher à exercer qu'une influence est exercée sur leurs choix.

Dendrogramme de co-occurrence des codes concernant la qualité des soins au plan relationnel (pays de naissance ou Québec)¹⁴



➔ Sur le plan de la compétence : l'importance de bien informer et de conseiller adéquatement

L'appréciation de la qualité des soins ne passe pas seulement par la dimension de la relation avec le personnel soignant, mais aussi par la perception de leur compétence. Celle-ci est évaluée en fonction des savoirs qui sont mobilisés et verbalisés par les soignant-es sous forme d'informations données, de solutions aux problèmes amenés par les femmes et de conseils prodigués.

Concernant les soins reçus Québec, la moitié des participantes a exprimé avoir été bien informées par le personnel soignant au cours de certaines expériences de soin (n=6, 12 occurrences). Elles ont souligné avoir apprécié recevoir des explications complètes sur les soins proposés, leur déroulement et leurs effets. De plus, les femmes consultant pour

¹⁴ Ces éléments issus des fonctionnalités du logiciel QDA Miner permettent de visualiser les associations entre les catégories d'analyse. Nous avons ainsi une vue d'ensemble sur le contenu de la thématique « qualité des soins au plan relationnel » qui a été élaborée au fil de l'analyse, de manière complémentaire aux extraits de verbatim. Le dendrogramme présenté repose sur le calcul du coefficient de Jaccard, et permet de repérer les catégories qui entretiennent une proximité.

obtenir un moyen de contraception ont affirmé avoir apprécié qu'on leur décrive l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles, afin qu'elles puissent faire un choix.

On en a parlé longuement. Elle a montré plusieurs méthodes, et tout ça. On a fait toute une séance comme ça, sur la contraception. Des nouvelles méthodes, qu'est-ce qui marche le plus, voilà. (Mme G., entretien 7)

Cependant, les expériences vécues au Québec sont mitigées au niveau de la qualité de l'information donnée aussi, celle-ci était jugée faible (n=5, 12 occurrences). Plusieurs participantes déplorent le manque d'information donné sur les différentes options contraceptives – ce qui nuit à la possibilité de faire des choix :

Je comprends pas pourquoi c'est si difficile de dire « écoute, voilà tes options, voilà ce qui existe, qu'est-ce que t'as eu dans le passé, voilà une balance, c'est quoi les problématiques dans ta famille ». Dans ma famille il y a des cancers, donc ok peut-être que tel affaire ça fonctionne pas pour toi, peut-être qu'il faudrait vérifier ici, ok tu sais comme... Trouver l'espace, le moment, le temps d'expliquer, de parler avec la personne, d'être agréable, de se sentir en confiance, de ne pas se sentir... Je sais pas, comme tout le temps pressé, comme tellement impersonnel, tellement... C'est difficile de poser des questions, comme je disais c'est difficile de contrarier un médecin, c'est difficile... C'est pas vu, selon mes expériences, c'est pas vu quelque chose d'important. C'est aussi simple que « ben pourquoi tu fais une histoire, prends des pilules ». (Mme I., entretien 9)

J'avais le sentiment que y'avait pas grand choix par rapport à la contraception là, c'était du genre "oh la pilule ou la pilule " quoi. C'est comme leur zone de confort là. (...) En plus je travaillais dans la santé, en promotion de la santé là, donc je me suis intéressée très rapidement aux méthodes de contraception donc je voyais bien que le discours des gynécologues par rapport à ce qui existe vraiment était quand même très très restreint. (Mme H., entretien 8)

Dans le même ordre d'idées, la majorité des femmes rencontrées (n=7, 10 occurrences) témoignent de leur appréciation de conseils prodigués par le ou la soignant·e quand ceux-ci répondent à leurs préoccupations tout en laissant l'espace d'effectuer des choix. Ces conseils touchent autant la préparation à l'accouchement vécu par deux participantes, que le conseil du pharmacien qui fournit la pilule du lendemain sur la contraception ou celui d'une infirmière ou d'un médecin sur une méthode de contraception en particulier. Généralement, ces conseils sont les bienvenus et écoutés attentivement.

It helped us to make a schedule and to plan out, like, when we should do one thing like... We sort of did something similar, like timeline when we want our child to be born, when we should start to have more sexual relations to have the child, and then when we should start getting ready to... you know. (Mme L., entretien 12)

Mais en même temps elle m'a raconté que les stérilets avec les hormones, c'est vraiment local, c'est pas comme prendre des pilules, c'est vraiment juste localement. Il y a moins d'hormones, c'est vraiment juste comme concentré dans ton corps. Donc, c'est quand même déjà mieux que la pilule, puis c'est plus sécuritaire. Finalement, je me suis dit « bon bah ok je vais juste le prendre ». (Mme B., entretien 2)

Les expériences sont par contre mitigées quant à certaines solutions proposées par un·e médecin lorsqu'un problème précis de santé sexuelle et reproductive est soumis, tel que des symptômes inhabituels, ou encore, la demande de changer de méthode contraceptive afin d'éviter des effets secondaires ou des contraintes d'observance. Trois femmes ont nommé que les solutions offertes par répondaient à leurs attentes, dont Mme D. : « *pour le coup, ce qu'elle m'a donné se prenait en continu, elle a quand même répondu à cette demande* » (Mme D., entretien 4).

Après il m'a dit bon ben on pourrait essayer des pilules. J'explique « écoute, moi les pilules ça me va pas, la dernière fois que j'ai pris des pilule, c'était vraiment terrible. J'avais presque pas de règles, et j'avais des crampes quand même. Et j'avais des maux de ventre, j'avais des nausées. Fait que... non ça ne me fait pas - Ben on peut essayer le stérilet. - Ok d'accord je peux essayer le stérilet. » (Mme I., entretien 9)

Par contre, quatre femmes ont nommé que la personne rencontrée n'avait rien à proposer pour résoudre un problème de santé ou répondre à une demande spécifique.

Finalement, une partie des femmes que nous avons interrogées a perçu un manque de compétence de la part des professionnel·les de la santé rencontré·es (n=4, 13 occurrences). Cette perception est parfois attribuée au fait que les soignant·es n'ont pas investigué afin de trouver la cause des symptômes vécus par les femmes (Mme J. et Mme I). Pour ces deux femmes, le manque de compétence conjugue l'absence de savoirs sur ce qui pourrait causer leurs symptômes avec le sentiment que les médecins rencontrés ne les prennent pas au sérieux. Enfin, une seule femme a déploré le manque de sensibilité culturelle des professionnel·les de la santé qu'elle a rencontré :

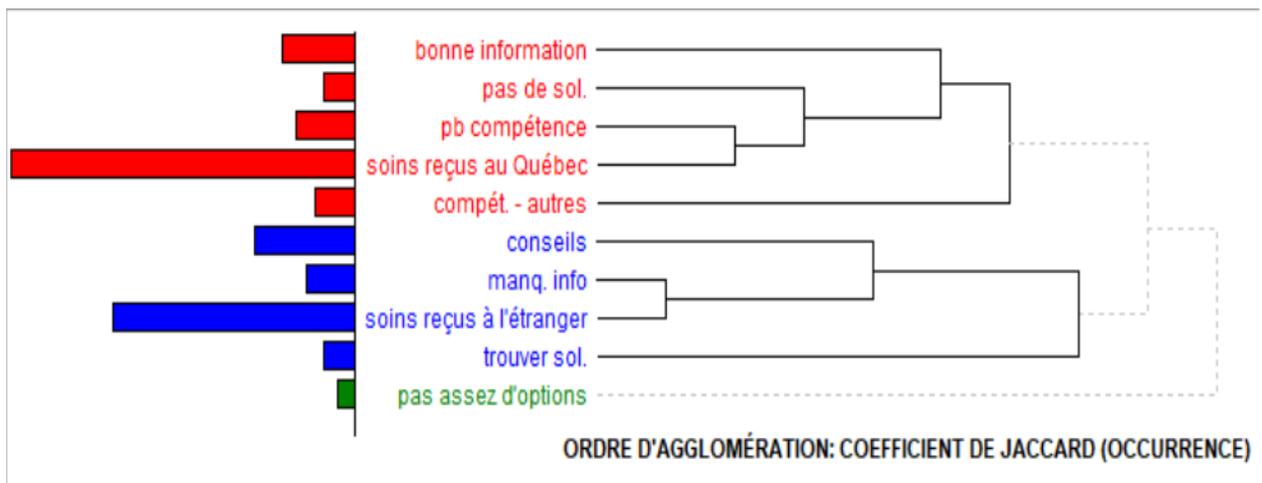
[The medical professionals] gave good advice but sometimes it wasn't like... It was just the family planner that was Chinese and then my doctor wasn't. It was fine but they didn't really know, like, certain special... like certain ways that we, how do I say this.. Like sometimes we do it a little bit differently, like talking about sexual relations is not so open in our culture I mean in many more conservative culture too, so like we can just do it when we want like, so like some cultures they just do it (laughs) and some others they don't. (...) When I talked to some medical professionals they're not so sensitive to this things, so it was some awkward experiences sometimes but it wasn't so bad. (Mme L., entretien 12)

Le dendrogramme ci-après vient compléter les observations que nous venons de synthétiser concernant les soins reçus au Québec, en intégrant des informations sur ce qui caractérise les soins reçus dans le pays de naissance, préalablement à l'immigration. Le manque d'information sur les options contraceptives, l'avortement ou d'autres soins sont plus fréquemment rapportés dans ce contexte, comme le relate par exemple Mme I. concernant l'installation d'un stérilet au Mexique :

Quand je suis allée voir le gynéco, le premier rendez-vous, ben je savais pas trop comment ça se passait, parce qu'il y a personne vraiment qui m'a expliqué rien. Genre le stérilet, ok d'accord, lequel, comment ? Je sais pas là, j'ai aucune idée. (Mme I., entretien 9)

En comparaison, des problèmes sur le plan de la compétence sont plus fréquemment associés aux soins reçus au Québec. Cependant, ceci tient en bonne part à ce que Mme J. ait longuement développé le fait qu'une ITSS n'ait pas été repérée au Québec, ce qui l'a poussée à retourner dans son pays de naissance pour obtenir des soins (8 sur les 12 occurrences concernant des problèmes de compétence au niveau des soins reçus au Québec). Le fait que les soignant·es n'apportent pas de solution au problème amené lors d'une consultation est plus fréquemment relié aux soins reçus au Québec, mais le fait d'avoir été bien informées est par contre plus souvent souligné dans le contexte québécois.

Dendrogramme de co-occurrence des codes concernant la qualité des soins au plan relationnel associée au lieu de réception des soins (pays de naissance vs. Québec)



À l'issue de cette section consacrée à la perception des soins dispensés, quelques observations vont être ajoutées. Nous rappelons que les participantes à la recherche ont été invitées à raconter les événements significatifs en lien avec la planification familiale depuis le début de leur vie sexuelle. Ainsi, elles ont témoigné des soins qu'elles ont reçu en santé sexuelle et reproductive dans leur pays de naissance, et ont spontanément comparé leurs expériences vécues à l'extérieur du Québec avec leurs expériences québécoises. Dans une perspective d'amélioration des soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes immigrantes au Québec, ces récits sont pertinents car ils nous informent sur des différences dans l'offre de soins qui pourraient ouvrir la voie sur d'autres manières de donner accès et de prodiguer des soins.

Il est notable que quatre participantes aient mentionné avoir perdu confiance en le système de santé québécois à la suite de mauvaises expériences. Une de ces femmes a nommé que la difficulté d'accès aux soins et les interactions difficiles avec les soignants l'ont amenée à reconsidérer son plan de s'installer au Québec de manière définitive. Quatre femmes ont raconté que suite à un parcours de soins insatisfaisant, elles ont pris l'initiative de retourner dans leur pays de naissance (Chine, France, Mexique, Norvège) afin d'y obtenir des services. Parmi celles-ci, deux femmes en proie à des symptômes douloureux et inhabituels ont dû se résigner à retourner dans leur pays de naissance afin d'obtenir un diagnostic, puisqu'elles n'étaient pas prises au sérieux par les médecins qu'elles ont rencontrés au Québec. Alors que les médecins québécois ont refusé d'investiguer afin de trouver la cause de leurs symptômes, elles ont obtenu une prise en charge rapide et efficace dans leur pays de naissance – ceux-ci étant non remboursés, toutefois. Dans le cas de Mme J., le traitement pour son ITSS a été administré dans son pays de naissance (Chine), mais, au moment de l'entretien, elle vivait toujours avec des séquelles de son infection. Elle affirme que si l'infection avait été traitée plus rapidement, il n'y aurait pas eu de séquelles. Mme I., pour sa part, a pu accéder à des examens poussés (IRM) dans son pays de naissance, le Mexique. Le gynécologue qu'elle a consulté lui a conseillé un suivi, qu'elle n'avait pas encore pu obtenir au Québec au moment de l'entretien.

Par contre, les femmes ayant vécu une interruption de grossesse dans leur pays de naissance (n=4) ont témoigné avoir fait face à beaucoup de jugement, des « discours moralisateurs » (Mme C.), de la « maltraitance » (Mme D.), des « agressions verbales » (Mme I.) de la part des soignant·es. Deux de ces quatre femmes se sont fait avorter clandestinement, l'avortement étant illégal dans leur pays de naissance, ce qui a engendré non seulement de grands coûts, mais aussi beaucoup de stress et d'inquiétude (pour Mme I. et Mme E.). Ainsi, les interruptions de grossesse ont été bien mieux vécues au Québec, les femmes faisant état d'un accueil sans jugement.

Également, trois femmes ont témoigné que, dans leur pays de naissance, les professionnel·les de la santé avaient une préférence pour la pilule contraceptive et avaient manifesté une réticence à accéder à leur demande de se faire poser un stérilet. Une de ces femmes a dû voir plusieurs gynécologues avant d'en trouver un qui accepte de lui poser un stérilet et une femme a renoncé à ce moyen de contraception :

Sur le stérilet, beaucoup.... Très évasif en France, j'ai trouvé, très très... On va vraiment l'encourager à pas le prendre. On donne des informations sur les mauvais côté, y'a comme... comme pas vraiment autre chose. (Mme C., entretien 3)

En somme, les expériences sont mitigées dans le pays de naissance comme au Québec, sur le plan de la qualité des soins. Si un manque d'écoute ou une froideur de soignant·es sont principalement déplorés au Québec, l'exercice d'une influence et des attitudes empreintes de jugement sont davantage critiquées dans les expériences de soins vécues préalablement à l'immigration. Bien que plusieurs femmes aient mentionné s'être senties accueillies et respectées ainsi que bien informées, dans leurs expériences de soin au Québec, la confiance reste plus difficile à établir et certaines retournent dans leur pays de naissance pour obtenir des soins, en assumant le fait de les payer de leur poche.

3. Éléments de contexte périphériques aux parcours de soins

3.1. Le rôle de l'entourage dans les décisions relatives à la contraception et l'avortement

Au-delà des étapes qui jalonnent les parcours d'accès (ou pas) aux soins de santé reproductive, les femmes que nous avons rencontrées ont évoqué d'autres aspects ayant exercé une influence importante sur leurs stratégies de gestion de la fécondité. En premier lieu, le rôle joué par l'entourage est fréquemment évoqué dans les entretiens. Sans grande surprise, les partenaires sont souvent mentionnés lorsque les femmes interrogées expliquent les raisons pour lesquelles telle ou telle méthode contraceptive a été utilisée, ou encore ce qui les a conduites à faire le choix d'un avortement, face à une grossesse non planifiée. Un élément plus étonnant, compte tenu de la moyenne d'âge de 33 ans dans notre échantillon, est par ailleurs la fréquence des propos tenus sur le rôle des parents au niveau de la santé reproductive. Finalement, il est à remarquer que le réseau amical est très régulièrement nommé comme une source d'informations et de conseils qui influencent les choix opérés au plan contraceptif.

→ Le rôle des partenaires

Le rôle joué par les partenaires, au niveau des stratégies de gestion de la fécondité, est le plus souvent abordé de manière positive, en termes de dialogue (n=10, 26 occurrences) et de soutien aux choix souhaités par les femmes que nous avons rencontrées (n=7, 15 occurrences). Les témoignages de Mme C. et Mme I., à titre d'exemple, illustrent ce type de rapport :

Je pense que la personne avec qui vraiment j'ai le plus parlé [*de contraception*] c'est mon conjoint, là, depuis 8 ans. Parce que je suis très proche et puis qu'on a un dialogue très... on dialogue beaucoup en fait, normalement, donc voilà je lui ai parlé. (...) On parle beaucoup de contraception, parce que moi je lui ai dit que je voulais pas reprendre la pilule, que je voulais essayer comme d'arrêter les hormones puis on se posait la question, mais est-ce qu'il y a des choses aussi pour les hommes puis euh... On connaît pas trop, en fait, on sait pas trop t'sais la vasectomie j'ai aucune idée de savoir si c'est quelque chose de réversible ou d'irréversible je sais pas. (Mme C., entretien 3)

Ce qui m'a aidée, mon mari, définitivement. C'est une personne très compréhensive et il m'a jamais poussée à rien. Il a toujours été là, il m'a écoutée, etc. (Mme I., entretien 9)

Cependant, le dialogue n'est pas toujours aisé (n=4, 6 occurrences), et certaines participantes ont déploré le désengagement (n=3, 6 occurrences) ou le fait que leurs partenaires imposent des choix :

Puis là moi vu que j'étais pas super sûre de moi tout le temps, ben j'osais pas forcément non plus demander [*à utiliser un condom*]... Maintenant quand je pense à ça, je me dis genre, ah j'aurais vraiment dû lutter, parce que ça aurait sauvé un peu de stress et un peu d'anxiété après, genre, mais je pense qu'à l'époque j'étais comme pas assez sûre de moi pour réellement oser demander, ou j'avais peur que ces personnes là me laissent. Ou genre qu'ils me trouvent plate, ou, genre, trop prude, mettons. (Mme B., entretien 2)

Voilà, c'est comme ça que je m'étais retrouvée enceinte à cet âge-là : la mauvaise communication avait fait que j'avais pas compris qu'il avait éjaculé, sinon j'aurais pris la pilule du lendemain. J'étais quand même assez renseignée sur ces choses là. (Mme D., entretien 4)

Lorsque j'étais en recherche d'une méthode de contraception autre que la pilule, je n'avais pas, j'avais le sentiment vraiment qu'il y avait pas grand chose d'autre. [...] Là pour le coup j'ai cédé à quelque chose que... Même si, ben je pense peut-être que j'étais pas prête à tenir le bout là-dessus, en me disant "non non j'ai le choix" mais... voilà. C'est ça. Je dirais que la réticence de mon ex était aussi un obstacle. (Mme H., entretien 8)

Ainsi, les partenaires peuvent favoriser ou pas l'autonomie procréative des femmes, selon l'attitude qu'ils adoptent. Nos participantes témoignent de leur appréciation d'attitudes ouvertes au dialogue et respectueuses de leurs préférences sur le plan des méthodes utilisées pour contrôler les naissances.

→ Le rôle des parents

Les femmes que nous avons rencontrées ont souvent parlé de l'impact de l'attitude de leurs parents au niveau des pratiques contraceptives. L'absence de dialogue à ce sujet a été déplorée par 7 participantes (16 occurrences), qui auraient aimé pouvoir être soutenues dans l'accès à la contraception.

Quand c'est tabou à la maison, qu'on en parle pas du tout, c'est quelque chose qui n'existe pas... Je trouve que c'est des choses qu'on peut s'épargner dans la vie, par la communication. (...) Je pense que c'est notre histoire liée à la religion qui voit le sexe comme « mal ». D'en parler ouvertement, ça ouvre la porte aussi à la contraception. (Mme F., entretien 6)

Ma famille m'a jamais parlé de ça. On n'a jamais eu de conversation, d'éducation sexuelle chez nous en Haïti c'est pas... Quand j'étais là-bas, en tout cas, dans ma génération, les parents parlent pas de ça aux enfants, c'est comme tabou. (...) Je conseillerais de prendre le contraceptif, les jeunes... Parce qu'on sait jamais quand on va vraiment vouloir un enfant, quand on va être prêt pour avoir l'enfant, pour ne pas avoir plein d'enfants puis avoir une interruption volontaire de grossesse pendant plein de fois puis après pour le regretter dans le futur. (...) Oui, si mes parents m'auraient éduqué à ça [*la contraception*], peut-être, j'aurais peut-être pu prendre ça. (Mme E., entretien 5)

C'est difficile pour les parents, ou en tout cas pour mes parents, d'accepter que je pouvais être une femme sexuellement active qui désire, qui a des hormones, donc... Ce qui me permet pas nécessairement de... d'avoir une confiance pour pouvoir leur parler ou leur poser des questions, ou leur demander... (Mme I., entretien 9)

6 participantes (16 occurrences) ont au contraire nommé que l'appui et l'information apportés par leurs parents – leur mère en général – ont été précieux :

Pas d'obstacles [pour faire des choix contraceptifs] parce que la chance que j'ai, ma mère elle est médecin donc elle nous donnait beaucoup d'aide, d'information. (Mme K., entretien 11)

J'ai eu l'impression que ma mère m'a toujours... Elle a fait avec ce qu'elle connaissait, mais qu'elle m'a toujours encouragée. (Mme C., entretien 3)

Le rôle joué par la famille est donc variable, également, en favorisant ou pas une connaissance des options contraceptives, ce qui influence la possibilité de faire des choix au plan reproductif selon les femmes interrogées.

Au-delà de la contribution ou non des parents à une éducation sur le plan de la santé sexuelle et reproductive, les participantes rencontrées ont parfois mis en évidence que leurs parents ont joué un rôle important dans la décision d'interrompre une grossesse :

Oui, parce que quand je suis arrivée ici, j'étais arrivée en tant qu'étudiante, puis j'étais tombée enceinte ici. Mes parents ne voulaient pas que je garde l'enfant. (...) Dans ma tête j'ai toujours voulu avoir des enfants, c'est mes parents qui voulaient pas que j'en aie. (Mme E., entretien 5)

Et là maintenant pour nous par exemple, c'est pas bien d'aller faire des enfants comme ça sans père. Pour mes parents ça va être un choc et puis ça va me créer un conflit entre mes parents et moi. Ça, c'est un peu difficile à comprendre, mais c'est un truc... C'est dans notre culture, en fait. Si je pouvais le faire et que la religion me le permettait, moi je m'en foutais des autres, je peux faire un enfant et puis le garder pour moi, c'est mon enfant. Mais je peux pas faire des choses que, après, il y aura des conséquences à long terme et ça va suivre chez eux. (Mme A., entretien 1)

Ces propos traduisent l'importance que peut revêtir le regard des parents, malgré la distance (ces deux femmes ont avorté au Québec, alors que leurs familles habitent dans leur pays de naissance) et le fait d'avoir atteint l'âge adulte (Mme E. était une jeune étudiante lors de son avortement et Mme A. était âgée de 34 ans).

→ Le rôle des amies

Plusieurs participantes ont témoigné du rôle important que leurs amies ont joué, dans leurs choix contraceptifs, en étant une source d'informations utiles :

Avec ma mère ou mes parents j'ai jamais parlé vraiment de ça [la contraception]. Non c'est vrai qu'avec mes amies, ben on se passait des tips, pour ça. (...) Mes recherches se limitaient pas mal à mes amies. (Mme I., entretien 9)

Ma première gynécologue avec qui je suis restée longtemps, y'avait que la pilule, c'était tout, donc je savais pas qu'il y avait d'autres choses et c'est en rencontrant d'autres femmes que j'ai appris qu'il y avait d'autres choses. (Mme C., entretien 3)

D'autre part, il est mis en avant que les informations et expériences partagées au sein du réseau amical peuvent permettre de se sentir davantage en confiance ou rassurées :

[Ma coloc] m'a parlé pas mal de pas mal de chose et puis... Je pense que c'était essentiel en fait qu'elle me parle. J'avais une sensation, pas de déjà vu, mais d'avoir apprécié comment ça [l'avortement] se passait avant que ça se passe. D'avoir eu une vision en fait. Ça m'a fait moins peur. (Mme F., entretien 6)

C'était cool aussi parce qu'on était trois amies qui étaient allées chercher la pilule contraceptive en même temps, fait que ça nous a donné de la solidarité. Puis il y en avait une qui faisait aussi je pense un test de dépistage. Puis là on allait comme se soutenir là-dedans, ce qui était quand même bien parce que je voyais la solidarité avec des amies, puis je me sentais pas seule là-dedans. Mon amie racontait qu'elle allait faire un test de dépistage, parce qu'elle savait pas trop... Fait que là, ça défait un peu la gêne de ce côté là aussi, ce qui était une bonne chose, je pense. (Mme B., entretien 2)

3.2. Une prise de distance vis-à-vis des normes sexuelles, familiales et de genre

Un autre point notable dans les entretiens réalisés est que la position pivot des femmes rencontrées, entre deux espaces culturels, soutient le développement d'une analyse critique vis-à-vis de normes sexuelles, familiales et de genre prévalentes dans l'éducation qu'elles ont reçu. En étant exposées aux normes propres à la société d'accueil, leur biculturalité vient questionner les visions du monde et donne une marge de manœuvre pour identifier ce en quoi ces normativités peuvent influencer leurs attitudes et choix de vie :

Well, before, in China it's like everybody should get marriage, a baby. But here, I find it's more open minded. A lot of people they don't get married, and maybe they don't want children. So this help me maybe change the concept of the family. (Mme J., entretien 10)

Parce que moi ce que moi je parle, je parle en tant que Africaine musulmane. Mais tout le monde a une conception différente de la vie. Si j'étais peut-être canadienne, j'allais agir d'une autre manière. Ça dépend. (Mme A., entretien 1)

Je trouve que c'est beaucoup plus facile ici, on est plus éduqué à ça [la contraception]. C'est moins tabou qu'en Haïti. En Haïti, non tu peux pas vraiment trouver ça quand t'es jeune là... Ici je vois les jeunes sont plus, sont plus ... Comment je pourrais dire ça ? Ils ont plus accès à ça. (Mme E., entretien 5)

Yes but I like to have my children to be maybe educated in western society, just like me, so... yeah, to be more, to have different values, but we'll, we teach our, I'm teaching like us as parents, we are teaching my daughter chinese so she keeps her ancestry, her culture and also to integrate into, into the bigger culture in Montreal. I mean it's good to

have both since she comes from chinese parents and she lives in a francophone environment, I think it's good to have both and not just one. (Mme L., entretien 12)

On voit ainsi que les femmes rencontrées entretiennent un rapport dynamique avec la culture de leur pays de naissance, tout comme avec celle de leur pays d'accueil, en adoptant des éléments culturels qui entrent en cohérence avec leurs aspirations mais aussi en maintenant un lien avec leurs histoires et identités. Ceci met en évidence que les femmes immigrantes ne sont pas figées dans des modèles culturels hérités de leurs pays de naissance. Ainsi, tout en tenant compte de la dimension interculturelle de la rencontre avec des personnes issues de l'immigration, il est difficile de présumer ce qu'il en est de leur vision du monde à partir de leur appartenance culturelle ou communautaire : la rencontre d'une culture différente génère d'importants changements chez les personnes immigrantes, qui réagissent de manière singulière aux nouvelles normes, idées et manières de vivre de la société d'accueil, en fonction de ce qu'elles valorisent, de leurs expériences de vie et des positions sociales qu'elles ont occupées et occupent actuellement.

À l'issue de ce chapitre de présentation des résultats, la section suivante en proposera tout d'abord une synthèse. Leur discussion, de manière transversale et de dégager des recommandations pour les pratiques et la recherche.

Synthèse des principaux constats

1. Concernant les premières étapes du parcours de soin

→ Un manque d'éducation à la santé sexuelle et reproductive :

À l'instar des recherches menées par Newbold et Willinsky (2009), Wiebe *et al.* (2006) et Wiebe (2013) au Canada, mais aussi dans de nombreuses recherches internationales¹⁵, le constat d'un manque de connaissances sur les questions sexuelles et reproductive est rapporté par la moitié des femmes que nous avons interrogées. Celles-ci auraient souhaité que le milieu scolaire ou familial transmette davantage d'informations à ce sujet, ce qui aurait facilité le recours à une contraception fiable. Face à ce manque d'éducation, qui apparaît être transculturel même si les tabous sexuels sont plus forts dans certains contextes, nous observons également (Dolan *et al.*, 2006 ; Schmidt *et al.*, 2018) que certaines d'entre elles se renseignent de manière autodidacte, en ligne. Les craintes fréquemment mentionnées relativement à l'utilisation de la pilule, qui étaient observées dans d'autres recherches également (Akerman *et al.*, 2019 ; Raben et Van Den Muijsenbergh, 2018 ; Wiebe, 2013) peuvent en partie être reliées au manque d'informations transmises par des sources médicales à propos de cette méthode. Par ailleurs, il s'agit également de considérer l'arrière-plan historique de la contraception orale¹⁶, qui influence les représentations actuelles.

→ Des problèmes d'accès à l'information sur les services disponibles :

Les femmes immigrantes que nous avons rencontrées jugent qu'il est difficile de trouver l'information concernant les services de santé reproductive existant au Québec. Ceci rejoint les constats opérés dans la recherche menée par Wiebe (2013) en Colombie-Britannique, où les répondantes déploraient un manque d'informations sur la

¹⁵ Akerman *et al.*, 2019 ; Betancourt *et al.*, 2013 ; Bollini *et al.*, 2006 ; Craig *et al.*, 2014 ; Dias *et al.*, 2010 ; Ilami et Winter, 2020 ; Larsson *et al.*, 2016 ; Mengesha *et al.*, 2017 ; Ostrach, 2013 ; Parrot, 1998 ; Rasch *et al.*, 2007 ; Raben et Van Den Muijsenbergh, 2018 ; Schmidt *et al.* 2018; White *et al.*, 2017.

¹⁶ Les effets indésirables ont été réduits par l'évolution des recherches (Black, 2019).

contraception mais aussi sur les moyens de l'obtenir. Nous observons que les participantes à notre recherche – qui ne sont pas concernées par la barrière de la langue puisqu'elles parlent le français et/ou l'anglais – mettent en œuvre des stratégies adaptées pour s'informer (recherche en ligne, en particulier). Malgré cela, repérer les renseignements pertinents peut être ardu, sauf en ce qui a trait à l'avortement : plusieurs participantes ont rapporté qu'il était facile de trouver les ressources offrant ce service.

→ Le réseau social comme levier important de l'accès aux soins de santé reproductive

Outre la recherche d'information en ligne, comme dans d'autres contextes (Gele *et al.*, 2020 ; White *et al.*, 2017) nos participantes prennent appui sur leur réseau social pour trouver les ressources dont elles ont besoin. Ceci leur permet d'identifier des voies d'accès aux services mais aussi d'avoir davantage confiance dans leur qualité, en étant rassurées par une recommandation. La crainte de faire l'objet de préjugés culturels voire de discriminations, qui était relevée dans d'autres recherches (Machado *et al.*, 2021, au Canada ; Bollini *et al.*, 2006, Keygnaert *et al.*, 2014, et Ostrach, 2013, en Europe), n'a pas été explicitement nommée dans notre recherche. Cependant, l'importance accordée aux recommandations de l'entourage traduit la fragilité du lien de confiance vis-à-vis des soignant-es.

→ Une méconnaissance du système de santé québécois, qui est renforcée par son fonctionnement complexe

L'un des principaux obstacles à la capacité de trouver des services est la méconnaissance du système de santé québécois, selon les femmes que nous avons rencontrées. Ceci conduit parfois à ne pas pouvoir utiliser la contraception orale ou le stérilet, certaines participantes ne sachant pas comment les obtenir ou étant découragées par les obstacles à surmonter (temps requis ou délais pour un rendez-vous, devoir s'adresser à un-e médecin inconnu-e, etc.) pour avoir une prescription. Ainsi, la difficulté à « naviguer » au sein du système de santé, qui était relevé dans différentes recherches (cf. revues systématiques de Ostrach, 2013, pour l'international, et de Machado, 2021, pour le Canada), est largement évoquée dans les entretiens.

→ La proximité, l'accès direct et les délais courts comme facilitateurs du recours aux soins de SSR

Certains services étaient considérés comme plus accessibles, en raison de leur proximité (ex : offre de soins sur les campus universitaires) ou de leur accessibilité sans prescription médicale (pilule du lendemain obtenue en pharmacie). Aussi, plusieurs participantes ayant eu recours à l'avortement à Montréal ont affirmé que la prise de contact a été facile, notamment grâce au fait d'obtenir un rendez-vous rapproché dans le temps dès le premier coup de fil.

→ La problématique d'accès à un médecin de famille au Québec : un enjeu fort d'accès aux soins de SSR pour les femmes immigrantes

Les difficultés d'accès à une rencontre avec un médecin ont été très largement évoquées dans les entretiens réalisés. En l'absence de médecin de famille, plusieurs femmes ont dû se rendre dans des cliniques sans rendez-vous, et ont témoigné que ceci a nui à la facilité d'accès et à la continuité des soins. Les personnes issues de l'immigration étant surreprésentées dans les « patient-es orphelin-es » (Dubé-Linteau *et al.*, 2013), il s'agit d'un facteur qui s'associe à une mauvaise connaissance du système de santé dans les problématiques d'accessibilité (Médecins québécois pour le régime public, 2018). Ce contexte spécifique au Québec soulève ainsi des enjeux particuliers pour l'accès aux soins de santé reproductive, à propos desquels l'OMS (2011) souligne l'importance d'une continuité des soins.

2. Concernant les étapes de réception des soins

→ Les coûts associés au contrôle de la fécondité

Les entretiens réalisés mettent en évidence que le coût de la contraception joue un rôle déterminant pour le choix d'une méthode : 9 des 12 participantes à cette recherche ont nommé qu'elles étaient plus enclines à choisir une méthode contraceptive dont les coûts étaient plus faibles, ou alors couverts par leur assurance. Il est notable que la contribution des partenaires aux coûts de la contraception est rarement mentionnée, ce qui contribue à expliquer que les femmes soient préoccupées par les coûts associés à la gestion de leur fécondité. Nos constats rejoignent donc ceux de Wiebe (2013) et Hulme *et al.* (2015), qui

soulèvent dans leurs études respectives l'enjeu de l'accessibilité financière de la contraception, au Canada.

→ Des efforts importants déployés pour contrôler la fécondité...

Une grande diversité de méthodes contraceptives (utilisation de plus de 4 méthodes, en moyenne) a été expérimentée par les participantes. Ceci montre qu'il n'est pas facile de trouver une méthode pleinement satisfaisante et que des efforts importants sont déployés pour éviter des grossesses non planifiées. De manière comparable à la population canadienne dans son ensemble (Black *et al.*, 2015), la contraception orale et le condom sont les méthodes les plus utilisées. Outre les coûts, les principales raisons guidant le choix de la méthode contraceptive sont sa facilité d'utilisation et sa fiabilité. D'autres considérations vont influencer les stratégies contraceptives, comme par exemple la volonté d'éviter des douleurs menstruelles.

→ ... mais des problèmes d'observance, cependant

La contraception orale fait l'objet d'une méfiance chez une grande partie des femmes que nous avons rencontrées dans le cadre de cette recherche : des préoccupations quant aux effets secondaires sont très fréquemment mentionnées ce qui, en s'associant parfois à des effets indésirables, conduit régulièrement les femmes à se détourner de cette méthode contraceptive. Les contraintes liées à la prise quotidienne de la pilule ont également motivé son abandon. Par ailleurs, plusieurs participantes ayant eu recours au stérilet l'ont retiré en raison des douleurs durables provoquées par son installation. Ceci fait écho aux études montrant que les représentations de la contraception ont un impact sur l'observance des femmes (Craig *et al.*, 2014 ; Dias *et al.*, 2010). Les propos tenus par nos participantes tendent également à montrer, à l'instar d'autres recherches, que des représentations négatives peuvent entraîner une ambivalence ainsi que des changements répétés de méthode (Rasch *et al.*, 2007), et ce d'autant plus si la méthode a été choisie par défaut en raison de son coût moindre (Alvarez-Nieto *et al.*, 2015).

→ L'importance de la qualité des soins au plan relationnel

Un grand constat se dégage des propos des femmes qui ont témoigné de leurs expériences de soins dans le cadre de notre recherche : la qualité des soins au plan relationnel (écoute, respect, prendre le temps de répondre aux questions et rassurer) est

un aspect majeur pour qu'un lien de confiance soit établi. Or, les expériences des participantes sont très mitigées à ce niveau puisque le manque d'écoute, le sentiment d'être jugées ou "expédiées" et une certaine froideur sont fréquemment relevés. Les constats opérés par Machado *et al.* (2021)¹⁷, pour d'autres types de soins et concernant les populations racisées, sont donc également observables dans notre échantillon. Il est notable que des femmes non racisées, ayant grandi en Norvège ou en France, font également le constat d'une plus grande froideur et d'un manque d'écoute comparativement aux soins reçus dans leur pays de naissance.

→ La perception d'un manque de compétence au plan gynécologique

Sur le plan de la compétence perçue, bon nombre des femmes ont déploré que les médecins auquel·le·s elles se sont adressées pour obtenir une contraception soient peu formé·e·s sur le plan gynécologique. En effet, aussi bien en Algérie, en Chine, en France qu'au Mexique et en Norvège, les femmes rencontrées avaient eu accès à des gynécologues pour des consultations concernant la contraception ou les examens préventifs de santé sexuelle. Plusieurs témoignages mettent en avant un manque d'options offertes, au plan contraceptif, ou encore le fait de retourner chez elles sans avoir de solution face à un problème de santé reproductive. Ce type d'expérience, tout comme les problèmes de qualité des soins au plan relationnel, peut ainsi conduire certaines femmes immigrantes à éviter de faire appel au système de santé, ou encore à aller chercher des soins dans leur pays de naissance, quitte à les payer de leur poche.

¹⁷ "Sixteen qualitative and quantitative studies identified negative experiences with HCPs [*health care practitioners*] for racialized im/migrants- notably judgmental attitudes, insensitive care, and violations of privacy and consent [...]." (2021, p. 10)

Conclusion

À l'issue des observations réalisées au cours de cette phase de recherche qualitative, l'un des premiers constats s'en dégageant de manière transversale est que la gestion de la fécondité génère une charge contraceptive importante. En effet, la crainte d'une grossesse non planifiée conduit les femmes que nous avons rencontrées à effectuer de nombreuses démarches pour obtenir une contraception, celle-ci ayant un coût qui les préoccupe, souvent, et générant régulièrement des effets secondaires déplaisants – parfois même intolérables. Le grand nombre de méthodes contraceptives expérimentées (les 2/3 des femmes de notre échantillon ont utilisé au moins 4 méthodes différentes) témoigne de la difficulté à ce qu'une méthode convienne pleinement, en combinant efficacité, facilité d'utilisation et innocuité. Bien que le plus souvent ouverts au dialogue et démontrant du soutien concernant la prise de contraception, les partenaires participent rarement à ses coûts et assument encore plus rarement la charge contraceptive – sauf lorsque le condom est utilisé. Ce premier constat n'est certes pas spécifique aux femmes immigrantes, mais nous avons vu que les parcours d'accès aux soins de santé reproductive sont particulièrement laborieux pour elles – ce qui augmente le poids de cette charge contraceptive.

En effet, le second constat transversal qu'on peut opérer se rapporte aux nombreuses difficultés jalonnant les différentes étapes du parcours de soin des néo-Québécoises interrogées. Bien que nos participantes maîtrisent le français ou l'anglais, aient toutes des diplômes post-secondaires et aient pour la plupart accès à la RAMQ – autant de facteurs favorisant en principe l'accès aux soins –, elles ont amplement témoigné de la complexité du parcours à suivre pour obtenir un *counseling* en contraception ou une prescription pour une méthode souhaitée. Les étapes préliminaires d'accès aux soins de santé reproductive sont ainsi jalonnées d'obstacles, lorsqu'on ne connaît pas le système de santé québécois et qu'on n'a pas de médecin de famille. Une fois qu'un·e soignant·e peut être rencontré·e, le déroulement de la rencontre est par ailleurs régulièrement insatisfaisant, soit en raison d'attitudes peu favorables au lien de confiance (froideur, manque d'écoute et de temps pris pour donner des informations, en particulier), soit en raison d'un manque de compétence perçu au plan gynécologique. Or, ceci peut, à plus long terme, conduire des femmes à éviter autant que possible de recourir au système de santé et de services sociaux québécois pour combler leurs besoins de santé reproductive.

C'est dans ce contexte que quatre des douze participantes interrogées ont eu recours au système de santé de leur pays de naissance pour obtenir une contraception ou régler un problème gynécologique, même après s'être installées au Québec. Les motifs invoqués sont tant la meilleure accessibilité de certains services ou examens que la question de la confiance vis-à-vis des soignant·es, sachant que les femmes ayant fait ce

type de démarche lors d'un voyage au pays natal ont généralement déboursé les frais afférents à ces soins, sans assurance pour les couvrir. Cette solution dispendieuse et inapplicable sur une base régulière n'est donc pas accessible à l'ensemble de la population immigrante, alors il importe de faciliter et bonifier les parcours de soins des néo-Québécoises, relativement à la santé reproductive. Notre recherche met en évidence que l'action en ce sens gagnerait à être menée à trois niveaux : celui de l'accessibilité de l'information, de l'accessibilité des services, et de leur qualité. Nous observons en effet que le système de santé et de services sociaux est peu lisible, pour des personnes n'ayant pas grandi au Québec. Celles-ci sont, de plus, défavorisées par un accès inégal au mécanisme de médecin de famille, qui facilite l'accès aux soins de première ligne mais ouvre également la porte à des soins plus spécialisés. Finalement, les témoignages donnent à penser que les compétences en matière d'interculturalité et d'antiracisme devraient être renforcées chez les soignant-es, afin de soutenir l'établissement et le maintien d'un lien de confiance.

Parallèlement à ces observations de nature qualitative, nous avons conduit une enquête quantitative afin de mieux connaître les spécificités des pratiques contraceptives des femmes immigrantes, en les comparant à celles des femmes nées au pays. Dans ce but, nous avons analysé les données d'une enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec afin de pouvoir formuler des conclusions généralisables. Cette phase de recherche est présentée dans le chapitre suivant. Les conclusions issues de nos deux phases de recherches sont finalement discutées dans le quatrième chapitre de rapport, qui permet par ailleurs de dégager des pistes d'action pour favoriser l'accès aux soins contraceptifs pour les femmes immigrantes du Québec.

Bibliographie

Åkerman, E., Larsson, E. C., Essén, B., et Westerling, R. (2019). A missed opportunity? lack of knowledge about sexual and reproductive health services among immigrant women in Sweden. *Sexual et Reproductive Healthcare*, 19, 64–70.

Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L. et Linares-Abad, M. (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive Health*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0071-2>

Betancourt, G. S., L. Colarossi et Perez, A. (2013). Factors associated with sexual and reproductive health care by Mexican immigrant women in New York City: a mixed method study. *J Immigr Minor Health*, 15(2), 326-333.

Black, A. (2019). La contraception au Canada: Un clin d'œil au passé et un regard vers l'avenir. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 41 (supplément 2), <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.10.022>

Black, A., Yang, Q., Wen, S.W., Lalonde, A. B., Guilbert, E. et Fisher, W. (2009). Contraceptive Use Among Canadian Women of Reproductive Age: Results of a National Survey. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34242-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34242-6)

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosh, M., Norman, W. V., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M. S., Whelan, A. M., Special Contributors, Ferguson, C., Fortin, C., Kielly, M., ... Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2015). Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 37(10), 936–942. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30033-0](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30033-0)

Bollini, P., Wanner, P. et SFM Institut (2006). *Santé reproductive des collectivités migrantes : disparités de risques et possibilités d'intervention* [Rapport]. Swiss Forum for Migration and Population Studies. http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,44,4,20070221134902-DB/s_42.pdf

Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. Sage.

Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

Craig, A. D., Dehlendorf, C., Borrero, S., Harper, C. C., et Rocca, C. H. (2014). Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 24(3), 281-9.

Demazière, D. (2007). Quelles temporalités travaillent les entretiens biographiques rétrospectifs? *Bulletin De Méthodologie Sociologique*, 93(93), 5-27.

Dias, S., A. Gama et Rocha, C. (2010). Perspectives of African and Brazilian immigrant women on sexual and reproductive health. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*, 15(4), 255-63. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.497232>

Dolan, H., Li, M., Bateson, D., Thompson, R., Tam, C. W. M., Bonner, C., et Trevena, L. (2021). 'Every medicine is part poison': a qualitative inquiry into the perceptions and experiences of choosing contraceptive methods of migrant Chinese women living in Australia. *BMC women's health*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01226-3>

Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Levesque, J.-F., Lecours, C. et Tremblay, M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois (Volume 2)* [Rapport]. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-lexperience-de-soins-2010-2011-le-medecin-de-famille-et-lendroit-habituel-de-soins-regard-sur-lexperience-vecue-par-les-quebecois-volume-2.pdf>

Gele, A. A., Musse, F. K., Shrestha, M., et Qureshi, S. (2020). Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *Plos One*, 15(3), 0229916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229916>

Green, N. L., et Waldinger, R. D. (2016). *A century of transnationalism : immigrants and their homeland connections*. University of Illinois Press.

Hope, L., Mullis, R., & Gabbert, F. (2013). Who? what? when? using a timeline technique to facilitate recall of a complex event. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 2(1), 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2013.01.002>

Hulme, J., Dunn, S., Guilbert, E., Soon, J., et Norman, W. (2015). Barriers and facilitators to family planning access in Canada. *Healthcare Policy*, 10(3), 48–63.

Ilami, A., et Winter, S. (2020). Iranian Migrants' Lived Experiences of Access to Sexual and Reproductive Healthcare Services in Western Australia: A Conventional Content Analysis. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00478-2>

Keygnaert, I., Roelens, K., Temmerman, M., et Vettenburg, N. (2014). Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Bmc Public Health*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-416>

Larsson, E. C., Fried, S., Essén, B. et Klingberg-Allvin, M. (2016). Equitable abortion care – A challenge for health care providers. Experiences from abortion care encounters with immigrant women in Stockholm, Sweden. *Sexual et Reproductive Healthcare*, 10, 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.003>.

Levesque, J. F., Harris, M. F., et Russell, G. (2013). Patient-centered access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Machado, S., Wiedmeyer, Ml., Watt, S. et al. (2021). Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008–2018). *Journal of Immigrant and Minority Health*. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w>

Médecins québécois pour le régime public (2018). *La santé pour tous et toutes, sans exception! Étude des barrières à l'accès au système de santé public Québécois* [Rapport]. https://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Rapport_MQRP_2018_La-sante%CC%81-pour-tous-et-toutes-sans-exception-3.pdf

Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., Ussher, J., et Smith Fawzi, M. C. (2017). Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: a socio-ecological analysis of health care professional perspectives. *Plos One*, 12(7), 0181421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181421>

Merry, L., Sicard, V. et Hibbert, N. (2019). Transnationalism and caring for migrant families with young children. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.249>

Newbold, B. K. et Willinsky, J. (2009). Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perceptions of healthcare providers. *Culture, Health et Sexuality*, 11(4), 369–382. <https://doi.org/10.1080/13691050802710642>

Organisation mondiale de la santé (2011). *Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile* [Rapport]. https://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_fr_low.pdf?ua=1

Ostrach, B. (2013). "Yo no sabía..." Immigrant women's use of national health systems for reproductive and abortion care. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(2), 262–72. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9680-9>

Parrot, C. (1998). Le défi des pratiques d'intervention interculturelle dans le champ de la santé sexuelle. *Reflets*, 4(1), 128–139. <https://doi.org/10.7202/026200ar>

Pilabré, F. (2018). Accès aux soins de santé : expériences de migrants sans assurance maladie à Montréal, Canada [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal].

Provalis Research. (non daté). *QDA Miner, Logiciel d'analyse qualitative des données. Manuel de l'utilisateur*. <https://provalisresearch.com/Documents/QDAMiner3f.pdf>.

Raben, L. A., et Van Den Muijsenbergh, M. E. (2018). Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women? a retrospective study in Dutch general practice. *Family practice*, 35(4), 468-474. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz133>

Rasch, V., Knudsen, L. B., Gammeltoft, T., Christensen, J. T., Erenbjerg, M., Christensen, J. J. et Sorensen, J. B. (2007). Contraceptive attitudes and contraceptive failure among women requesting induced abortion in Denmark. *Human Reproductive*, 22(5), 1320-6. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem012>

Rimkeviciene, J., O'Gorman, J., Hagwood, J. et De Leo, D. (2016). Timelines for difficult times: use of visual timelines in interviewing suicide attempters. *Qualitative Research in Psychology*, 13(3), 231–245. <https://doi.org/10.1080/14780887.2016.1170913>

Sanmartin, C. et Ross, N. (2006). Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. *Healthcare policy / Politiques de santé*, 1(2), 103–119.

Schmidt, N. C., Fagnoli, V., Epiney, M., et Irion, O. (2018). Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive health*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>

Sheridan, J., Chamberlain, K., & Dupuis, A. (2011). Timelining: visualizing experience. *Qualitative Research*, 11(5), 552–569. <https://doi.org/10.1177/1468794111413235>

Villa-Torres, L., González-Vázquez, T., Fleming, P. J., González-González, E. L., Infante-Xibille, C., Chavez, R. et Barrington, C. (2017). Transnationalism and health: a systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. *Social Science & Medicine*, 183, 70–79.

White, K., Ocampo, M., Scarinci, I. C. (2017). A socio-ecological approach for examining factors related to contraceptive use among recent latina immigrants in an emerging latino state. *Women and Health*, 57(7), 872–889. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1206056>

Wiebe, E. R., Henderson, A., Choi, J., et Trouton, K. (2006). Ethnic korean women's perceptions about birth control. *Contraception*, 73(6), 623–627. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.02.001>

Wiebe, E. R. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in canada. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 59(10), 451–5.

Zennia, S., Gonin, A., Lespérance, P. et Centre de santé des femmes de Montréal (2023) Femmes immigrantes et accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative : Une recension d'écrits internationale sur l'accessibilité de la contraception. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

CHAPITRE 3

Pratiques contraceptives selon le statut d'immigration :

Une analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population

Audrey Gonin, Sylvie Lévesque, le Centre de santé des femmes de Montréal et Cindy Dubois

CHAPITRE 3

Table des matières

| | |
|---|------------|
| Mise en contexte | 107 |
| Méthodologie | 109 |
| 1. Source des données et population étudiée | 109 |
| 2. Variables utilisées dans les analyses | 110 |
| 3. Méthode d'analyse | 112 |
| Résultats | 114 |
| 1. Principales caractéristiques des néo-Québécoises | 114 |
| 1.1. Proportion de femmes immigrantes dans la population étudiée | 115 |
| 1.2. Continent du pays de naissance et nombres d'années passées au Canada, pour les femmes immigrantes vivant au Québec | 116 |
| 1.3. Tranches d'âge selon le statut d'immigration | 117 |
| 1.4. Niveau de scolarité des femmes de 25 ans et plus selon le statut d'immigration | 118 |
| 1.5. Niveau de revenu selon le statut d'immigration | 119 |
| 1.6. Taux d'emploi selon le statut d'immigration | 119 |
| 1.7. Composition du foyer selon le statut d'immigration | 120 |
| 1.8. Dernière consultation chez le médecin selon le statut d'immigration | 121 |
| Synthèse des principaux constats concernant les caractéristiques des néo-Québécoises | 122 |
| 2. Comparaison de l'utilisation de la contraception chez les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada | 123 |
| 2.1. Taux d'utilisation de la contraception selon le statut d'immigration | 123 |
| 2.2. Taux d'utilisation de la contraception selon l'âge et le statut d'immigration | 124 |
| 2.3. Taux d'utilisation de la contraception selon le niveau de scolarité et le statut d'immigration | 125 |
| 2.4. Taux d'utilisation de la contraception selon le moment de la dernière consultation médicale et le statut d'immigration | 126 |
| Synthèse de la comparaison entre femmes immigrantes et nées au Canada concernant l'utilisation ou non d'une contraception | 127 |
| 3. Identification de caractéristiques liées à l'usage ou non de contraception par le biais de modèles de régression logistique | 128 |
| 3.1. Caractéristiques liées à l'usage ou non de la contraception pour les Québécoises nées au Canada | 129 |

CHAPITRE 3

Table des matières (suite)

| | |
|--|------------|
| 3.2. Caractéristiques liées à l'usage ou non de la contraception pour les néo-Québécoises | 135 |
| Synthèse des caractéristiques liées à l'usage ou non de contraception pour chaque sous-groupe | 140 |
| 4. Moyen(s) de contraception utilisé(s) | 142 |
| 4.1. Taux d'utilisation des principaux moyens contraceptifs selon le statut d'immigration | 143 |
| 4.2. Utilisation ou non d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration | 144 |
| 4.3. Taux d'utilisation d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration et les revenus | 145 |
| 4.4. Moyens contraceptifs utilisés selon le niveau de scolarité et le statut d'immigration | 146 |
| 4.5. Nombre de moyens de contraception utilisés au cours de la dernière année selon le statut d'immigration | 148 |
| 4.6. Moyens de contraception des femmes ayant utilisé deux moyens dans les 12 derniers mois | 149 |
| Synthèse de la comparaison entre femmes immigrantes et nées au Canada concernant les moyens contraceptifs utilisés | 151 |
| Principaux constats issus de l'analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population | 153 |
| 1. Des différences notables dans les pratiques contraceptives | 153 |
| 2. Des similitudes et des différences au niveau des caractéristiques corrélées aux pratiques contraceptives | 154 |
| Bibliographie | 157 |
| Annexes : Tableaux de données | 161 |
| Annexe 1 - Tableaux de données concernant les caractéristiques des femmes immigrantes | 161 |
| Annexe 2- Tableaux de comparaison de l'utilisation de la contraception selon le statut d'immigration | 166 |
| Annexe 3 - Régressions logistiques | 169 |
| Annexe 4 - Moyens contraceptifs utilisés selon le statut d'immigration | 177 |

Résumé

Ce document présente les résultats d'une recherche quantitative menée sur les pratiques contraceptives des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes, au Québec. D'une part, cette recherche visait à comparer les pratiques des femmes immigrantes à celles des femmes nées au Canada par le biais d'analyses bivariées. D'autre part, les analyses statistiques multivariées que nous avons réalisées permettent la prise en compte de variables complémentaires : des modèles de régression logistique ont été utilisés pour tenir compte des effets exercés simultanément par le statut d'immigration, l'âge, la composition du foyer, les revenus et le niveau d'éducation – entre autres facteurs liés aux pratiques contraceptives des femmes vivant au Québec. Les données utilisées sont issues de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, qui a été menée par l'Institut de la statistique du Québec. Nos résultats mettent en évidence que le statut d'immigration est l'un des facteurs les plus déterminants pour les pratiques contraceptives des femmes de 15 à 49 ans qui sont sexuellement actives avec des hommes. En premier lieu, les femmes immigrantes utilisent moins la contraception, de manière générale, que les femmes nées au Canada. En second lieu, celles qui utilisent un moyen contraceptif recourent moins souvent à la contraception féminine médicalisée, comparativement aux femmes nées au Canada.

Mots-clés : contraception, immigration, Enquête québécoise sur la santé de la population, variables influençant l'utilisation de la contraception, contraception médicalisée.

Référence suggérée : Gonin, A., Lévesque, S., le Centre de santé des femmes de Montréal et Dubois, C. (2023). Pratiques contraceptives selon le statut d'immigration : Une analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Mise en contexte et objectifs de la phase recherche quantitative

Le premier chapitre de ce rapport de recherche (Zennia *et al.*, 2023)¹⁸ a permis de mettre en évidence que les problématiques d'accès aux soins généraux pour la population immigrante sont bien documentées, que ce soit au Québec, au Canada ou à l'international. Dans ce contexte, nous pouvons supposer que l'accès aux soins contraceptifs pose également problème pour les femmes immigrantes vivant au Québec, mais aucune recherche n'a été menée pour explorer cet aspect spécifique de la santé reproductive (Machado *et al.*, 2021). Par ailleurs, les recherches menées au Québec par Street mettent en évidence une plus forte fécondité chez les femmes immigrantes (2015), ainsi qu'une utilisation plus fréquente du condom chez les hommes et les femmes nés en dehors du Canada, par rapport à la population du Québec née au Canada (2019). Ainsi, nous cherchons à comprendre en quoi les pratiques contraceptives des femmes varient selon le fait d'avoir eu un parcours migratoire afin de mieux connaître les réalités spécifiques des néo-Québécoises¹⁹ en ce qui a trait à la contraception, ainsi que les obstacles qui peuvent rendre cet accès difficile pour les femmes ayant immigré au Québec.

Suite à la phase de recherche qualitative qui a été présentée dans le second chapitre de ce rapport, celui-ci est consacré à des données qui permettent de faire un portrait quantitatif des pratiques contraceptives chez les femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes, au Québec. Plus particulièrement, notre objectif était d'explorer en quoi le fait d'avoir eu un parcours d'immigration, ou pas, est relié aux pratiques contraceptives. Afin de mieux saisir le lien spécifique du statut d'immigration

¹⁸ Ce chapitre ainsi que l'ensemble des documents issus de cette recherche (recension d'écrits, résultats de la phase qualitative, discussion d'ensemble des résultats, balado et fiches-synthèse présentant les principales conclusions) peuvent être récupérés en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

¹⁹ Ce terme permet de désigner les femmes nées à l'étranger qui vivent au Québec après avoir eu un parcours migratoire, et il est donc équivalent au statut d'immigrante dans les enquêtes gouvernementales. Les femmes nées au Canada de parents immigrants, dites de 2e ou 3e génération, ne sont pas comprises dans le groupe des femmes immigrantes pour lesquelles nous privilégions le terme de néo-Québécoises. Ceci permet de souligner que ces femmes sont partie prenante de la société québécoise au même titre que les Québécoises nées au Canada, quel que soit le statut d'immigration.

(être née au Canada ou pas, pour les femmes vivant au Québec), cette variable a été analysée en tenant compte d'autres caractéristiques liées aux pratiques contraceptives des femmes.

Dans une visée d'autonomie procréative, l'accès à la contraception est un enjeu fort pour les femmes qui souhaitent contrôler leur fécondité. Compte tenu des implications majeures de l'éducation d'un enfant, aux plans psychosocial, corporel et économique (Gonin *et al.*, 2014), le contrôle des naissances est central pour l'autodétermination des femmes et leurs conditions de vie. Plus spécifiquement, l'accès à des moyens de contraception efficaces, et qui ne dépendent pas de la bonne volonté du partenaire, est un levier de l'autonomie procréative des femmes (Langevin, 2020). Ainsi, nous portons une attention particulière à la contraception féminine médicalisée²⁰, c'est-à-dire aux méthodes qui nécessitent une interaction avec un·e professionnel·le de la santé, que ce soit pour la prescription (contraception hormonale) ou la procédure médicale (pose d'un stérilet avec ou sans hormone, ligature des trompes, etc.). Or, notre recension d'écrits a pointé que plusieurs recherches menées dans d'autres provinces canadiennes et à l'international mettent en lumière des obstacles pour accéder à la contraception, de manière générale, et que ces obstacles sont encore plus grands pour la contraception féminine médicalisée. Cependant, aucune recherche n'a comparé l'utilisation de la contraception et de la contraception médicalisée chez les néo-Québécoises par rapport aux Québécoises nées au Canada, afin de documenter les inégalités de santé reproductive à ce niveau. Par ailleurs, les déterminants des pratiques contraceptives des femmes immigrantes (recours ou non à la contraception, et laquelle), sont peu connus en contexte québécois, alors qu'elles représentent pourtant 16 % des femmes en âge de procréer (cf. section 1.1 des résultats de ce rapport). Cette phase de recherche a donc examiné des questions peu explorées, jusqu'à présent : en quoi les pratiques contraceptives des femmes vivant au Québec diffèrent-elles selon le statut migratoire, et comment cette variable interagit-elle avec d'autres déterminants des pratiques contraceptives ? Au-delà de l'intérêt scientifique d'un objet peu étudié, combler le manque de connaissances à ce niveau présente une utilité

²⁰ Nous avons conscience que la médicalisation de la contraception n'assure pas l'autonomie procréative des femmes, car la consultation médicale « constitue une interaction asymétrique mettant en contact, d'une part, des médecins détenteurs du savoir médical et du pouvoir prescriptif ; d'autre part, des usagers et usagères en demande, ici de contraception » (Ventola, 2016, [2]). De plus, comme le souligne Ventola, l'évolution des méthodes contraceptives a conduit à une plus grande responsabilisation des femmes, qui portent très largement la charge contraceptive. Il n'en demeure pas moins que la contraception féminine médicalisée reste l'outil le plus efficace pour contrôler la fécondité sans avoir besoin de l'assentiment de son partenaire.

pour orienter les pratiques de soin et les politiques touchant à la santé reproductive des femmes.

Après cette brève mise en contexte, qui peut être approfondie en consultant les chapitres préliminaires de ce rapport de recherche (Zennia *et al.*, 2023 ; Gonin *et al.*, 2023a²¹), nous allons présenter la méthodologie mise en œuvre dans la prochaine section, qui sera ensuite suivie de la présentation des résultats des analyses réalisées.

Méthodologie

1. Source des données et population étudiée

Dans cette recherche, nous avons réalisé une analyse secondaire des données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) menée en 2014-2015. Celle-ci comprend un échantillon de 45 760 personnes et a visé la population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec. Les personnes résidant dans les réserves indiennes ou dans la région socio-sanitaire du Nunavik ont été exclues de l'enquête. La population de l'EQSP 2014-2015 se veut ainsi représentative de 98,8 % de l'ensemble de la population québécoise, soit 6 865 882 personnes environ âgées de 15 ans et plus (Baulne et Courtemanche, 2016).

Compte tenu des objectifs de la recherche, visant à mieux connaître les pratiques contraceptives des femmes et les facteurs qui y sont reliés, nous avons sélectionné la sous-population des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives au cours des 12 derniers mois avec au moins un homme, en excluant les femmes enceintes au moment où elles répondaient à l'enquête. L'échantillon final est 9511 répondantes.

Après avoir obtenu un certificat du Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'UQAM, nous avons déposé une demande d'accès aux microdonnées d'enquête à l'Institut de la statistique du Québec, qui a autorisé la réalisation de ce projet.

²¹ Ces documents peuvent être récupérés à partir du dossier web qui diffuse les résultats de notre recherche : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

2. Variables utilisées dans les analyses

→ Pratiques contraceptives

L'EQSP comprend une section sur l'usage de la contraception, où les participantes ont répondu à la question suivante : « au cours des 12 derniers mois, quel(s) moyen(s) de contraception vous et votre (vos) partenaire(s) avez utilisé habituellement ? ». Les catégories de réponses de l'enquête sont « le condom, la pilule, le stérilet, la vasectomie, le coït interrompu, la ligature des trompes, une autre méthode, et aucune méthode ». Partant des réponses à cette question, nos variables dépendantes comprenaient tout d'abord deux variables dichotomiques :

- Avoir utilisé une contraception ou pas au cours des derniers mois, quelle que soit la méthode utilisée : les femmes ayant utilisé au moins un moyen de contraception ont été séparées de celles n'ayant utilisé aucun moyen de contraception dans les 12 derniers mois.
- Avoir utilisé une méthode de contraception féminine médicalisée ou pas : les femmes ayant utilisé la contraception orale, le stérilet ou la ligature des trompes²² (avec une autre méthode ou pas) ont été séparées de celles ayant utilisé d'autres méthodes contraceptives (non spécifiées dans l'enquête).

Finalement, nous avons utilisé la variable nominale comportant les 7 catégories de l'enquête (condom, pilule, stérilet, vasectomie, coït interrompu, ligature des trompes, autre méthode) pour examiner plus finement les pratiques contraceptives, et avons élaboré une catégorie « nombre de méthodes utilisées » pour rendre compte de l'utilisation de plusieurs méthodes au cours des 12 derniers mois.

→ Statut d'immigration et durée de résidence au Canada

Afin d'observer les liens existants entre le statut d'immigration et les pratiques contraceptives, nous avons utilisé les réponses aux questions de l'EQSP visant à

²² Les autres méthodes féminines médicalisées (timbre, injection, anneau ou implant) ne font pas partie des méthodes documentées dans l'enquête que nous avons utilisée, étant assimilées à la catégorie « autres ». Nos données tendent donc à sous-estimer légèrement l'écart d'utilisation d'une méthode féminine médicalisée ou pas, puisque ces autres méthodes féminines médicalisées sont assimilées aux autres méthodes. Il est à noter que l'usage de ces méthodes est peu fréquent : il correspond à 3,9% chez les femmes de 15 à 24 ans utilisant une contraception (Statistique Canada, 2020). Ces données ne sont pas disponibles pour les femmes de 25 à 49 ans, faute de collecte d'information sur la contraception pour cette tranche d'âge dans *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*.

déterminer: 1) si la personne est née au Canada, 2) le pays de naissance de la personne si elle est née à l'extérieur du pays, et 3) depuis combien d'années elle vit au Canada (moins de 5 ans, 5 à 10 ans, plus de 10 ans). Le statut d'immigration est notre principale variable indépendante, puisque nous cherchons à examiner ses liens avec les pratiques contraceptives.

→ Accès aux soins de santé

Deux variables de l'EQSP peuvent être associées à la question de l'accès aux soins de santé, qui est une des dimensions auxquelles nous portons attention dans cette recherche, considérant que cet enjeu peut jouer un rôle médiateur (Rasclé et Irachabal, 2001) sur l'usage de moyens de contraception nécessitant une prescription médicale :

- Les réponses à la question « À quand remonte votre dernière consultation auprès d'un médecin généraliste (omnipraticien, médecin de famille), peu importe le motif de la consultation ? » ont été intégrées à nos analyses²³.
- La question « Avez-vous déjà passé un PAP test (un prélèvement vaginal) ? » au cours de la vie, pouvant obtenir la réponse oui ou non, a également été retenue pour examiner les liens de cette variable avec les pratiques contraceptives.

→ Caractéristiques sociodémographiques

Finalement, plusieurs variables sociodémographiques associées favorablement ou défavorablement aux pratiques contraceptives selon les écrits scientifiques ont été incluses dans l'analyse²⁴ : l'âge, le niveau de scolarité, les revenus, la composition du foyer et l'occupation²⁵. La prise en compte de ces variables, qui sont généralement reliés à l'usage d'une contraception et aux méthodes utilisées, permettra d'identifier de possibles effets

²³ Pour avoir plus de chances d'observer des liens entre l'usage de la contraception et cette variable, dans les régressions logistiques, cette variable qui comprenait 5 items (moins de 6 mois, 6 mois à moins d'1 an, 1 an à moins de 2 ans, 2 ans à 6 mois à moins d'1 an, 1 an ou plus).

²⁴ Certains déterminants des pratiques contraceptives régulièrement utilisés dans les écrits scientifiques n'étaient toutefois pas présents dans les variables de l'enquête (en particulier : volonté d'éviter une grossesse ou pas, nombre d'enfant, milieu de vie rural ou urbain, statut d'immigration des personnes nées en dehors du Canada) alors nous n'avons pas pu intégrer ces variables dans nos analyses.

²⁵ Nous avons fusionné les catégories des personnes qui travaillent et des retraitées, compte tenu des revenus réguliers obtenus dans ces deux situations, car il y a très peu de femmes de moins de 50 ans à la retraite.

confondants et modérateurs (Cadiaro *et al.*, 2020) par rapport à la variable du statut d'immigration.

3. Méthode d'analyse

Conformément aux orientations données par l'ISQ (2016), nous avons appliqué la pondération prévue aux données afin de corriger les distorsions créées par le plan de sondage. Compte tenu du fait que notre échantillon est plus restreint que celui de la population ayant répondu à l'enquête, nous avons toutefois normalisé la pondération²⁶ afin que les tests de significativité soient adaptés à la taille de notre sous-échantillon. Le logiciel R a été utilisé pour l'ensemble des analyses.

Des statistiques univariées et bivariées ont permis d'examiner les liens existants entre les variables en fonction de nos hypothèses de recherche. Des tableaux croisés ont été produits, puis des tests de Khi-carré²⁷ ont été réalisés. Des régressions logistiques ont aussi été réalisées (Cornillon *et al.*, 2019), afin de prendre en compte simultanément leurs effets au niveau de la variable dépendante dichotomique retenue pour cette analyse : l'utilisation d'une contraception ou pas, quel que soit le moyen utilisé. Le modèle de régression logistique a été constitué sur la base d'hypothèses théoriques (lien d'une dimension avec les pratiques contraceptives selon les écrits scientifiques), puis d'analyses univariées confirmant un lien entre les variables sélectionnées et les pratiques contraceptives (Desjardins, 2005 ; Hosmer *et al.*, 2013).

Le modèle de régression a ainsi rassemblé les variables suivantes : groupe d'âge²⁸, composition du foyer, revenus, occupation, niveau de scolarité, moment de la dernière consultation médicale et avoir passé un test Pap, après s'être assurées de l'absence de colinéarité entre elles (Zhang, 2016). Afin de mieux identifier les caractéristiques des femmes immigrantes par rapport aux femmes nées au Canada, nous avons divisé notre échantillon selon la variable du statut d'immigration, puis réalisé les analyses pour chaque sous-groupe en conservant le même modèle de régression logistique. L'analyse a été

²⁶ Poids normalisé = poids de sondage du répondant i / moyenne du poids du sondage de tous les répondants (https://sites.utoronto.ca/rdc/files/3_NLSCY_Workshop_Nonresponse_and_Normalized_Weights_and_Polling_Data_and_Full_Example.pdf)

²⁷ Les corrections Rao-Scott ont été appliquées aux tests de Khi-carré, compte tenu de l'échantillon stratifié (<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/12-001-x/2014002/article/14096-fra.pdf?st=60YcCVRi>).

²⁸ Pour les régressions logistiques, nous avons dû retirer les femmes âgées de 15 à 17 ans, car la variable du revenu ne pouvait être renseignée pour cette population.

réalisée par étapes successives, en intégrant progressivement les variables afin d'examiner les modifications induites à chaque étape (cf. tableaux 3.1 et 3.2, ainsi que les graphiques associés, en annexe) et de s'assurer que le modèle était amélioré par l'introduction de nouvelles variables (test de vraisemblance), en expliquant davantage de variance. La variable « nombre d'années au Canada », spécifique aux néo-Québécoises, a été ajoutée au modèle à la dernière étape, afin de tester si l'accès à la contraception évoluait au fil des années passées au Canada. Nous avons finalement vérifié qu'il n'existait pas d'interaction entre certaines variables pouvant avoir un effet modérateur, au regard des analyses bivariées réalisées au préalable, et fait des tests concernant de possibles observations influentes (Ryan *et al.*, 2015; Zhang, 2016).

Résultats

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats issus des analyses secondaires réalisées à partir des données de l'Enquête québécoise sur la santé dans la population. Nous commencerons tout d'abord par identifier certaines spécificités des néo-Québécoises sur le plan sociodémographique, afin pouvoir situer les analyses statistiques qui suivront dans ce contexte.

La deuxième section sera consacrée à une démarche comparative où nous examinerons les différences entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada au niveau de l'utilisation ou non d'une contraception, quel que soit le moyen de contraception utilisé.

La troisième section affinera la compréhension des caractéristiques liées à l'usage ou au non-usage d'une contraception, cette fois en menant des analyses de régression logistique pour chaque sous-groupe. Ceci donnera l'opportunité de saisir de manière globale les liens entre différentes variables et notre première variable dépendante (l'usage de contraception ou non), dans un modèle intégrant les principaux déterminants de l'utilisation de la contraception. Cette analyse permettra de prendre en compte simultanément les liens entre les variables identifiées comme pertinentes et notre variable d'intérêt, afin d'éviter de possibles effets confondants et de saisir la complexité des différents corrélats en jeu.

La quatrième section examinera finalement les stratégies utilisées par les femmes ayant recours à des moyens de contraception et identifiera le ou les moyens utilisés (type de méthode contraceptive, association de méthodes ou pas) en fonction du statut d'immigration. Des analyses comparatives seront menées sur cette seconde variable dépendante (les moyens de contraception utilisés), afin de repérer les différences entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada.

1. Principales caractéristiques des néo-Québécoises

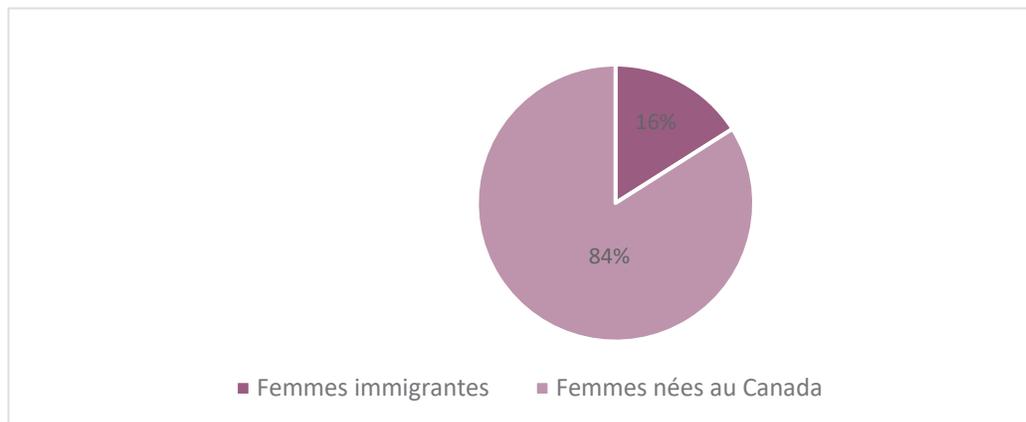
Dans cette première section, il s'agira de présenter les caractéristiques de la population des femmes immigrantes vivant au Québec, afin que les observations concernant leurs pratiques contraceptives dans puissent être situées dans ce contexte. Par ailleurs, nous choisissons d'en faire une section à part entière car il est utile, lorsque l'on dispense des soins contraceptifs, de connaître le profil social (composition du foyer et niveau de revenu, en particulier) des femmes immigrantes. Ceci permet en effet de tenir compte des déterminants sociaux de la santé, qui sont liés aux pratiques contraceptives et

entrent en interaction avec la variable du statut d'immigration – comme nous le verrons ultérieurement.

En premier lieu seront examinées la proportion de néo-Québécoises par rapport aux Québécoises nées au Canada, dans la population à l'étude, ainsi que la répartition dans les différents écarts de temps (années) depuis l'établissement au pays des néo-Québécoises. En deuxième lieu, leurs principales caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau de scolarité, revenu et situation d'emploi, composition du foyer) seront dégagées, en les comparant aux femmes nées au Canada. Finalement, il s'agira de voir si des écarts sont observables au niveau du moment de la dernière consultation médicale, qui traduit en partie l'accessibilité des soins : cet enjeu figurant dans les questions de recherche, à l'issue de la recension d'écrits effectuée (Zennia *et al.*, 2023), une attention particulière y sera apportée.

1.1. Proportion de femmes immigrantes dans la population étudiée

Les néo-québécoises constituent 16% des femmes susceptibles d'utiliser une contraception, selon l'échantillon de 9 511 femmes âgées de 15 à 49 ans actives sexuellement avec des hommes, et qui ne sont pas enceinte (cf. tableau 1.1. en annexe).

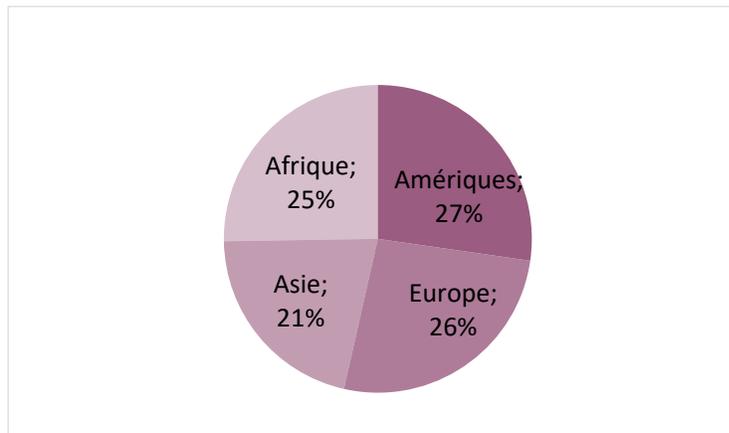


La proportion de femmes immigrantes dans la population que nous étudions est légèrement supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population lors du recensement de 2016 (i.e. 13,7 %, ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, 2019, p.31). Ceci est vraisemblablement lié au fait que notre population-cible – les femmes en âge de procréer sexuellement actives avec des hommes – correspond aux tranches d'âge dans lesquelles la population immigrante (MIDI, 2019, p. 30).

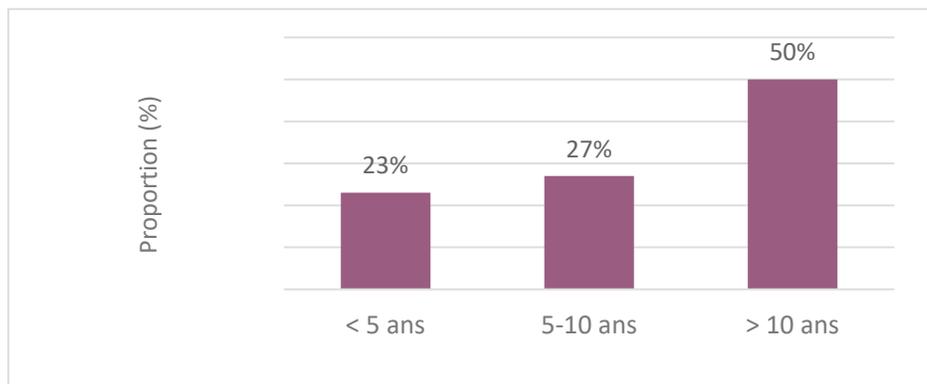
Les variables de l'enquête ne comprennent pas la catégorie d'immigration actuelle ou initiale, ce qui aurait été informatif. Le nombre d'années passées au Canada est par contre documenté dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population.

1.2. Continent du pays de naissance et nombres d'années passées au Canada, pour les femmes immigrantes vivant au Québec

Les néo-Québécoises ont immigré de pays situés dans 4 continents dans des proportions similaires :

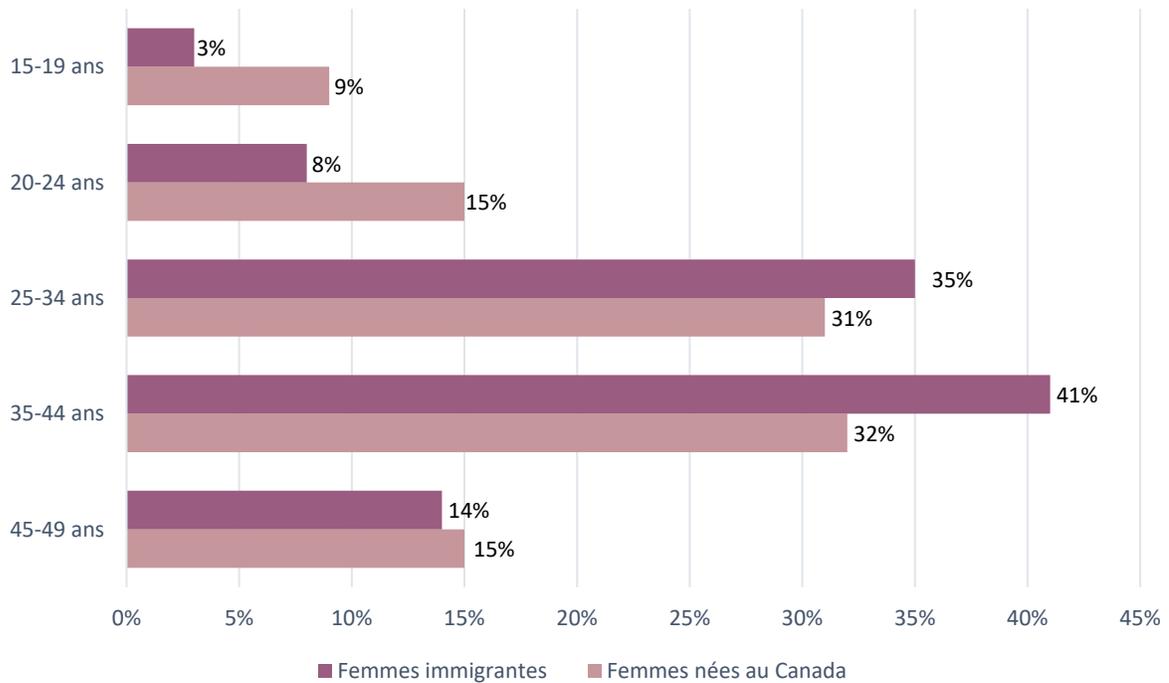


La moitié des femmes immigrantes de notre échantillon (effectif total de 1,482 néo-Québécoises – cf. tableau 1.2 en annexe) réside au Canada depuis plus de 10 ans, pendant que 27 % d'entre elles y demeurent depuis 5 à 10 ans, et 23 % il y a moins de 5 ans.



En complément de ce constat, il est utile d'examiner la répartition des femmes immigrantes dans différentes tranches d'âge, par rapport aux femmes nées au Canada.

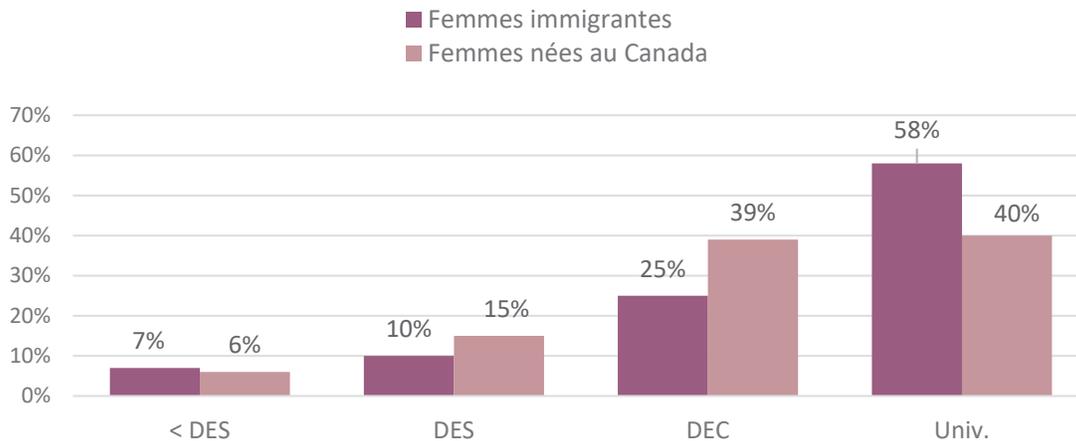
1.3. Tranches d'âge selon le statut d'immigration



On observe qu'au sein de la population étudiée, les tranches d'âge de 15 à 19 ans et 20 à 24 ans sont sous-représentées chez les femmes immigrantes, tandis qu'elles sont plus nombreuses à être âgées de 25 à 34 et de 35 à 44 ans par rapport aux femmes nées au Canada (différence entre les deux populations significative à $p < 0,001$ selon un test de Khi-carré intégrant les corrections de Rao et Scott - cf tableau 1.3 en annexe).

Cette tendance reflète celle observée dans le recensement de 2016 (MIDI, 2019, p. 30). Il est important de tenir compte de ces différences d'âge dans la population étudiée, car les conduites contraceptives sont largement reliées à l'âge. À titre d'exemple, selon l'enquête nationale réalisée par Statistique Canada (2019), les femmes sexuellement actives âgées de 35 à 49 ans sont beaucoup plus nombreuses à ne pas utiliser de contraception sans avoir l'intention de concevoir un enfant (35,4 %) que les femmes de 25 à 34 ans (17,6 %) et que les femmes de 15 à 24 ans (6,6 %). Cet exemple traduit le fait que les tranches d'âge sont une variable déterminante au regard desquelles les conduites contraceptives doivent être interprétées.

1.4. Niveau de scolarité des femmes de 25 ans et plus selon le statut d'immigration

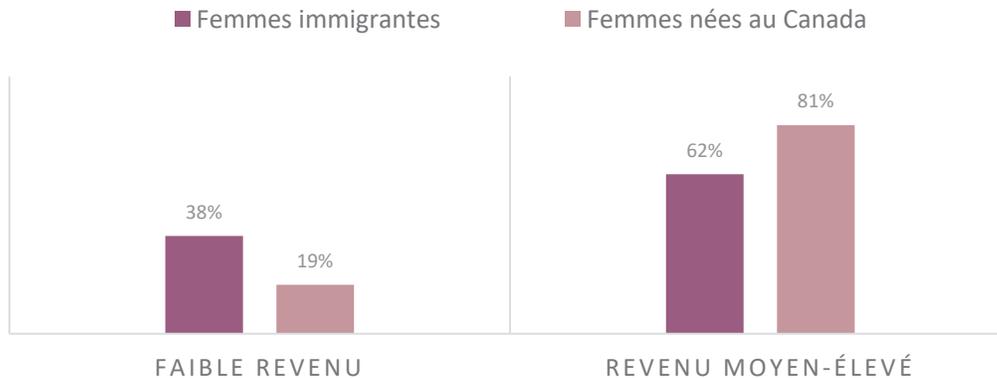


Chez les femmes de 25 à 49 ans²⁹, celles ayant eu un parcours migratoire sont plus nombreuses à avoir obtenu un diplôme universitaire (58 % contre 40 % pour les femmes nées au Canada, $p < 0,001$ – cf. tableau 1.4 en annexe). Ce niveau de diplomation supérieur de la population immigrante reflète des constats habituellement réalisés (Gauthier, 2014 ; Homsy et Scarfone, 2016), et est à situer dans le contexte des critères de sélection pour immigrer, le Québec et le Canada favorisant la venue de personnes diplômées³⁰. Ici également, il s'agira de tenir compte de ces profils différenciés, car les pratiques contraceptives sont généralement reliées au niveau de scolarité (Rivet *et al.*, 2021). Observons à présent la répartition des deux sous-groupes selon la variable du revenu.

²⁹ Compte tenu des différences existant dans la pyramide des âges des FI et FNC et du fait qu'un diplôme universitaire ne peut être obtenu qu'après un certain âge, les femmes de moins de 25 ans ont été retirées de l'échantillon pour réaliser cette comparaison.

³⁰ <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/immigrer-canada/entree-express/admissibilite/travailleurs-qualifies-federal.html#selection> ; <https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/divers/Grille-synthese.pdf>

1.5. Niveau de revenu selon le statut d'immigration



Les données montrent que les femmes immigrantes sont surreprésentées dans les ménages à faibles revenus ($p < 0,001$)³¹, car elles sont deux fois plus nombreuses que les femmes nées au Canada dans cette catégorie (38 % vs. 19 %). Ce constat est à mettre en lien avec celui d'une plus grande proportion de titulaires de diplômes universitaires chez les néo-Québécoises : compte tenu de la corrélation habituellement observée entre le niveau de revenu et le niveau de scolarité³², cet écart traduit le désavantage économique des femmes immigrantes.

1.6. Taux d'emploi selon le statut d'immigration

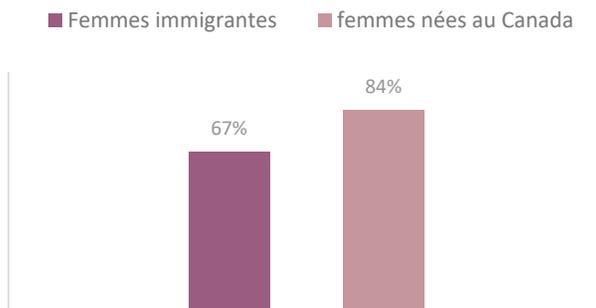
Un écart notable entre les deux sous-groupes est observable au niveau du taux d'emploi; les femmes immigrantes étant significativement moins nombreuses à occuper un emploi rémunéré que les femmes nées au Canada. Le fait qu'une proportion significativement plus importante³³ de néo-Québécoises ne trouve pas d'emploi pourrait ainsi contribuer à expliquer, parmi d'autres causes, leur surreprésentation dans les ménages à faible revenu.

³¹ La différence entre femmes immigrantes et nées au Canada est significative à $p < 0,001$ selon un test de Chi2 intégrant les corrections de Rao et Scott (cf. tableau 1.5 en annexe).

³² <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/niveau-de-scolarite-et-revenu-emploi.pdf>

³³ La différence entre femmes immigrantes et nées au Canada est significative à $p < 0,001$ selon un test de Chi2 intégrant les corrections de Rao et Scott (cf. tableau 1.6 en annexe).

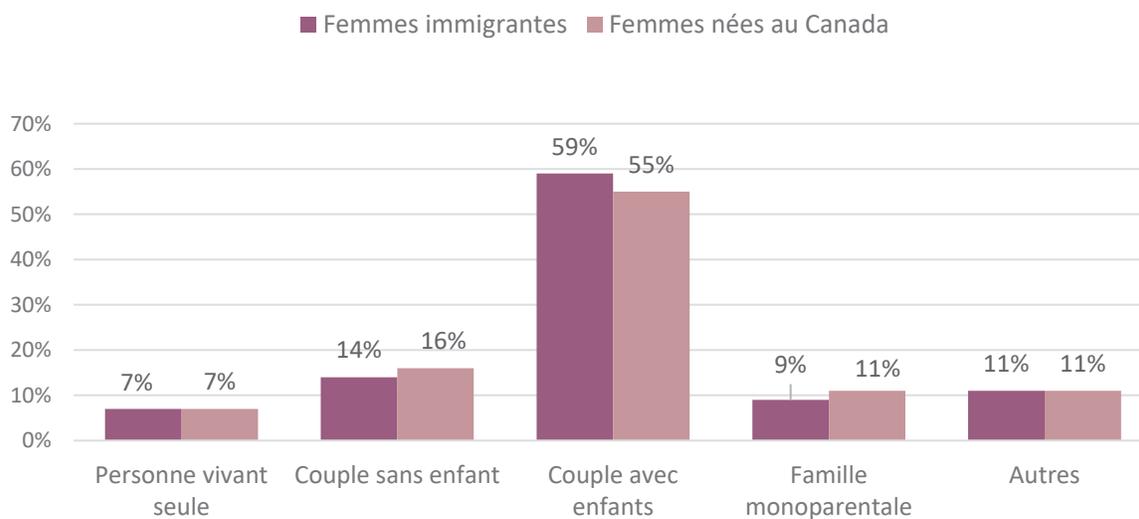
TAUX D'EMPLOI



La composition du foyer étant également déterminante au niveau des conduites contraceptives, il est utile de voir si des différences notables existent entre les deux sous-groupes étudiés.

1.7. Composition du foyer selon le statut d'immigration

Au niveau de la composition du foyer, il n'y a pas d'écart significatif entre les néo-Québécoises et les femmes nées au Canada.



En l'absence d'item renseignant le point de vue des personnes sur leur capacité à accéder aux soins, la variable de la dernière consultation chez un médecin est un indicateur

de l'accessibilité des soins, compte tenu du fait qu'avoir accès à certains moyens de contraception implique de recourir au système de santé³⁴.

1.8. Dernière consultation chez le médecin selon le statut d'immigration

| | Femmes immigrantes N = 1,482 | Femmes nées au Canada N = 8,029 | Total N = 9,511 | p-value |
|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------|---------|
| Dernière consultation chez le médecin | | | | <0.001 |
| Moins de 6 mois | 766 (52%) | 4,394 (55%) | 5,160 (54%) | |
| De 6 mois à moins d'un an | 286 (19%) | 1,772 (22%) | 2,058 (22%) | |
| D'un an à moins de 2 ans | 219 (15%) | 1,029 (13%) | 1,248 (13%) | |
| De 2 ans à moins de 5 ans | 102 (6.9%) | 525 (6.6%) | 627 (6.6%) | |
| 5 ans et plus | 99 (6.7%) | 283 (3.5%) | 382 (4.0%) | |
| NA | 9 | 27 | 36 | |

Sans grande surprise, compte tenu des constats relevés dans notre recension d'écrits, des différences significatives entre femmes immigrantes et celles nées au Canada sont observables au niveau de la dernière consultation médicale ($p < 0,001$). En cumulant la proportion de femmes ayant eu un rendez-vous médical il y a moins de 6 mois ou il y a moins d'un an, ce sont 71% des néo-Québécoises et 76% des Québécoises nées au Canada qui rapportent avoir eu une interaction avec un médecin au cours de la dernière année. En corrolaire, les femmes immigrantes sont surreprésentées dans la catégorie des femmes n'ayant pas eu de consultation médicale depuis 5 ans et plus : un écart de 3 points (7 % vs. 4 %) y est observable.

Suite à cette exploration des caractéristiques des néo-Québécoises susceptibles d'utiliser une contraception (femmes âgées de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes au cours des 12 derniers mois), une synthèse en sera proposée dans la prochaine section.

³⁴ À titre d'exemple, obtenir une contraception orale, un stérilet ou une vasectomie impliquent un rendez-vous médical.

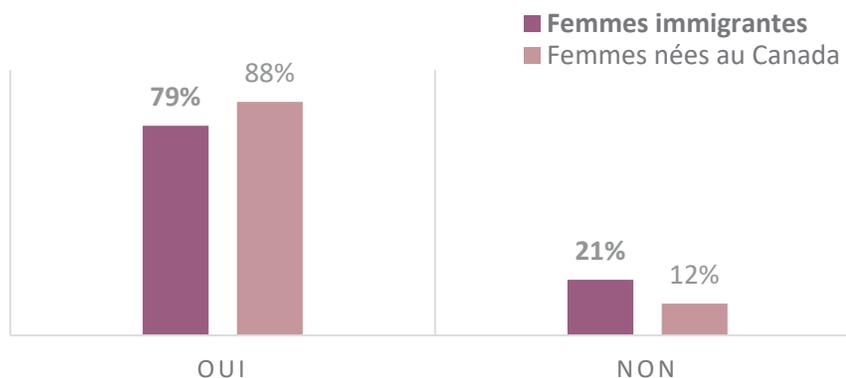
Synthèse des principaux constats concernant les caractéristiques des néo-Québécoises

- Les femmes immigrantes représentent 16 % de la population des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes, au Québec, la moitié d'entre elles étant arrivée il y a 10 ans et plus.
- On retrouve moins de femmes âgées de 15 à 24 ans chez les néo-Québécoises, par rapport aux Québécoises nées au Canada.
- Les néo-Québécoises sont significativement plus nombreuses, proportionnellement aux Québécoises nées au Canada, à détenir un diplôme universitaire (58 % vs. 40 %).
- 38 % des néo-Québécoises vivent au sein de ménages à faible revenu, une différence très significative par rapport aux Québécoises nées au Canada qui sont 19 % à faire partie de ce groupe défavorisé sur le plan économique.
- Le chômage est significativement plus fréquent chez les femmes immigrantes, par rapport aux femmes nées au Canada (33 % vs. 16 %).
- Les néo-Québécoises sont significativement moins susceptibles d'avoir eu une consultation médicale dans la dernière année que les Québécoises nées au Canada (71 % vs. 76 %).

2. Comparaison de l'utilisation de la contraception chez les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada

Dans cette section, il s'agira de repérer ce en quoi les femmes immigrantes se distinguent des femmes nées au Canada, concernant l'usage ou non d'une contraception – quel que soit le moyen utilisé (condom, pilule, coït interrompu, etc.). Nous examinerons tout d'abord s'il existe une différence dans l'utilisation ou non d'une contraception, de manière générale, dans les deux sous-groupes que nous comparons. Ensuite, nous affinerons notre comparaison en croisant le statut d'immigration aux variables sociodémographiques généralement liées aux pratiques contraceptives (âge, niveau de scolarité, etc.) : ceci permettra de déterminer en quoi ces variables sont associées ou pas, dans chaque sous-groupe. Nous examinerons par ailleurs en quoi une consultation médicale se relie à l'utilisation d'une contraception pour chaque sous-groupe. Ceci permettra de nuancer le portrait des spécificités que présentent les femmes ayant un parcours migratoire.

2.1. Taux d'utilisation de la contraception selon le statut d'immigration

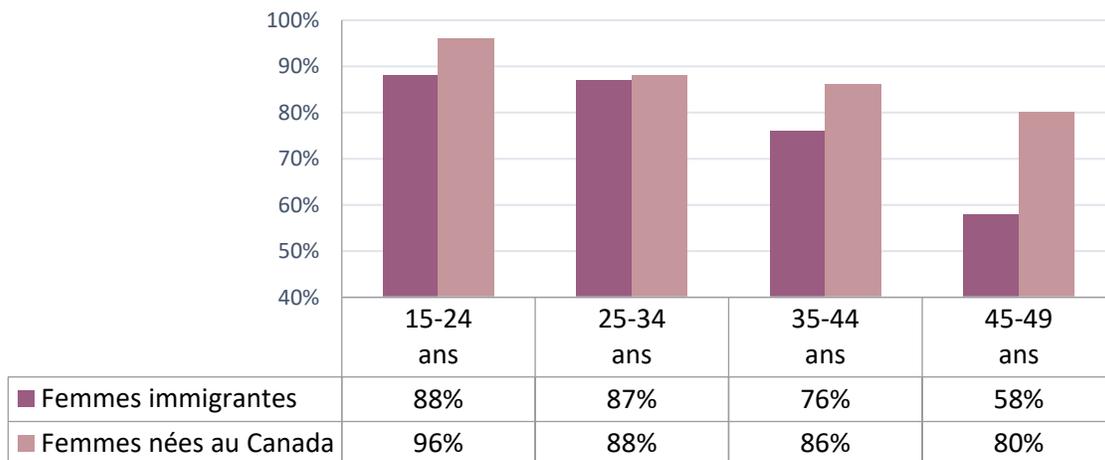


Des différences notables existent entre les deux sous-groupes ($p < 0,001$, cf. tableau 2.1 en annexe). On observe un écart de 9 points entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada : 12 % de ces dernières n'utilisent pas de contraception, tandis que cette proportion est de 21 % chez les femmes ayant eu un parcours migratoire.

Il est à noter qu'aucune variable ne renseigne sur la volonté d'éviter une grossesse ou non, dans l'*Enquête québécoise sur la santé dans la population*. Il n'est donc pas possible d'identifier le taux de besoins contraceptifs non comblés parmi les femmes n'utilisant pas de contraception. À titre de point de repère, une enquête menée en 2006 au Canada mettait en évidence que 15 % des femmes n'utilisant pas de contraception ne souhaitaient pas concevoir d'enfant (Black *et al.*, 2009). La variable de l'immigration n'était pas prise en compte dans cette étude, mais le *Consensus canadien sur la contraception* pointait, en 2015, que les besoins contraceptifs non comblés étaient plus fréquents chez les femmes immigrantes (Black *et al.*, 2015). Par ailleurs, les différences observées dans l'utilisation ou non d'une contraception peuvent être liées à des intentions de fécondité³⁵ distinctes entre néo-Québécoises et Québécoises nées au Canada, bien que celles-ci tendent à se rapprocher au fil des années passées dans le pays d'accueil (Street, 2009, 2015).

Afin de comprendre plus finement les particularités des pratiques contraceptives dans chaque sous-groupe, examinons comment l'utilisation d'une contraception ou non se décline par tranche d'âge et statut d'immigration.

2.2. Taux d'utilisation de la contraception selon l'âge et le statut d'immigration



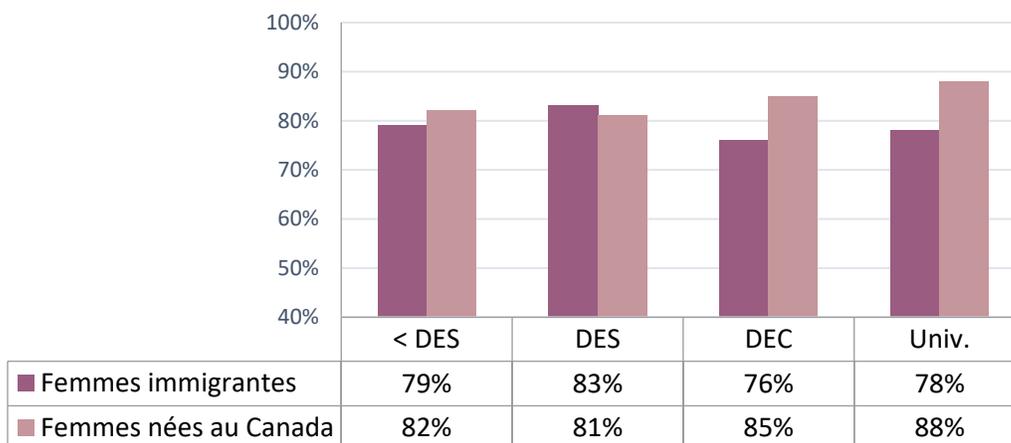
³⁵ L'intention de fécondité correspond au nombre d'enfant(s) désiré par une personne.

En croisant l'âge et le statut d'immigration, on observe que la proportion de femmes utilisant une contraception est similaire dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans. Par contre, les néo-Québécoises moins âgées ou plus âgées sont significativement moins susceptibles de recourir à la contraception – l'écart le plus grand se situant dans la tranche d'âge de 45 à 49 ans (22 points d'écart, cf. tableau 2.2 en annexe). On observe également que si le recours à la contraception décroît au fil de l'âge, chez toutes les femmes, l'écart se creuse entre femmes immigrantes et nées au Canada à partir de 35 ans.

Observons à présent les tendances de chacun des sous-groupes, quand on porte attention au niveau de scolarité.

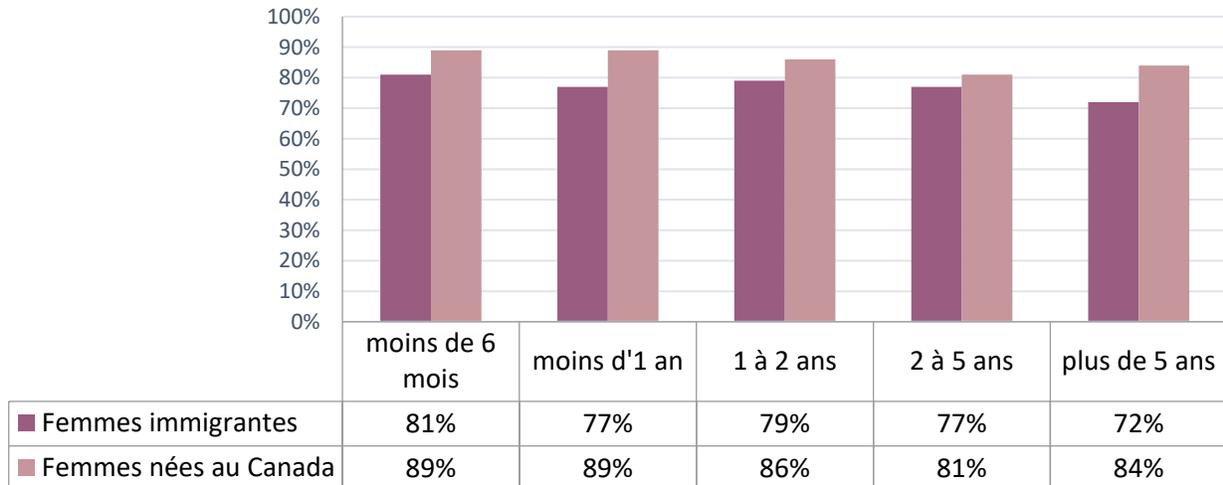
2.3. Taux d'utilisation de la contraception selon le niveau de scolarité et le statut d'immigration

Nous observons ici des écarts significatifs entre femmes immigrantes et nées au Canada sont observés pour les niveaux DEC et universitaire ($p < 0,001$, cf. tableau 2.3 en annexe), mais cet écart n'est pas décelé pour les femmes ayant un niveau DES et il est plus faiblement significatif pour celles ayant un niveau inférieur au DES ($p < 0,01$).



Ici, il est étonnant de constater que les néo-Québécoises ayant un diplôme supérieur aux études secondaires utilisent moins la contraception que celles ayant un niveau de scolarité inférieur ou égal au DES. Le profil est inversé chez les femmes nées au Canada, où l'usage d'une contraception est plus fréquent en ayant un niveau de scolarité collégial ou universitaire ($p < 0,001$), tel qu'observé précédemment en contexte canadien (Black *et al.*, 2009).

2.4. Taux d'utilisation de la contraception selon le moment de la dernière consultation médicale et le statut d'immigration



Ce tableau tend à montrer que le fait d'avoir eu une consultation médicale assez récente favorise l'utilisation d'une contraception – qu'elle soit médicalisée (nécessitant une prescription) ou non. Des écarts significatifs existent entre femmes immigrantes et nées au Canada qui ont eu une consultation médicale il y a moins de 6 mois et moins d'un an ($p < 0,001$, cf. tableau 2.4 en annexe), les différentes étant moindres ou alors non significatives pour les femmes ayant eu un rendez-vous médical il y a plus d'un an.

Synthèse de la comparaison entre femmes immigrantes et nées au Canada concernant l'utilisation ou non d'une contraception

- Les néo-Québécoises ont généralement moins recours à la contraception que les Québécoises nées au Canada : 21 % des femmes immigrantes (FI) n'utilisent aucun moyen de contraception, contre 12 % des femmes nées au Canada (FNC). Il est à noter que les variables de l'Enquête québécoise sur la santé dans la population ne permettent pas de savoir quelles sont les femmes qui souhaitent éviter une grossesse ou pas (besoins contraceptifs non comblés), parmi celles qui n'utilisent pas de contraception, alors cet écart est à interpréter avec prudence : il traduit vraisemblablement l'effet cumulé de besoins contraceptifs moins comblés chez les femmes immigrantes et d'intentions de fécondité distincts, mais la part de chaque facteur reste inconnue.
- L'écart d'usage de contraception entre les néo-Québécoises et les Québécoises est plus marqué chez les femmes de 45 à 49 ans, puisqu'il s'élève à 22 points (58 % des FI utilisent une contraception, contre 80 % des FNC). Il est de 10 points chez les femmes de 35 à 44 ans (76% des FI utilisent une contraception, contre 86% des FNC) et de 8 points pour les 18 à 24 ans (88% des FI utilisent une contraception, contre 96 % des FNC). Il n'y a pas d'écart statistiquement significatif entre les deux sous-groupes pour les femmes de 25 à 35 ans.
- Les conduites contraceptives selon le niveau de scolarité diffèrent significativement entre les femmes immigrantes et les femmes nées au Canada : ces dernières utilisent davantage la contraception quand leur niveau de scolarité est supérieur ou égal au DEC, ce qui n'est pas le cas chez les néo-Québécoises.

3. Identification de caractéristiques liées à l'usage ou non de contraception par le biais de modèles de régression logistique

Cette section présente les résultats d'analyses statistiques qui ont été réalisées de manière indépendante, pour chaque sous-groupe. Il ne s'agit donc pas d'une comparaison entre néo-Québécoises et Québécoises nées au Canada, ici, mais d'une démarche visant à mieux comprendre ce qui est corrélé ou pas à l'usage de la contraception chez chacun de ces sous-groupes.

L'intérêt des analyses statistiques de régression logistique est qu'elles permettent de considérer les liens entre différentes variables et la variable dépendante (ici, l'utilisation de la contraception) en les prenant en considération simultanément plutôt que de manière isolée. En effet, il est possible d'inclure un ensemble de variables dans un modèle de régression logistique pour observer les liens d'un facteur avec la variable dépendante en tenant compte d'autres dimensions susceptibles de jouer un rôle modérateur³⁶. Ce type d'analyse permet de déterminer dans quelle mesure chacune des variables intégrées dans le modèle de régression est reliée (ou pas, et comment³⁷) avec le fait d'utiliser une contraception³⁸, compte tenu du rôle joué par les autres variables du modèle.

Au plan méthodologique, nous avons tout d'abord effectué des tests de corrélations afin de conserver les variables étant significativement reliées à notre variable d'intérêt pour l'ensemble des femmes âgées de 18 à 49 ans³⁹, après avoir sélectionné des variables pertinentes sur la base de recherches comparables : celles-ci comprennent généralement les facteurs de l'âge, de la composition du foyer, le niveau de scolarité, le niveau de revenu

³⁶ Le rôle modérateur d'une variable peut consister à augmenter ou diminuer les liens entre deux autres variables. À titre d'exemple, nous avons précédemment observé que le statut d'immigration est un modérateur du lien entre le niveau de scolarité et le revenu, puisque les néo-Québécoises, bien que davantage diplômées, sont plus nombreuses dans les ménages à faible revenu.

³⁷ Les variables peuvent augmenter les chances d'utiliser la contraception, dans telle ou telle modalité de la variable (par ex. avoir de plus de chances d'utiliser la contraception dans la tranche d'âge de 18-25 ans par rapport aux 35-44 ans), ou au contraire diminuer la probabilité (par ex. être moins susceptible d'utiliser la contraception entre 45 et 49 ans par rapport aux 35-44 ans).

³⁸ Nous rappelons que toutes les méthodes contraceptives sont incluses dans cette catégorie, quel que soit leur degré d'efficacité (pilule, condom, coït interrompu, etc.).

³⁹ Les femmes de 15 à 17 ans ont dû être retirées de l'échantillon en raison de valeurs manquantes pour certaines variables, la régression logistique ne pouvant être menée que si toutes les variables sont renseignées.

et l'occupation⁴⁰. Compte tenu de nos questions de recherche, nous avons ajouté deux variables renseignant l'accès au système de santé : la dernière consultation avec un médecin, et le fait d'avoir eu un test Pap. Le même modèle de régression logistique a été utilisé avec les deux sous-groupes, notre échantillon étant divisé en deux populations distinctes pour réaliser cette analyse. Celle-ci a été menée par étapes (cf. tableaux 3.1 et 3.2 en annexe), afin d'observer comment l'ajout des variables dans le modèle modifiait les relations préalablement calculées. Nous avons vérifié que chaque étape de l'analyse améliorerait le modèle, c'est-à-dire que l'ajout de nouvelles variables augmentait sa vraisemblance⁴¹.

Nous présenterons tout d'abord les résultats de la régression logistique menée avec la sous-population des Québécoises nées au Canada, puis examinerons les variables reliées à l'utilisation d'une contraception ou non pour les néo-Québécoises.

3.1. Caractéristiques liées à l'usage ou non de la contraception pour les Québécoises nées au Canada

Le tableau ci-après présente les résultats de l'analyse de régression logistique, avec un modèle comprenant des variables initialement liées au fait d'utiliser une contraception ou non pour l'ensemble de la population (femmes immigrantes et nées au Canada) : l'âge, la composition du foyer, le niveau de revenus, l'occupation, la date de la dernière consultation médicale, le fait d'avoir eu un test Pap ou pas, et le niveau de scolarité.

La colonne « analyse univariée » présente tout d'abord les rapports de cotes (*odds ratio* : OR), c'est-à-dire le niveau d'augmentation ou de réduction des probabilités d'utiliser la contraception selon chaque modalité des variables, de manière indépendante, par rapport à la première modalité définie comme point de référence. À titre d'exemple, on observe dans la quatrième ligne du tableau ci-après qu'il y a 3.31 fois plus de probabilités

⁴⁰ Le fait de vivre en secteur urbain ou rural est habituellement intégré aux variables considérées, mais moins de 10% de la population immigrante s'établit dans des régions non adjacentes aux villes de Montréal et Québec alors ceci aurait posé problème pour notre modèle de régression. Réf. : <https://www.fqm.ca/lettres-ouvertes/la-necessaire-regionalisation-de-limmigration/>

⁴¹ Le critère d'information d'Akaike (AIC) et le critère d'information bayésien de Schwarz (BIC) ont été utilisés pour s'assurer de la vraisemblance du modèle, c'est-à-dire la qualité de ses prédictions, qui s'exprime par une diminution de la valeur de ces critères lors de l'ajout de nouvelles variables. Des tests de vraisemblance ont été effectués pour déterminer la significativité de l'amélioration du modèle d'une étape à l'autre.

($p < 0,001$) que les femmes de 18-24 ans utilisent une contraception par rapport aux femmes de 35-44 ans.

La colonne « analyse multivariée » présente ensuite les rapports de cotes *ajustés* (*adjusted odds ratio* : AOR) pour chaque modalité des variables, c'est-à-dire les rapports de cotes tenant compte des relations des autres variables du modèle sur la variable d'intérêt. Par exemple, il est deux fois moins probable (AOR = 0.51, $p < 0,001$) que les femmes en couple sans enfants utilisent une contraception, par rapport aux femmes de couples avec enfants, ce chiffre restant assez stable dans les deux analyses (OR = 0.57, $p < 0,001$). Cependant, le tableau ci-dessous montre que les rapports de cotes de certaines variables peuvent varier de manière importante quand on passe d'une analyse univariée à une analyse multivariée.

| Femmes nées au Canada | Utilisation contraception | | Analyse univariée ⁴² | | | | Analyse multivariée ⁴³ | | |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------|------------------|
| | Non N = 964 ¹ | Oui N = 7 050 ¹ | N | OR ² | 95% CI ² | p-value | AOR ² | 95% CI ² | p-value |
| Groupe d'âge | | | 7 673 | | | <0.001 | | | <0.001 |
| 35 - 44 ans | 347 (36%) | 2 136 (32%) | | — | — | | — | — | |
| 18 - 24 ans | 75 (7.8%) | 1 522 (23%) | | 3.31 | 2.33, 4.72 | <0.001 | 2.91 | 1.82, 4.64 | <0.001 |
| 25 - 34 ans | 294 (31%) | 2 093 (31%) | | 1.16 | 0.93, 1.45 | 0.20 | 1.19 | 0.94, 1.52 | 0.16 |
| 45 - 49 ans | 242 (25%) | 964 (14%) | | 0.65 | 0.51, 0.82 | <0.001 | 0.68 | 0.53, 0.88 | 0.003 |
| Composition du | | | 7 650 | | | <0.001 | | | <0.001 |
| Couple avec enfants | 521 (55%) | 3 627 (54%) | | — | — | | — | — | |
| Personne vivant seule | 38 (4.0%) | 539 (8.0%) | | 2.02 | 1.28, 3.18 | 0.003 | 1.75 | 1.10, 2.78 | 0.018 |
| Couple sans enfant | 254 (27%) | 1 003 (15%) | | 0.57 | 0.46, 0.70 | <0.001 | 0.51 | 0.40, 0.64 | <0.001 |
| Famille monoparentale | 66 (6.9%) | 752 (11%) | | 1.63 | 1.14, 2.32 | 0.007 | 1.69 | 1.15, 2.47 | 0.007 |
| Autres | 75 (7.9%) | 775 (12%) | | 1.48 | 1.03, 2.12 | 0.034 | 1.25 | 0.85, 1.84 | 0.26 |

⁴² L'analyse univariée teste le lien entre notre variable dépendante et chaque variable du modèle, de manière indépendante. Elle examine la nature de la relation, c'est-à-dire si la probabilité d'utiliser la contraception est augmentée ou réduite, selon chaque catégorie de la variable indépendante, et l'ampleur de la relation existante.

⁴³ L'analyse multivariée examine les relations entre la variable dépendante et chaque variable incluse dans le modèle, en tenant compte des autres variables.

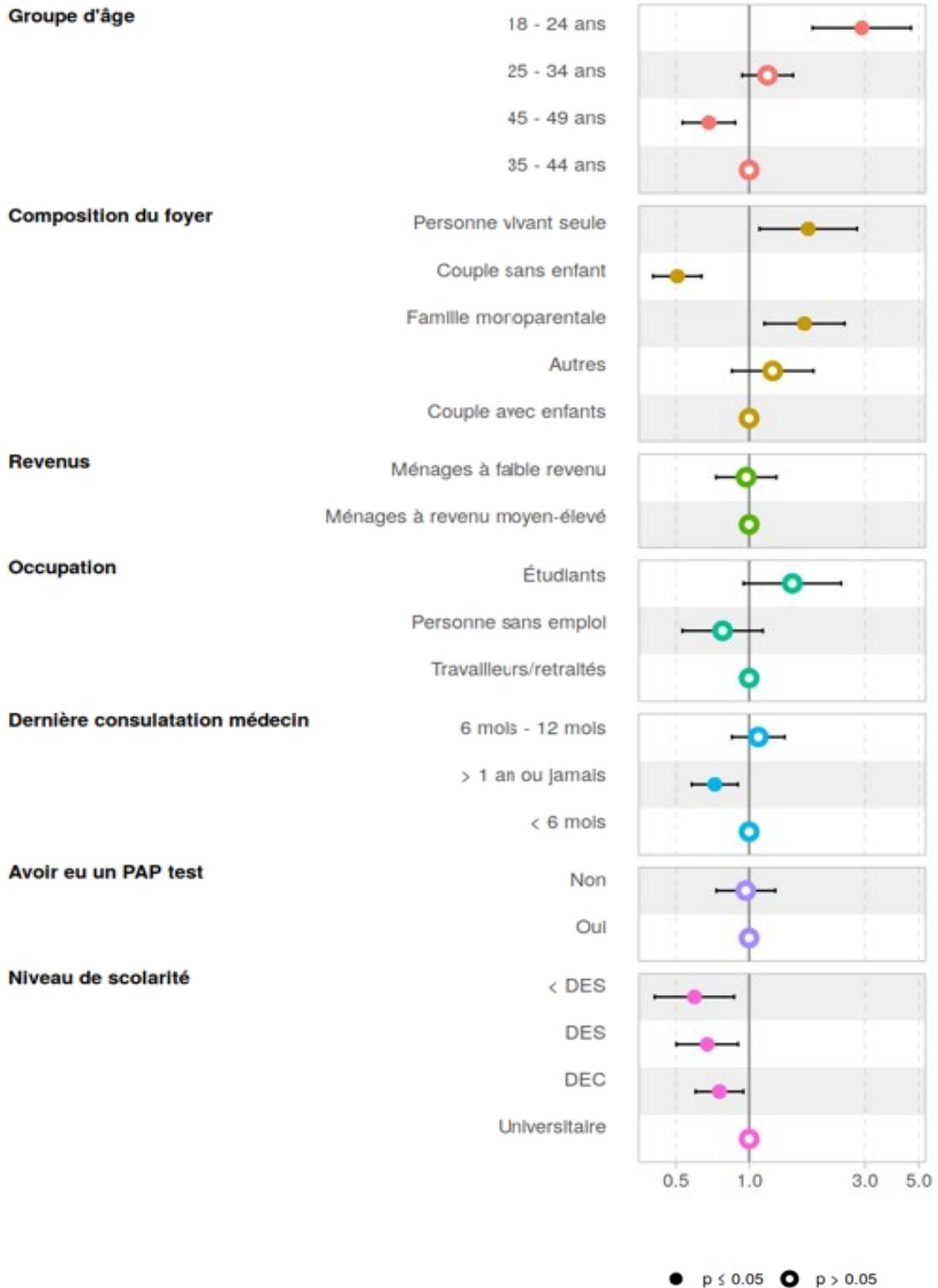
| Femmes nées au Canada | Utilisation contraception | | Analyse univariée ⁴² | | | | Analyse multivariée ⁴³ | | |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|---------|-----------------------------------|---------------------|---------|
| | Non N = 964 ¹ | Oui N = 7 050 ¹ | N | OR ² | 95% CI ² | p-value | AOR ² | 95% CI ² | p-value |
| <u>Revenus</u> | | | 7 671 | | | 0.069 | | | 0.85 |
| Revenu moyen-élevé | 806 (84%) | 5 437 (81%) | | — | — | | — | — | |
| Faible revenu | 151 (16%) | 1 278 (19%) | | 1.25 | 0.98, 1.59 | 0.069 | 0.97 | 0.73, 1.30 | 0.85 |
| <u>Occupation</u> | | | 7 488 | | | <0.001 | | | 0.087 |
| Travailleurs/retraités | 788 (85%) | 4 977 (76%) | | — | — | | — | — | |
| Étudiants | 61 (6.6%) | 1 235 (19%) | | 3.23 | 2.24, 4.67 | <0.001 | 1.51 | 0.95, 2.40 | 0.084 |
| Personne sans emploi | 75 (8.1%) | 353 (5.4%) | | 0.75 | 0.53, 1.06 | 0.10 | 0.78 | 0.53, 1.14 | 0.20 |
| <u>Consultation</u> | | | 7 650 | | | 0.001 | | | 0.004 |
| < 6 mois | 487 (51%) | 3 693 (55%) | | — | — | | — | — | |
| 6 mois - 12 mois | 186 (19%) | 1 508 (23%) | | 1.07 | 0.84, 1.36 | 0.59 | 1.09 | 0.85, 1.40 | 0.50 |
| > 1 an ou jamais | 281 (29%) | 1 496 (22%) | | 0.70 | 0.57, 0.87 | 0.001 | 0.72 | 0.58, 0.90 | 0.004 |
| <u>Avoir eu un PAP test</u> | | | 7 650 | | | 0.12 | | | 0.82 |
| Oui | 845 (88%) | 5 747 (86%) | | — | — | | — | — | |
| Non | 112 (12%) | 946 (14%) | | 1.24 | 0.95, 1.61 | 0.12 | 0.97 | 0.73, 1.28 | 0.82 |
| <u>Niveau de scolarité</u> | | | 7 633 | | | 0.025 | | | 0.011 |
| Universitaire | 298 (31%) | 2 354 (35%) | | — | — | | — | — | |
| < DES | 82 (8.6%) | 399 (6.0%) | | 0.62 | 0.44, 0.86 | 0.004 | 0.60 | 0.41, 0.87 | 0.007 |
| DES | 185 (19%) | 1 155 (17%) | | 0.79 | 0.61, 1.03 | 0.079 | 0.67 | 0.50, 0.90 | 0.008 |
| DEC | 387 (41%) | 2 773 (42%) | | 0.91 | 0.73, 1.13 | 0.39 | 0.75 | 0.60, 0.95 | 0.015 |

¹ n (%)

² OR = rapport de cotes, AOR = rapport de cotes ajusté, CI = intervalle de confiance

Si l'on compare tout d'abord l'évolution des rapports de cotes selon que l'analyse est univariée ou multivariée, on observe que le lien entre l'usage de contraception et l'occupation est modulé par les autres variables comprises dans le modèle. En effet, ce facteur initialement corrélé dans l'analyse univariée n'est plus significativement lié à l'usage ou non d'une contraception, quand l'âge, la composition du foyer et le niveau de scolarité sont pris en compte (étape 2 de l'analyse de régression logistique, cf. tableau 3.1 en annexe).

Graphique illustrant les résultats de l'analyse multivariée – Québécoises nées au Canada



Si l'on place ensuite le focus sur les résultats de l'analyse multivariée, illustrés dans le graphique précédent, on constate que quatre variables sont significativement liées à l'utilisation ou non d'une contraception chez les femmes nées au Canada quand les autres variables du modèle sont prises en considération simultanément. Les principaux déterminants du recours à la contraception sont le groupe d'âge et la composition du foyer (p globale <0,001), suivis de la durée écoulée depuis la dernière consultation médicale (p globale <0,01) et du niveau de scolarité (p <0,01 pour niveaux égal ou inférieur au DES).

De manière plus spécifique, l'analyse réalisée met en évidence les points suivants :

- Relation entre l'usage de contraception et l'âge : Les femmes nées au Canada âgées de 18 à 24 ans ont une probabilité accrue (AOR= 2.91, CI : 1.82-4.64⁴⁴) d'avoir utilisé un moyen de contraception dans les 12 derniers mois, par rapport aux femmes de 35 à 44 ans. Par contre, les femmes de 45 à 49 ans sont moins susceptibles d'utiliser un moyen de contraception (AOR= 0.68, CI : 0.53-0.88⁴⁵) que les femmes de 35 à 44 ans. Il n'y a pas d'écart significatif entre les femmes de 25 à 34 et 35 à 44 ans. Le lien entre l'âge et l'usage ou non d'une contraception est similaire à celui observé par Black *et al.* (2009) dans une étude sur les pratiques contraceptives de femmes canadiennes.
- Relation entre l'usage de contraception et la composition du foyer : Les femmes née au Canada vivant seules sont plus susceptibles (AOR= 1.75, CI : 1.10, 2.78*), tout comme celles en famille monoparentale (AOR= 1.69, CI : 1.15, 2.47**), d'avoir fait usage d'un moyen de contraception dans la dernière année que les femmes vivant en couple avec enfants. Les femmes vivant en couple sans enfant sont par contre moins susceptibles (AOR= 0.51, CI : 0.40, 0.64⁴⁶) de recourir à un moyen contraceptif qu'en vivant en couple avec enfants. Ces observations sont également conformes aux tendances généralement observées (Rivet *et al.*, 2021).
- Relation entre l'usage de contraception et le niveau de scolarité : Les femmes nées au Canada ayant complété une scolarité de niveau inférieur au DES, un DES ou un DEC ont moins de probabilité⁴⁶ d'avoir recours à la contraception dans les 12 derniers mois,

⁴⁴ Un rapport de cotes de 2,91 signifie que les femmes de 18 à 24 ans sont environ trois fois plus susceptibles d'utiliser une contraception que les femmes de 35 à 44 ans, dans un intervalle compris entre 182% et 464% de chances supplémentaires.

⁴⁵ Ce rapport de cotes signifie que les femmes de 45 à 49 ans ont 32% moins de chances (avec un intervalle de confiance compris entre 12% et 47% de chances en moins) d'utiliser un moyen de contraception.

⁴⁶ Pour le niveau < DES, le rapport de cotes est de 0.6 (CI : 0,41-0,87**) ; pour le niveau DES, il est de 0,67 (0,5-0,9**) et pour le niveau DEC il est de 0,75 (0,6-0,95*). En somme, moins le niveau de scolarité est élevé moins il y a de probabilité d'utiliser la contraception, lorsque les autres variables incluses dans le modèle (âge, composition du foyer, revenus...) sont contrôlées.

par rapport aux femmes ayant un diplôme universitaire. Ces résultats correspondent à ceux d'études antérieures (Black *et al.*, 2009).

- Relation entre l'usage de contraception et le fait d'avoir eu une consultation médicale récente : Les femmes ayant vu un médecin il y a plus d'une année sont moins susceptibles (AOR= 0.72, CI : 0.58, 0.90**) d'utiliser un moyen de contraception dans la dernière année que les femmes ayant vu un médecin dans les 6 derniers mois. À notre connaissance, il n'y a pas d'étude qui ait examiné les liens entre l'usage de contraception et le moment de la dernière consultation médicale.

Partant de ces constats pour la population des Québécoises nées au Canada, voyons à présent ce qu'il en est pour les néo-Québécoises.

3.2. Caractéristiques liées à l'usage ou non de la contraception pour les néo-Québécoises

Observons à présent les résultats de l'analyse réalisée avec le même modèle de régression (variables identiques), cette fois-ci avec la population des femmes immigrantes.

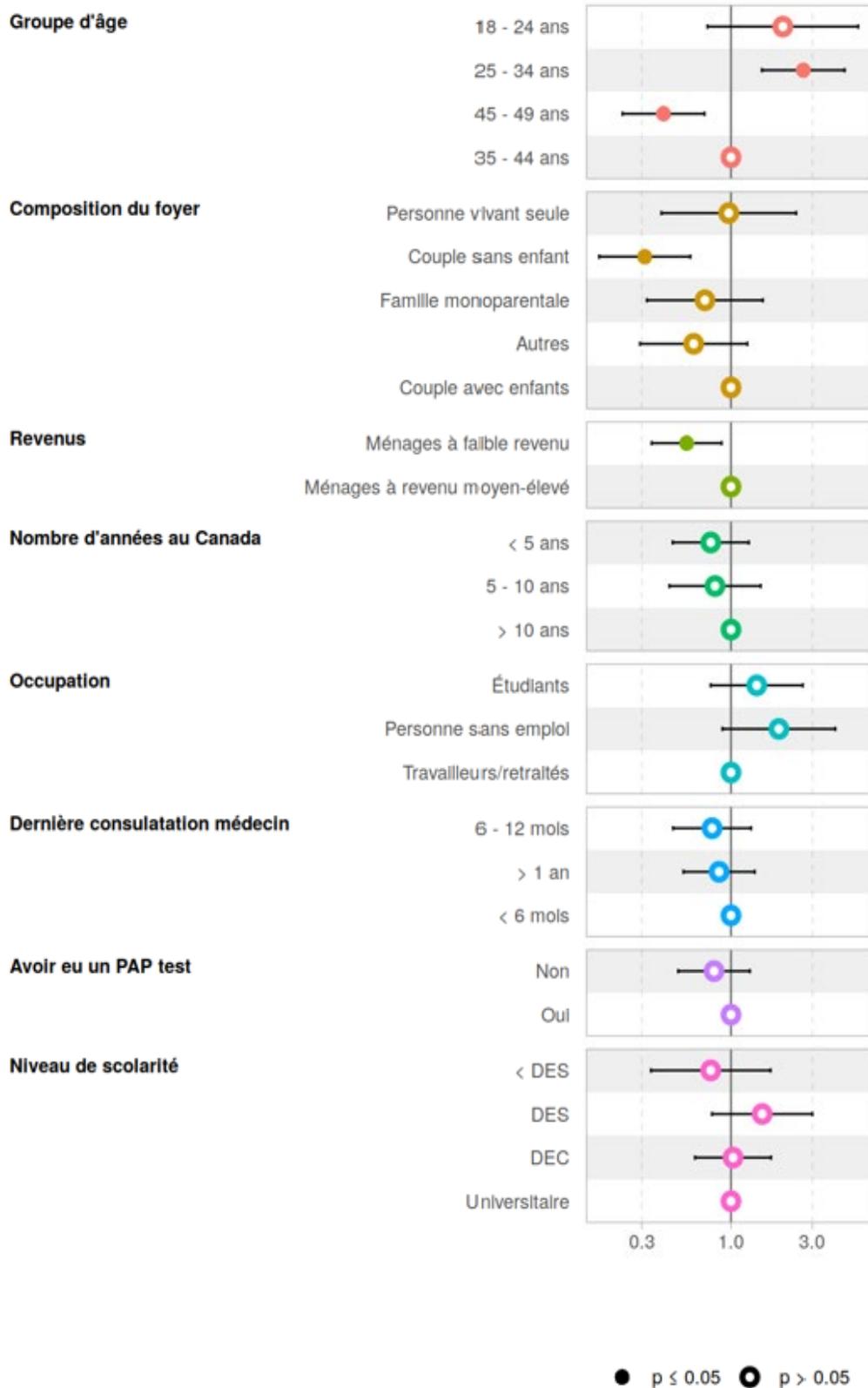
| <i>Femmes immigrantes</i> | <i>Utilisation contraception</i> | | <i>Analyse univariée</i> | | | | <i>Analyse multivariée</i> | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------|----------------------------|---------------------------|------------------|
| | <i>Non, N = 308¹</i> | <i>Oui, N = 1 162¹</i> | <i>N</i> | <i>OR²</i> | <i>95% CI²</i> | <i>p-value</i> | <i>AOR²</i> | <i>95% CI²</i> | <i>p-value</i> |
| <u>Groupe d'âge</u> | | | 1 457 | | | <0.001 | | | <0.001 |
| <i>35 - 44 ans</i> | 140 (45%) | 454 (39%) | | — | — | | — | — | |
| <i>18 - 24 ans</i> | 20 (6.4%) | 130 (11%) | | 2.03 | 0.87, 4.75 | 0.10 | 2.01 | 0.73, 5.58 | 0.18 |
| <i>25 - 34 ans</i> | 65 (21%) | 450 (39%) | | 2.14 | 1.31, 3.47 | 0.002 | 2.66 | 1.52, 4.64 | <0.001 |
| <i>45 - 49 ans</i> | 83 (27%) | 116 (10%) | | 0.43 | 0.26, 0.70 | <0.001 | 0.40 | 0.23, 0.70 | 0.001 |
| <u>Niveau de scolarité</u> | | | 1 428 | | | 0.47 | | | 0.54 |
| <i>Universitaire</i> | 166 (56%) | 611 (54%) | | — | — | | — | — | |
| <i>< DES</i> | 28 (9.5%) | 78 (6.9%) | | 0.75 | 0.37, 1.53 | 0.43 | 0.76 | 0.34, 1.71 | 0.51 |
| <i>DES</i> | 26 (8.8%) | 144 (13%) | | 1.51 | 0.79, 2.87 | 0.21 | 1.52 | 0.77, 3.00 | 0.22 |
| <i>DEC</i> | 76 (26%) | 299 (26%) | | 1.07 | 0.67, 1.70 | 0.78 | 1.03 | 0.61, 1.72 | 0.92 |
| <u>Revenus</u> | | | 1 456 | | | 0.11 | | | 0.013 |
| <i>Revenu moyen-élevé</i> | 169 (55%) | 720 (63%) | | — | — | | — | — | |
| <i>Faible revenu</i> | 138 (45%) | 428 (37%) | | 0.73 | 0.49, 1.07 | 0.11 | 0.55 | 0.34, 0.88 | 0.013 |
| <u>Occupation</u> | | | 1 413 | | | 0.18 | | | 0.17 |
| <i>Travailleurs/retrait</i> | 227 (75%) | 746 (67%) | | — | — | | — | — | |
| <i>Étudiants</i> | 45 (15%) | 249 (22%) | | 1.67 | 0.96, 2.90 | 0.068 | 1.42 | 0.76, 2.64 | 0.27 |
| <i>Personne sans emploi</i> | 30 (9.9%) | 116 (10%) | | 1.18 | 0.62, 2.24 | 0.61 | 1.91 | 0.89, 4.09 | 0.10 |

| <i>Femmes immigrantes</i> | Utilisation contraception | | Analyse univariée | | | | Analyse multivariée | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------|
| | Non, N = 308¹ | Oui, N = 1,162¹ | N | OR² | 95% CI² | p- value | AO R² | 95% CI² | p- value |
| <u>Composition du foyer</u> | | | 1 453 | | | 0.13 | | | 0.005 |
| <i>Couple avec enfants</i> | 163 (53%) | 688 (60%) | | — | — | | — | — | |
| <i>Personne vivant seule</i> | 15 (4.8%) | 86 (7.5%) | | 1.39 | 0.57, 3.43 | 0.47 | 0.97 | 0.39, 2.41 | 0.95 |
| <i>Couple sans enfant</i> | 64 (21%) | 145 (13%) | | 0.54 | 0.32, 0.90 | 0.018 | 0.31 | 0.17, 0.58 | <0.001 |
| <i>Famille monoparentale</i> | 33 (11%) | 106 (9.2%) | | 0.75 | 0.38, 1.49 | 0.42 | 0.70 | 0.32, 1.54 | 0.38 |
| <i>Autres</i> | 31 (10%) | 124 (11%) | | 0.94 | 0.49, 1.80 | 0.86 | 0.60 | 0.29, 1.25 | 0.17 |
| <u>Consultation médecin</u> | | | 1 448 | | | 0.51 | | | 0.60 |
| <i>< 6 mois</i> | 145 (47%) | 605 (53%) | | — | — | | — | — | |
| <i>6 mois - 12 mois</i> | 66 (21%) | 216 (19%) | | 0.79 | 0.48, 1.29 | 0.34 | 0.77 | 0.46, 1.31 | 0.34 |
| <i>> 1 an ou jamais</i> | 96 (31%) | 322 (28%) | | 0.81 | 0.52, 1.26 | 0.34 | 0.85 | 0.53, 1.38 | 0.51 |
| <u>Avoir eu un PAP test</u> | | | 1 438 | | | 0.85 | | | 0.35 |
| <i>Oui</i> | 224 (74%) | 846 (75%) | | — | — | | — | — | |
| <i>Non</i> | 80 (26%) | 289 (25%) | | 0.96 | 0.62, 1.49 | 0.85 | 0.80 | 0.49, 1.29 | 0.35 |
| <u>Nombre d'années au Canada</u> | | | 1 457 | | | 0.98 | | | 0.56 |
| <i>> 10 ans</i> | 152 (49%) | 563 (49%) | | — | — | | — | — | |
| <i>< 5 ans</i> | 86 (28%) | 314 (27%) | | 0.98 | 0.63, 1.54 | 0.94 | 0.76 | 0.45, 1.27 | 0.30 |
| <i>5 - 10 ans</i> | 70 (23%) | 273 (24%) | | 1.04 | 0.64, 1.69 | 0.86 | 0.81 | 0.43, 1.50 | 0.49 |

¹ n (%)

² OR = rapport de cotes, AOR = rapport de cotes ajusté, CI = intervalle de confiance

Graphique illustrant les résultats de l'analyse multivariées – néo-Québécoises



Nous pouvons constater, en comparant les résultats des analyses univariée et multivariée que, chez les néo-Québécoises, le lien entre revenu et utilisation de la contraception est modulée par les autres variables du modèle : alors que le revenu n'était pas significativement corrélé à notre variable dépendante à l'étape de l'analyse univariée, le lien entre l'usage ou non d'une contraception et le revenu ($p= 0,013$) est mis en évidence par la prise en compte conjointe de l'âge, du niveau de scolarité et de l'occupation (1^e étape du modèle de régression logistique – cf. tableau 3.2 en annexe).

En ce qui concerne l'analyse multivariée, globalement, il appert que trois variables sont significativement liées à l'utilisation ou non d'une contraception : l'âge (p globale $<0,001$), la composition du foyer (p globale $<0,01$) et le revenu (p globale $<0,05$). Nous retrouvons donc deux variables influentes en commun (âge et composition du foyer), par rapport aux résultats de l'analyse pour les Québécoises nées au Canada. Par contre, le niveau de scolarité et le fait d'avoir eu une consultation médicale récemment ne sont pas corrélés avec l'utilisation ou non d'une contraception pour les néo-Québécoises, que ce soit dans le cadre d'une analyse univariée ou multivariée.

En examinant de manière plus détaillée les résultats de l'analyse multivariée, les points suivants peuvent être relevés :

- Relation entre l'usage de contraception et l'âge : Les femmes immigrantes de 25 à 34 ans ont plus de probabilité (AOR= 2.66, CI : 1.52-4.64^{***})⁴⁷ d'avoir utilisé un moyen de contraception dans les 12 derniers mois que les femmes de 35 à 44 ans. À l'inverse, les femmes de 45 à 49 ans sont moins susceptibles d'utiliser un moyen de contraception (AOR= 0.40, CI : 0.23-0.70^{**})⁴⁸ dans les 12 derniers mois que les femmes de 35-44 ans. Par contre, les néo-Québécoises de 18 à 24 et 35 à 44 ans ne présentent pas de différence significative, peut-être en raison d'un faible effectif dans la tranche 18-24 ans.
- Relation entre l'usage de contraception et la composition du foyer : Les néo-Québécoises vivant en couple sans enfant sont moins susceptibles (AOR= 0.31, CI : 0.17, 0.58^{***}) de recourir à un moyen contraceptif que celles au sein d'un couple avec

⁴⁷ Un rapport de cotes de 2,91 signifie que les femmes de 18 à 24 ans sont environ trois fois plus susceptibles d'utiliser une contraception que les femmes de 35 à 44 ans, dans un intervalle compris entre 182% et 464% de chances supplémentaires.

⁴⁸ Ce rapport de chance signifie que les femmes de 45 à 49 ans ont 32% moins de chances (avec un intervalle de confiance compris entre 12% et 47% de chances en moins) d'utiliser un moyen de contraception.

enfants. Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les femmes vivant seules ou en famille monoparentale et celles vivant en couple avec enfants.

- Relation entre l'usage de contraception et le niveau de revenu : Les femmes immigrantes dans des ménages à faible revenu ont moins de chances (AOR= 0.55, CI : 0.34, 0.88*) d'utiliser un moyen de contraception que celles de ménages à revenu moyen-élevé. Ces observations sont similaires à celles réalisées au sujet des pratiques contraceptives des femmes immigrantes dans l'étude de Poncet *et al.* (2013), en France.
- Absence de relation entre l'usage de contraception et le niveau de scolarité : Nous n'observons pas de lien entre le niveau de scolarité et l'usage ou non d'une contraception, ce qui est un résultat surprenant compte tenu des liens généralement observés entre ces variables (Black *et al.*, 2009 ; Poncet *et al.*, 2013). Ceci suggère que cette corrélation est moins marquée dans le contexte d'un parcours migratoire, d'autres variables jouant un rôle plus déterminant.
- Absence de relation entre l'usage de contraception et le fait d'avoir eu une consultation médicale récente : Ici également il est étonnant que la relation précédemment observée chez les Québécoises nées au Canada (cf. section 3.1 de ce document) ne se retrouve pas chez les néo-Québécoises. Le fait d'avoir eu une consultation médicale assez récente ne semble donc pas favoriser l'usage d'une contraception, et ce, même au stade de l'analyse univariée pour cette variable.
- Absence de relation entre l'usage de contraception et le nombre d'années au Canada : Nous aurions pu nous attendre à ce que le nombre d'année depuis l'immigration au Canada soit lié à l'utilisation ou non d'une contraception, compte tenu de dynamiques d'acculturation conduisant à un meilleur accès au système de santé au fil des années passées dans le pays d'accueil (Zennia *et al.*, 2023⁴⁹), mais aussi à un rapprochement sur le plan de la fécondité (Street, 2009, 2015). Or ce n'est pas le cas : il n'y a pas de relation significative, que ce facteur soit pris isolément (analyse univariée) ou intégré au modèle de régression (analyse multivariée). On observe seulement une légère tendance des femmes arrivées il y a moins de 5 ans et de 5 à 10 ans à moins recourir à la contraception que les femmes arrivées il y a plus de 10 ans, quand on tient compte des effets de la variable de l'âge et de la composition du foyer.

⁴⁹ L'ensemble des documents liés à cette recherche peut être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Synthèse des caractéristiques liées à l'usage ou non de contraception pour chaque sous-groupe

- Les principaux facteurs associés à l'utilisation ou non d'une contraception sont l'âge et la composition du foyer, tant pour les néo-Québécoises que les Québécoises nées au Canada. Toutefois, des nuances sont observables au sein de chaque sous-groupe :
- Les femmes immigrantes de 25 à 34 ans utilisent davantage la contraception que celles âgées de 35 à 44 ans. Or, cet écart n'est pas observable chez les femmes nées au Canada. Ceci fait écho aux résultats présentés dans la section 2.2, où une décroissance plus nette de l'utilisation de contraception était observée chez les femmes immigrantes, après l'âge de 35 ans. Ainsi, ce constat se maintient lorsque la composition du foyer et le nombre d'années au Canada sont pris en compte.
- L'effet de la composition du foyer ne se traduit pas de la même manière dans les deux sous-groupes, car seules les néo-Québécoises en couple sans enfants diffèrent significativement de celles vivant en couple avec enfants, en recourant moins à la contraception. Pour les Québécoises nées au Canada, un écart existe entre les femmes au sein de couples avec enfants et celles vivant seules et en famille monoparentale, qui sont plus susceptibles d'utiliser une contraception. Les Québécoises nées au Canada au sein de couples sans enfants ont deux fois moins de chances d'utiliser une contraception (AOR = 0.51, CI : 0.40, 0.64) que celles au sein de couples avec enfants, tandis que ce rapport de cotes est de trois fois moins pour les néo-Québécoises (AOR = 0.31, CI : 0.17, 0.58). Un lien peut être établi avec la fécondité plus élevée des néo-Québécoises (Street, 2015).
- Par ailleurs, les analyses réalisées permettent de repérer des relations différentes entre certaines variables et l'utilisation d'une contraception ou pas, selon le statut d'immigration :
- Le niveau de scolarité est une variable fortement liée à l'utilisation d'une contraception pour les Québécoises nées au Canada : moins le niveau de scolarité est élevé, moins il est probable d'utiliser une contraception. Ce lien n'est pas observé chez les femmes immigrantes, alors qu'il est généralement documenté dans des recherches menées sur les pratiques contraceptives des femmes dans différents continents (Black *et al.*, 2009 ; Fassassi, 2007) : que ce soit au Canada. Ceci suggère que le parcours migratoire vient modérer l'effet de la variable du niveau de scolarité : ses effets semblent être contrebalancés par le parcours migratoire.

- Lorsque la dernière consultation médicale remonte à plus d'un an, la probabilité d'utiliser une contraception est réduite chez les femmes nées au Canada. Ce lien n'est pas par contre pas observable chez les femmes immigrantes.
- Pour les néo-Québécoises, le revenu est un déterminant de l'usage de la contraception : les femmes immigrantes de ménages à faible revenu sont moins susceptibles d'y recourir, comme observé en France (Poncet *et al.*, 2013). Ce lien n'est pas observable chez les femmes nées au Canada.
- Les résultats de la régression logistique menée avec la population des néo-Québécoises montrent que le nombre d'années passées au Canada n'est pas associé à l'usage ou non de la contraception. Cette absence de lien mérite d'être relevée, car on aurait pu s'attendre à observer une plus grande probabilité d'utilisation au fil des années écoulées depuis l'installation dans la société d'accueil, compte tenu des dynamiques d'acculturation observées dans différentes recherches (Zennia *et al.*, 2023⁵⁰).

⁵⁰ L'ensemble des documents liés à cette recherche peut être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

4. Moyen(s) de contraception utilisé(s)

Après avoir examiné les liens entre différentes variables et l'utilisation d'une contraception ou pas, en tenant compte du statut d'immigration, nous porterons à présent attention aux moyens utilisés par les femmes qui emploient au moins une méthode de contraception. Il s'agit ici d'analyser les stratégies (méthodes utilisées, en combinaison ou pas avec d'autres méthodes) des femmes utilisant une contraception, afin de déterminer si des écarts sont également observables selon le statut d'immigration.

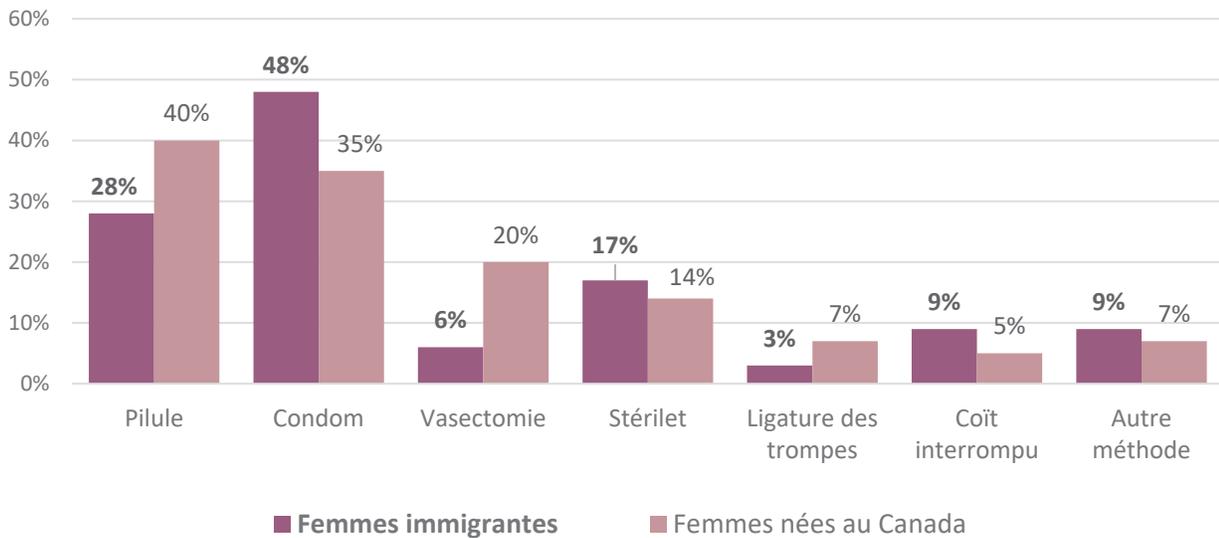
Tout d'abord, nous présenterons les données relatives aux taux d'utilisation des six moyens contraceptifs les plus utilisés, afin d'identifier d'éventuelles spécificités des néo-Québécoises, par rapport aux Québécoises nées au Canada.

Nous comparerons ensuite les femmes utilisant des méthodes médicalisées à celles dont les moyens de contraception n'impliquent pas de recourir au système de santé, pour examiner en quoi le statut d'immigration est lié à l'utilisation de méthodes médicalisées ou pas. La variable du revenu sera ensuite ajoutée à l'analyse.

Les méthodes de contraception utilisées seront ensuite croisées en tenant compte du niveau de scolarité pour affiner la compréhension de ce qui est relié à l'usage de tel ou tel moyen contraceptif.

Finalement, nous nous intéresserons au nombre de méthodes utilisées au cours de la dernière année, et examinerons quels sont les moyens employés par les femmes qui ont eu recours à deux méthodes dans les douze derniers mois.

4.1. Taux d'utilisation des principaux moyens contraceptifs selon le statut d'immigration



En premier lieu, on observe que les quatre méthodes les plus utilisées, pour l'ensemble de la population, sont la contraception orale (38 %), le condom (37 %), la vasectomie (18 %) et le stérilet (14 %)⁵¹. Il est notable que la contraception orale est largement moins utilisée par les néo-Québécoises, par rapport aux femmes nées au Canada (28 % vs. 40 %, ce qui constitue une différence significative à $p < 0,001$ – cf. tableau 4.1 en annexe). Au contraire, le recours au condom est beaucoup plus fréquent chez les femmes immigrantes (48 % vs. 35 %, $p < 0,001$). L'écart existant au niveau de la vasectomie est très important également, puisque c'est une méthode mentionnée par 20 % des femmes nées au Canada contre 6 % des femmes immigrantes ($p < 0,001$). Les méthodes définitives sont davantage utilisées par les Québécoises nées au Canada, globalement, car la ligature des trompes aussi est plus souvent utilisée dans ce groupe (6 % vs. 3 %, $p < 0,001$).

⁵¹ Les catégories sont constituées à partir des réponses données à la question : « Au cours des 12 derniers mois, quel(s) moyen(s) de contraception vous et votre (vos) partenaire(s) avez utilisé habituellement ? » Nous reproduisons ici l'ensemble des catégories et la terminologie employés dans l'EQSP. NB : Celle-ci visait à une compréhension optimale des questions par la population enquêtée, mais nous utilisons dans nos commentaires le vocabulaire généralement privilégié dans les écrits scientifiques (en particulier, l'enquête parle de « pilule » mais nous utiliserons le terme contraception orale).

$p < 0,001$). Inversement, le coït interrompu, quoiqu'assez peu fréquemment utilisé, est un moyen que les néo-Québécoises ont plus de chances d'employer (9 % vs. 5 %, $p < 0,001$).

En somme, on observe des choix de moyens de contraception bien différenciés selon le statut d'immigration des femmes en âge de procréer. Afin de saisir plus finement les spécificités de ces deux sous-groupes, et au regard des différences précédemment observées quant à l'impact du niveau de scolarité sur les pratiques contraceptives, examinons les moyens utilisés en croisant cette variable avec le statut d'immigration et les moyens de contraception utilisés dans les 12 derniers mois.

Compte tenu des difficultés d'accès aux soins qui ont été repérées dans notre recension d'écrits ainsi que des recherches mettant en lumière que la contraception orale peut faire l'objet de plus grandes réserves chez les femmes immigrantes (Zennia *et al.*, 2023⁵²), il est utile d'examiner l'usage de contraception médicalisée dans les deux sous-groupes. Le tableau suivant permet de comparer les pratiques contraceptives selon le fait d'utiliser au moins une méthode de contraception féminine médicalisée⁵³, par rapport au recours à des moyens pouvant être obtenus sans passer par une consultation avec un·e professionnel·le de la santé habilité·e à prescrire une contraception médicalisée.

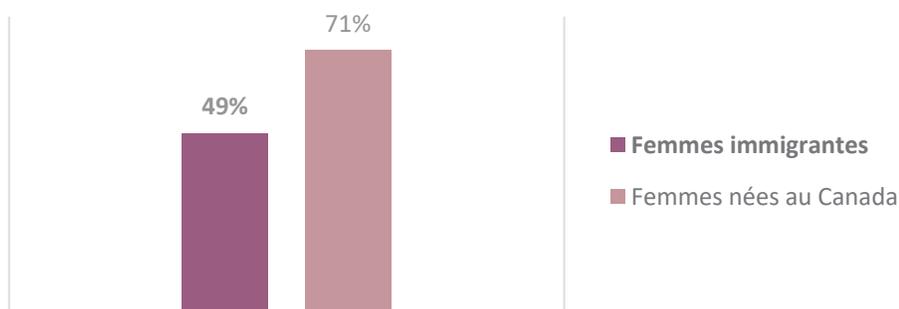
4.2. Utilisation ou non d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration

Un de nos objectifs de recherche consiste à examiner plus spécifiquement ce qu'il en est de l'accès à la contraception féminine médicalisée, qui est la plus favorable à l'autonomie procréative des femmes compte tenu de son efficacité supérieure et du fait que son utilisation ne dépend pas de la bonne volonté du partenaire. Nous avons donc regroupé les femmes ayant recours à ces méthodes (qu'elles soient combinées à d'autres moyens ou pas), par opposition à celles utilisant des moyens autres que la contraception orale, le stérilet ou la ligature des trompes.

⁵² L'ensemble des documents liés à cette recherche peut être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

⁵³ Cette catégorie comprend les femmes dont la méthode est la contraception orale, le stérilet ou la ligature des trompes (en ayant utilisé ou pas d'autres moyens dans les 12 derniers mois), par opposition aux femmes utilisant un ou des moyens de contraception ne requérant pas l'accès à des soins de santé reproductive (condom, coït interrompu, autre méthode). Les femmes qui ont mentionné la vasectomie comme méthode contraceptive ont été exclues, pour cette analyse, car nous ne pouvons pas présumer que leurs partenaires ont eu un parcours migratoire : l'inclusion de cette catégorie aurait rendu l'interprétation des résultats plus complexes.

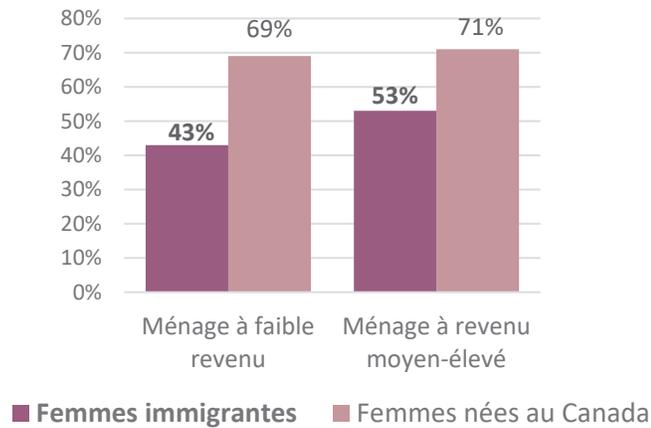
TAUX D'UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION FÉMININE MÉDICALISÉE



Les résultats observés ici sont très parlants car on constate un écart de 22 points entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada : 49 % des femmes ayant eu un parcours migratoire utilisent une contraception médicalisée, contre 71 % de celles qui sont nées en sol canadien ($p < 0,001$, cf. tableau 4.2 en annexe). Cet écart important résulte vraisemblablement de plusieurs facteurs. Les problématiques d'accès aux soins pour la population immigrante, qui sont bien documentées dans la littérature scientifique (Zennia *et al.*, 2023), jouent certainement un rôle, auxquelles peuvent s'ajouter un manque de connaissances en santé reproductive et des réticences à utiliser la contraception orale (Wiebe, 2013). Nous avons en effet constaté précédemment que celle-ci est beaucoup moins utilisée (cf. section 4.1, mettant en lumière 12 points d'écart). Un élément pouvant contribuer à expliquer la moindre utilisation de la contraception orale est, entre autres causes potentielles, que la population immigrante est moins souvent dotée d'un-e médecin de famille (Dubé-Linteau *et al.*, 2013). En l'absence de suivi médical régulier, la prescription d'une contraception peut être plus difficile à obtenir.

4.3. Taux d'utilisation d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration et les revenus

Les données ci-dessous font écho aux résultats des régressions logistiques présentées dans la 3^e section de ce document : les faibles revenus ont une plus forte incidence sur l'utilisation de la contraception, mais aussi sur le recours à la contraception féminine médicalisée chez les néo-Québécoises ($p < 0,001$, cf. tableau 4.3 en annexe).



En effet, on observe un moindre usage de la contraception féminine médicalisée chez les femmes immigrantes ayant un faible revenu, qui ont tendance à privilégier d’autres moyens de contraception. Les problèmes d’accès aux soins qui existent pour les personnes à faible revenu, tels que mis en évidence par Statistique Canada⁵⁴, pourraient contribuer à expliquer ces observations. Par ailleurs, le coût des méthodes contraceptives féminines médicalisées – qui sont plus onéreuses que le condom ou le coït interrompu, – peut également être une cause de leur moindre utilisation par les néo-Québécoises à faible revenu. Un autre facteur lié aux pratiques contraceptives est, selon la littérature disponible, le niveau d’éducation : est-il associé aux méthodes contraceptives utilisées par les femmes et module-t-il les pratiques selon le statut d’immigration ?

4.5. Moyens contraceptifs utilisés selon le niveau de scolarité et le statut d’immigration

Le tableau ci-après croise la variable du moyen contraceptif selon le niveau de scolarité, pour chacun des sous-groupes.

⁵⁴ <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201602/10/01-4949100-difficile-acces-aux-soins-de-sante-au-quebec.php#:~:text=L'acc%C3%A8s%20aux%20soins%20de%20sant%C3%A9%20est%20plus%20difficile%20pour,majorit%C3%A9%20des%20autres%20provinces%20canadiennes.>

| <i>Moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) par les femmes de 25 à 49 ans⁵⁵ dans les 12 derniers mois</i> | < DES | | DES | | DEC | | Universitaire | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| | FI | FNC | FI | FNC | FI | FNC | FI | FNC |
| | N = | N = | N = | N = | N = | N = | N = | N = |
| | 116 | 698 | 176 | 1,461 | 378 | 3,168 | 783 | 2,656 |
| Pilule | | | | | | | | |
| Non | 97 (83%) | 402 (58%) | 112 (65%) | 907 (62%) | 289 (77%) | 2 054 (65%) | 617 (79%) | 1 803 (68%) |
| Oui | 19 (17%) | 291 (42%) | 59 (35%) | 551 (38%) | 88 (23%) | 1,109 (35%) | 160 (21%) | 852 (32%) |
| Condom | | | | | | | | |
| Non | 68 (58%) | 404 (58%) | 103 (60%) | 981 (67%) | 243 (65%) | 2 268 (72%) | 482 (62%) | 1 840 (69%) |
| Oui | 49 (42%) | 289 (42%) | 68 (40%) | 476 (33%) | 134 (35%) | 895 (28%) | 295 (38%) | 814 (31%) |
| Vasectomie | | | | | | | | |
| Non | 110 (94%) | 619 (89%) | 164 (96%) | 1 253 (86%) | 351 (93%) | 2 582 (82%) | 747 (96%) | 2 132 (80%) |
| Oui | 7 (6%) | 75 (11%) | 7 (4%) | 205 (14%) | 25 (7%) | 582 (18%) | 29 (4%) | 522 (20%) |
| Stérilet | | | | | | | | |
| Non | 104 (89%) | 638 (92%) | 155 (91%) | 1 279 (88%) | 325 (86%) | 2 823 (89%) | 665 (86%) | 2 265 (85%) |
| Oui | 12 (11%) | 55 (8%) | 16 (9%) | 178 (12%) | 51 (14%) | 340 (11%) | 112 (14%) | 389 (15%) |
| Autre méthode⁵⁶ | | | | | | | | |
| Non | 104 (89%) | 569 (82%) | 142 (83%) | 1 184 (81%) | 321 (85%) | 2 589 (82%) | 636 (82%) | 2 313 (87%) |
| Oui | 12 (11%) | 125 (18%) | 29 (17%) | 274 (19%) | 56 (15%) | 574 (18%) | 141 (18%) | 341 (13%) |

NB : Nous surlignons en bleu dans le tableau les méthodes où plus de 10 points d'écart sont observables entre FI et FNC, selon le niveau de scolarité. Les écarts significatifs entre statut d'immigration pour chaque combinaison de diplôme et moyen de contraception sont indiqués en caractères gras.

⁵⁵ Dans ces données, les femmes de moins de 25 ans ont été retirées de l'échantillon, compte tenu du fait que les diplômes universitaires ne peuvent être complétés avant un certain âge.

⁵⁶ Afin de ne pas avoir de cellule qui comprenne un effectif inférieur à 5, nous avons dû fusionner la ligature des trompes et le coït interrompu au sein de la catégorie « autre méthode ».

En ce qui concerne l'utilisation de la contraception orale tout d'abord, un écart de 25 points existe selon le statut d'immigration, pour les femmes ayant un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires : le taux d'utilisation de la contraception orale est de 17 % pour les FI, alors que ce taux est de 42 % pour les FNC. Les néo-Québécoises utilisent moins la contraception orale, quel que soit le niveau de scolarité, mais c'est pour les femmes les moins éduquées que l'écart est le plus notable.

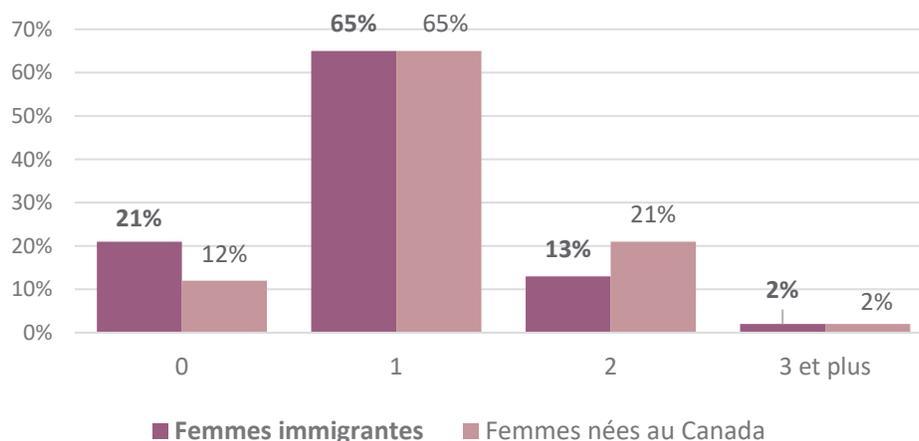
Au niveau de l'utilisation du condom, l'écart est par contre inexistant entre les deux sous-groupes pour les femmes n'ayant pas complété un DES (42 % pour les FI et les FNC). Pour les trois autres niveaux de scolarité, l'écart de 7 points est stable dans le recours plus fréquent au condom chez les femmes immigrantes.

La vasectomie est également une méthode contraceptive où des écarts de plus de 10 points se manifestent. Les néo-Québécoises prennent moins souvent appui sur cette méthode pour éviter des grossesses, de manière générale, mais plus les femmes sont diplômées plus l'écart se creuse, pour atteindre 16 points chez les femmes ayant obtenu un diplôme universitaire. Au niveau du stérilet, les écarts observés ne dépassent pas trois points alors il s'agit de différences assez mineures.

Compte tenu du fait que certaines femmes associent plusieurs méthodes contraceptives (par exemple la pilule et le condom, ou la méthode du calendrier avec le coït interrompu), examinons à présent ce qu'il en est du nombre de méthodes utilisées dans les 12 derniers mois.

4.6. Nombre de moyens de contraception utilisés au cours de la dernière année selon le statut d'immigration

Alors qu'une proportion similaire de femmes utilise une seule méthode contraceptive (65 %), dans les deux sous-groupes, les analyses montrent une différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant le fait d'avoir utilisé deux méthodes de contraception au cours des 12 derniers mois : les Québécoises nées au Canada sont en effet plus susceptibles d'avoir utilisé deux méthodes dans la dernière année (21 % pour les FNC, vs. 13 % pour les FI).



Observons à présent quelles sont les méthodes les plus fréquemment utilisées chez ces femmes.

4.7. Moyens de contraception des femmes ayant utilisé deux moyens dans les 12 derniers mois

| | FI N = 188 | FNC N = 1,692 | Total N = 1,880 | p- value |
|---|---------------|------------------|--------------------|-------------|
| Moyens de contraception utilisés | | | | 0.7 |
| Condom + Pilule contraceptive | 101 (64%) | 924 (69%) | 1 025 (69%) | |
| Condom + stérilet | 16 (10%) | 157 (12%) | 173 (12%) | |
| Condom + autre méthode | 19 (12%) | 116 (8.7%) | 135 (9.1%) | |
| Condom + coït interrompu | 11 (7.2%) | 82 (6.2%) | 94 (6.3%) | |
| Pilule contraceptive + coït interrompu | 9 (6.0%) | 51 (3.8%) | 61 (4.1%) | |

En premier lieu, il est notable qu'il n'y a pas de différence significative au niveau des moyens utilisés par les femmes ayant recouru à deux moyens dans les 12 derniers mois :

les méthodes utilisées par les femmes immigrantes et nées au Canada sont assez similaires, dans ce contexte de recours à deux moyens contraceptifs.

En second lieu, lorsque deux moyens de contraception ont été utilisés au cours des 12 derniers mois, il s'agit généralement de l'usage du condom et de la pilule (69 %), et ensuite du condom avec le stérilet (12 %). Ensuite, viennent le condom associé à d'autres méthodes (qui incluent entre autres la méthode du calendrier) et au coït interrompu. Finalement, la contraception orale est parfois associée au coït interrompu (4 %).

Il y a lieu de préciser que les items du questionnaire ne permettent pas de savoir si l'usage des deux moyens de contraception a été simultané ou successif (en cas de changement de méthode au cours de l'année), ce qui complexifie l'interprétation de ces résultats. De plus, ceux-ci peuvent traduire la volonté de prévenir la transmission d'infections transmissibles sexuellement parallèlement à une visée contraceptive, ou le but d'éviter de possibles échecs contraceptifs, ou encore le fait d'adopter des pratiques variables selon les partenaires. Nos observations peuvent cependant être rapportées à celles réalisées dans le cadre de deux études menées au Québec, auprès d'étudiantes : celles-ci mettaient en évidence qu'une participante sur cinq faisait un usage simultané de la pilule et du condom (Lévesque *et al.*, 2017).

Synthèse de la comparaison entre femmes immigrantes et nées au Canada concernant les moyens contraceptifs utilisés

→ Tout d'abord, des stratégies contraceptives distinctes sont adoptées par les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada :

- Les femmes immigrantes utilisent le condom en premier lieu (48 %), tandis que celles qui sont nées au Canada privilégient la contraception orale (40%). Nos constats sont similaires aux observations réalisées par Wiebe (2013) en Colombie-Britannique.
- Les Québécoises nées au Canada recourent plus souvent aux méthodes de contraception définitives que les néo-Québécoises (vasectomie : 20 % vs. 6 % ; ligature des trompes : 7 % vs. 3 %).
- Il n'y a pas de différence significative au niveau de l'utilisation du stérilet (14 % FNC vs. 17 % FI).
- Les Québécoises nées au Canada ont plus fréquemment utilisé deux méthodes au cours des 12 derniers mois (21 % vs. 12 %), en ayant eu recours à la contraception orale et au condom dans 69 % des cas.

→ Des différences importantes sont observables au niveau de l'utilisation de la contraception féminine médicalisée (contraception orale, stérilet ou ligature des trompes) :

- 49 % des femmes ayant eu un parcours migratoire utilisent une contraception médicalisée, contre 71 % de celles qui sont nées en sol canadien, ce qui représente un écart majeur de 22 points.
- Les femmes immigrantes ayant un faible revenu sont significativement moins susceptibles d'utiliser une contraception médicalisée (43% vs. 53% pour FI ayant des revenus moyens ou élevés). Cet écart n'est que de 2 points chez les femmes nées au Canada (69% vs. 71%). Les néo-Québécoises économiquement défavorisées se dirigent donc plus souvent vers des méthodes non médicalisées (condom, coït interrompu ou autre méthode).
- Les causes des écarts observés au niveau des pratiques contraceptives sont probablement multiples, en se cumulant pour produire cette asymétrie dans

l'usage des méthodes de contraception féminine médicalisée. Les problématiques d'accès au système de santé, largement documentées pour la population immigrante du Québec et du Canada (Zennia *et al.*, 2023⁵⁷), ainsi que le manque d'information et les réticences à recourir à la contraception orale tels qu'observés dans d'autres provinces du Canada (Newbold et Willinsky, 2009 ; Wiebe *et al.*, 2006 ; Wiebe, 2013), pourraient être des facteurs explicatifs.

→ Le niveau de scolarité entre en interaction avec le statut d'immigration au niveau des moyens contraceptifs utilisés :

- Les néo-Québécoises utilisent moins la contraception orale, quel que soit leur niveau de scolarité, mais c'est pour les femmes les moins éduquées que l'écart est le plus notable (17 % FI vs. 42 % FNC chez les femmes n'ayant pas complété le niveau DES).
- Au niveau de la vasectomie, également, le niveau de scolarité s'avère déterminant : plus les femmes sont diplômées plus l'écart se creuse, pour atteindre 16 points chez les femmes ayant obtenu un diplôme universitaire (4 % FI vs. 20 % FNC).
- Nous avons précédemment observé que les femmes immigrantes ont souvent un niveau de scolarité plus élevé. Ainsi, les écarts entre les deux sous-groupe concernant les moyens contraceptifs utilisés sont atténués par la surreprésentation des néo-Québécoises dans les femmes possédant un diplôme universitaire.

⁵⁷ Ce chapitre ainsi que l'ensemble des documents issus de cette recherche (résultats de la phase quantitative, discussion d'ensemble des résultats, balado et fiches-synthèse présentant les principales conclusions) peuvent être récupérés en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

Principaux constats issus de l'analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population

En conclusion de ce chapitre, nous allons résumer les principaux constats ayant émergé au fil des sections qui le composent, et qui mettent en évidence différentes spécificités des néo-Québécoises par rapport aux Québécoises nées au Canada.

1. Des différences notables dans les pratiques contraceptives

- Les néo-Québécoises sont plus nombreuses à ne pas utiliser de contraception (21 % des femmes immigrantes vs. 12 % des femmes nées au Canada), quels que soient les moyens utilisés pour éviter des grossesses (cf. section 2.1).
- Parmi celles qui utilisent une contraception, elles sont beaucoup moins nombreuses à utiliser une contraception féminine médicalisée⁵⁸ (49 % des femmes immigrantes vs. 71 % des femmes nées au Canada, cf. section 4.2). Or, il s'agit des méthodes les plus favorables à l'autonomie procréative des femmes, compte tenu de leur efficacité et du fait que leur utilisation est moins tributaire des partenaires, par rapport au condom, à la vasectomie ou au coït interrompu. Cet écart peut s'expliquer par les problématiques d'accès au système de santé existant pour la population immigrante, mais aussi par le manque de connaissance en santé reproductive ou par des réticences à l'utilisation de méthodes médicalisées.
 - L'utilisation de la contraception orale est notablement moindre chez les néo-Québécoises (cf. section 4.1), ce qui rejoint les observations réalisées

⁵⁸ Contraception orale, stérilet ou ligature des trompes.

en Colombie-Britannique par Wiebe *et al.* (2013) et par Rotermann *et al.* (2015) au niveau pancanadien.

- On observe une sous-utilisation de la vasectomie chez les néo-Québécoises, par rapport aux Québécoises nées au Canada (cf. section 4.1).

Ces différentes observations permettent de conclure que le statut d'immigration (être née au Canada vs. être née à l'étranger) est un facteur déterminant au niveau des pratiques contraceptives des femmes.

2. Des similitudes et des différences au niveau des caractéristiques corrélées aux pratiques contraceptives

Tout au long de la présentation des résultats, nous avons examiné les liens existants entre diverses variables et l'utilisation de la contraception ou pas, et sur les moyens contraceptifs employés. Nous avons pu constater que certaines de ces variables ont une association spécifique selon le statut d'immigration :

- Le niveau de revenu est significativement relié aux pratiques contraceptives des néo-Québécoises :
 - Les femmes immigrantes ayant un faible revenu sont moins susceptibles d'utiliser une contraception que celles ayant un revenu moyen ou élevé, même lorsque les variables sociodémographiques du niveau de scolarité et de l'occupation sont prises en compte (cf. section 3.2). Ceci n'est pas observable pour les femmes nées au Canada (cf. section 3.1).
 - Le revenu est également corrélé au type de méthode contraceptive utilisé par les femmes immigrantes : le recours à la contraception médicalisée est moins fréquent chez les néo-Québécoises à faible revenu (cf. section 4.3).
- L'âge est un déterminant majeur pour l'ensemble des femmes, mais il se traduit différemment selon le statut d'immigration :
 - Les néo-Québécoises de 25 à 34 ans ont plus de chances d'utiliser une contraception que celles de 35 à 44 ans. Les femmes immigrantes de 45 à 49 ans sont par contre moins susceptibles d'avoir recours à un moyen

contraceptif, par rapport à la période de référence de 35 à 44 ans (cf. section 3.2).

- Pour les Québécoises nées au Canada, ce sont les femmes de 18 à 24 ans qui ont plus de chances d'utiliser une contraception que celles de 35 à 44 ans. Les femmes de 45 à 49 ans nées au Canada sont également moins susceptibles de faire usage d'un moyen contraceptif (cf. section 3.1).

→ La composition du foyer est déterminante pour toutes, mais ici aussi des nuances sont observables selon le statut d'immigration (cf. sections 3.1 et 3.2):

- Pour les Québécoises nées au Canada et les néo-Québécoises, les femmes de couples sans enfants sont moins susceptibles d'avoir recours à un moyen contraceptif par rapport à celles au sein de couples avec enfants.
- Les Québécoises nées au Canada qui vivent seules ou en famille monoparentale ont par contre plus de chances d'utiliser une contraception. Ceci n'est pas observé chez les néo-Québécoises.

→ Les liens entre le niveau de scolarité et les pratiques contraceptives varient selon le statut d'immigration :

- Pour les femmes immigrantes, le niveau de scolarité n'est pas lié à l'utilisation d'une contraception ou pas – et ce, même si l'on tient compte d'autres variables sociodémographiques telles que l'âge, le revenu et l'occupation (cf. section 3.2). Le niveau de scolarité est par contre associé à l'usage d'un moyen contraceptif pour les femmes nées au Canada (cf. section 3.1), tel qu'observé dans d'autres recherches (Black *et al.*, 2013 ; Rivest *et al.*, 2015). Ceci tend à montrer que le fait d'avoir eu un parcours migratoire est un facteur prépondérant par rapport au niveau de scolarité, qui est habituellement déterminant.
- Les méthodes contraceptives utilisées varient selon le niveau de scolarité dans les deux sous-populations (cf. section 4.4). Chez les néo-Québécoises, la sous-utilisation de la contraception orale par rapport aux Québécoises nées au Canada est particulièrement élevée pour les femmes n'ayant pas complété le niveau DES (25 points d'écart). Chez les Québécoises nées au Canada, le recours à la vasectomie augmente d'autant plus que le niveau de scolarité est élevé, alors que ce taux reste relativement stable quel que soit le nombre d'années d'études réalisées par les néo-Québécoises.

- Le fait d'avoir eu une consultation médicale il y a moins de 6 mois, pour les néo-Québécoises, n'est pas relié à l'utilisation ou non de la contraception :
 - Tandis que les Québécoises nées au Canada qui ont vu une ou un médecin il y a plus d'un an sont moins susceptibles d'utiliser une contraception que celles dont la rencontre date de moins de 6 mois (cf. section 3.1), ce n'est pas le cas pour les femmes immigrantes (cf. section 3.2). Il serait utile de mieux comprendre ce phénomène.

L'ensemble de ces observations amène à conclure qu'il est utile de prendre en compte le statut d'immigration pour comprendre les pratiques contraceptives des femmes, sur le plan de la recherche, mais aussi pour intervenir auprès des néo-Québécoises. La discussion de ces résultats, qui seront mis en rapport avec les constats issus de la phase qualitative menée au préalable, est réalisée dans le dernier chapitre de ce rapport de recherche (Gonin *et al.*, 2023b⁵⁹).

⁵⁹ Ce chapitre ainsi que l'ensemble des documents issus de cette recherche (recension des écrits, résultats des phases qualitative et quantitative, balado et fiches-synthèse présentant les principales conclusions) peuvent être récupérés en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

Bibliographie

Baulne, J., et R. Courtemanche (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015. Comparabilité des données de la deuxième édition de l'enquête* [Rapport]. Institut de la statistique du Québec. www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/eqsp2014-2015-comparabilite.pdf

Black, A., Yang, Q., Wen, S. W., Lalonde, A. B., Guilbert, E., et Fisher, W. (2009). Contraceptive use among canadian women of reproductive age: results of a national survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(7), 627-640. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34242-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34242-6)

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosh, M., Norman, W. V., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M. S., et Whelan, A. M. (2015). Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 37(10), 936-942. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30033-0](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30033-0)

Cadario, R., Butori, R. et Parguel, B. (2020). *Méthode expérimentale : analyses de modération et médiation*. De Boeck Supérieur.

Cornillon P.-A., Hengartner, N., Matzner-Løber É., et Rouvière, L. (2019). *Régression avec R* (2e éd.). EDP sciences.

Daniels, K., et Abma, J. C. (2020). Current Contraceptive Status Among Women Aged 15-49: United States, 2017-2019. *NCHS data brief*, (388), 1-8.

Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 1(1), 35-41.

Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Levesque, J.-F., Lecours, C. et M.-E. Tremblay (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois (Volume 2)* [Rapport]. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-lexperience-de-soins-2010-2011-le-medecin-de-famille-et-lendroit-habituel-de-soins-regard-sur-lexperience-vecue-par-les-quebecois-volume-2.pdf>

Fassassi, R. (2007). *Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle* [Rapport]. Centre population et développement ; Groupe international de partenaires population-santé. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-07/010039688.pdf

Gauthier, M.-A. (2014, juin). Portrait de la scolarité des immigrants du Québec à partir de l'Enquête nationale auprès des ménages. *Données sociodémographiques en bref de l'Institut de la statistique du Québec*, 18(3), 1-7. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-de-la-scolarite-des-immigrants-du-quebec-a-partir-de-lenquete-nationale-aupres-des-menages.pdf>

Gonin, A., Lespérance, P., Zennia, S. et Centre de santé des femmes de Montréal (2023a). Accès à la contraception et l'avortement pour les femmes immigrantes au Québec : Quels leviers et obstacles à l'autonomie procréative, du point de vue des néo-Québécoises ? Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec* :

Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Gonin, A., Lespérance, P., Zennia, S. et Centre de santé des femmes de Montréal (2023b). Accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des néo-Québécoises : Principales conclusions d'une recherche partenariale avec le Centre de santé des femmes de Montréal. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Gonin, A., Pronovost, V. et Blais, M. (2014). *Enjeux éthiques de l'intervention auprès de femmes vivant une grossesse imprévue au Québec : discours et pratiques de ressources anti-choix et pro-choix* [Rapport, SAC-UQAM]. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=97875

He, K., Dalton, V. K., Zochowski, M. K., et Hall, K. S. (2017). Women's Contraceptive Preference-Use Mismatch. *Journal of women's health* (2002), 26(6), 692–701. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5807>

Homsy, M. et Scarfone, S. (2016). *Plus diplômés, mais sans emploi. Comparer Montréal : le paradoxe de l'immigration montréalaise* [Rapport]. Institut du Québec. <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2021/02/201612-IDQ-Plusdiplomes.pdf>

Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3e ed.). Wiley.

Institut de la statistique du Québec en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2016). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique). Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* [Rapport]. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/guide-specifique-des-aspects-methodologiques-des-donnees-denquetes-sociosanitaires-eqsp-2014-2015.pdf>

Langevin, L. (2020). *Le droit à l'autonomie procréative des femmes : entre liberté et contrainte*. Éditions Yvon Blais.

Lévesque, S., Mathieu-C., S., Guilbert, É., Lambert, G., Beaulieu Prévost, D., Blais, M., Boislard, M.-A. et Lévy, J. (2017). Connaissances et utilisation des méthodes contraceptives et de la contraception d'urgence par les étudiantes québécoises de niveau collégial et universitaire : résultats de deux enquêtes complémentaires. *Service social*, 63(2), 50–70. <https://doi.org/10.7202/1046499ar>

Machado, S., Wiedmeyer, M.-ling, Watt, S., Servin, A. E., & Goldenberg, S. (2021). Determinants and inequities in sexual and reproductive health (srh) care access among im/migrant women in canada: findings of a comprehensive review (2008–2018). *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(1), 256–299. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w>

Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (2019). *Recueil de statistiques sur l'immigration* au Québec.

http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/BRO_RecueilStat_PlanificationImmigration.pdf

Poncet, L. C., Huang, N., Rei, W., Lin, Y. C. et Chen, C. Y. (2013). Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*, 18 (6), 468-79. <https://doi.org/10.3109/13625187.2013.835394>.

Rasclé, N. et Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 64, 97-118. <https://doi.org/10.3917/th.642.0097>

Rivet, D., Robinson, H., Sydora, B. C., et Ross, S. (2021). Contraception Use and Attitudes Among Women Seeking Pregnancy Termination: Descriptive Cross-Sectional Survey. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 43(2), 197–203.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.023>

Rotermann, M., Dunn, S., et Black, A. (2015). Oral contraceptive use among women aged 15 to 49: Results from the Canadian Health Measures Survey. *Health reports*, 26(10), 21–28.

Ryan .. (2015). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-002-x/2015001/article/14147-fra.htm>

Statistique Canada (2019). Tableau 13-10-0382-01 : Population n'ayant pas utilisé de contraception parmi la population sexuellement active ne tentant pas de concevoir, selon le sexe et autres caractéristiques. <https://doi.org/10.25318/1310038201-fra>

Statistique Canada (2020). Comportements sexuels et utilisation du condom et d'autres méthodes de contraception chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans au Canada [Rapport]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020009/article/00001/tbl/tbl04-fra.htm>

Street, M. C., et INRS-Urbanisation, culture et société (2009). *La fécondité des femmes immigrantes (1980-2006) : une comparaison entre le Québec et le Canada* [Rapport]. Institut national de la recherche scientifique (INRS) - Urbanisation, Culture Société. <https://espace.inrs.ca/id/eprint/5032/1/fecondite.pdf>

Street, M. C. (2015). *La relation entre la migration et la fécondité chez des immigrantes de première génération au Québec*. Thèse de doctorat, Montréal, Institut national de la recherche scientifique - Centre Urbanisation Culture Société, Département de démographie.

Street, M.-C. (2019). État de santé, habitudes de vie et comportements préventifs chez les immigrants au Québec: que nous disent les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008 et de 2014-2015? *Zoom santé*, [En ligne], 65, 1-16. www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-65.pdf

Wiebe, E. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and non immigrant women in Canada. *Canadian Family Physician*, 59(10), 455.

Zennia, S., Gonin, A., Lespérance, P. et Centre de santé des femmes de Montréal (2023) Femmes immigrantes et accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative : Une recension d'écrits internationale sur l'accessibilité de la contraception. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers*

d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Zhang Z. (2016). Model building strategy for logistic regression: purposeful selection. *Annals of translational medicine*, 4(6), 111. <https://doi.org/10.21037/atm.2016.02.15>

Annexes : Tableaux de données

→ Annexe 1 – Tableaux de données concernant les caractéristiques des femmes immigrantes

Tableau 1.1 - Proportion de femmes immigrantes dans la population étudiée

| <i>Statut d'immigration</i> | N = 9,511 ¹ |
|-----------------------------|------------------------|
| Immigrante (FI) | 1,482 (16%) |
| Née au Canada (FNC) | 8,029 (84%) |

Tableau 1.2 - Nombres d'années passées au Canada par les femmes immigrantes vivant au Québec

| <i>Nombre d'années passées au Canada</i> | N = 1,482 |
|--|-----------|
| < 5 ans | 345 (23%) |
| 5-10 ans | 403 (27%) |
| > 10 ans | 734 (50%) |

Tableau 1.3 - Proportion de femmes immigrantes dans la population étudiée

| | Femmes immigrantes (FI) N = 1,482 ¹ | Femmes nées au Canada (FNC) N = 8,029 ¹ | Total N = 9,511 ¹ | p-value ² |
|----------------------------|--|--|--|----------------------|
| <i>Groupe d'âge</i> | | | | <0.001 |
| 15-19 | 37 (2.5%) | 703 (8.8%) | 740 (7.8%) | |
| 20-24 | 125 (8.4%) | 1,238 (15%) | 1,362 (14%) | |
| 25-34 | 518 (35%) | 2,388 (31%) | 2,906 (32%) | |
| 35-44 | 601 (41%) | 2,485 (32%) | 3,086 (34%) | |
| 45-49 | 201 (14%) | 1,215 (15%) | 1,416 (15%) | |

¹ n (%)

² chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Tableau 1.4 - Niveau de scolarité des femmes de 25 ans et plus selon le statut d'immigration

| | FI N = 1,320 | FNC N = 6,088 | Total N = 7,408 | p-value ¹ |
|--|-----------------|------------------|--------------------|----------------------|
| <i>Niveau de scolarité des femmes de 25 ans et plus⁶⁰</i> | | | | <0.001 |
| < DES | 88 (6.8%) | 367 (6.1%) | 455 (6.2%) | |
| DES | 129 (9.9%) | 890 (15%) | 1,018 (14%) | |
| DEC | 325 (25%) | 2,365 (39%) | 2,690 (37%) | |
| Universitaire | 752 (58%) | 2,430 (40%) | 3,182 (43%) | |
| Sans réponse | 26 | 36 | 62 | |

¹ chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

⁶⁰ Compte tenu des différences existant dans la pyramide des âges des FI et FNC et du fait qu'un diplôme universitaire ne peut être obtenu qu'après un certain âge, les femmes de moins de 25 ans ont été retirées de l'échantillon pour réaliser cette comparaison.

Tableau 1.5 - Niveau de revenu selon le statut d'immigration

| | FI N = 1,482 | FNC N = 8,029 | Total N = 9,511 | p-value ¹ |
|------------------------------|-----------------|------------------|--------------------|----------------------|
| <i>Type de ménage</i> | | | | <0.001 |
| Ménages à faible revenu | 568 (38%) | 1,546 (19%) | 2,114 (22%) | |
| Ménages à revenu moyen-élevé | 912 (62%) | 6,480 (81%) | 7,392 (78%) | |
| Sans réponse | 2 | 2 | 4 | |

¹ chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

Tableau 1.6 - Taux d'emploi selon le statut d'immigration

| | FI, N = 1,482 | FNC, N = 8,029 | Total, N = 9,511 | p-value |
|-------------------------|---------------|----------------|------------------|---------|
| <i>Occupe un emploi</i> | | | | <0.001 |
| Non | 481 (33%) | 1,263 (16%) | 1,743 (18%) | |
| Oui | 996 (67%) | 6,759 (84%) | 7,755 (82%) | |
| Sans réponse | 5 | 7 | 12 | |

Tableau 1.7 - Composition du foyer selon le statut d'immigration

| | FI N = 1,482 | FNC N = 8,029 | Total N = 9,511 | p-value ¹ |
|------------------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| <i>Composition du foyer</i> | | | | 0.4 |
| Personne vivant seule | 100 (6.8%) | 580 (7.2%) | 680 (7.2%) | |
| Couple sans enfant | 209 (14%) | 1,264 (16%) | 1,472 (16%) | |
| Couple avec enfants | 869 (59%) | 4,371 (55%) | 5,241 (55%) | |
| Famille monoparentale | 142 (9.6%) | 884 (11%) | 1,026 (11%) | |
| Autres | 157 (11%) | 906 (11%) | 1,063 (11%) | |
| Sans réponse | 4 | 24 | 28 | |

¹ chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction

➔ Annexe 2– Tableaux de comparaison de l'utilisation de la contraception selon le statut d'immigration

Tableau 2.1 - Utilisation de la contraception selon le statut d'immigration

| <i>Utilisation d'au moins un moyen de contraception au cours des 12 derniers mois⁶¹</i> | FI N = 1,482 | FNC N = 8,029 | Total N = 9,511 | p-value <0,001 |
|--|------------------------|-------------------------|--------------------|-------------------|
| Non | 308 (21%) | 964 (12%) | 1,272 (13%) | |
| Oui | 1,162 (79%) | 7,050 (88%) | 8,212 (87%) | |
| Sans réponse | 12 | 15 | 27 | |

Tableau 2.2 - Utilisation de la contraception selon l'âge et le statut d'immigration

| <i>Utilisation d'au moins un moyen de contraception</i> | 15-24 ans | | 25-34 ans | | 35-44 ans | | 45-49 ans | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| | FI N = 150 | FNC N = 1,599 | FI N = 518 | FNC N = 2,388 | FI N = 601 | FNC N = 2,485 | FI N = 201 | FNC N = 1,215 |
| Non | 20 (12%) | 80 (4.1%) | 65 (13%) | 294 (12%) | 140 (24%) | 347 (14%) | 83 (42%) | 242 (20%) |
| Oui | 142 (88%) | 1,858 (96%) | 450 (87%) | 2,093 (88%) | 454 (76%) | 2,136 (86%) | 116 (58%) | 964 (80%) |
| Sans réponse | 0 | 3 | 3 | 2 | 7 | 2 | 2 | 9 |
| <i>p</i> | <0,001 | <0,001 | NS | NS | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |

⁶¹ La catégorie « non » est constituée à partir de la réponse « aucune méthode » à cet item de l'enquête : « Au cours des 12 derniers mois, quel(s) moyen(s) de contraception vous et votre (vos) partenaire(s) avez utilisé habituellement ? ».

Tableau 2.3 - Utilisation de la contraception selon le niveau de scolarité et le statut d'immigration

| | < DES | | DES | | DEC | | Universitaire | |
|-----------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| | FI N = 88 | FNC N = 364 | FI N = 129 | FNC N = 890 | FI N = 325 | FNC N = 2,360 | FI N = 752 | FNC N = 2,430 |
| Non | 18 (21%) | 67 (18%) | 21 (17%) | 164 (19%) | 76 (24%) | 354 (15%) | 162 (22%) | 292 (12%) |
| Oui | 70 (79%) | 297 (82%) | 103 (83%) | 724 (81%) | 247 (76%) | 2,006 (85%) | 584 (78%) | 2,136 (88%) |
| Sans réponse | 0 | 0 | 5 | 2 | 2 | 3 | 6 | 2 |
| Test proportion | <i>p</i> <0,01 | | <i>ns</i> | | <i>p</i> <0,001 | | <i>p</i> <0,001 | |

Tableau 2.4 - Utilisation de la contraception selon la dernière consultation médicale et le statut d'immigration

| | Moins de 6 mois | | 6 mois à moins d'1 an | | 1 an à moins de 2 ans | | 2 ans à moins de 5 ans | | 5 ans et plus | |
|--------------------------------------|--------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--------------|------------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | FI N = | FNC N = | FI N = | FNC N = | FI N = | FNC N = | FI N = | FNC N = | FI N = | FNC N = |
| <i>Utilisation contraception</i> | 766 | 4,394 | 287 | 1,772 | 219 | 1,029 | 102 | 525 | 99 | 283 |
| Non | 145 (19%) | 489 (11%) | 66 (23%) | 186 (11%) | 45 (21%) | 142 (14%) | 23 (23%) | 98 (19%) | 27 (28%) | 44 (16%) |
| Oui | 610 (81%) | 3,898 (89%) | 221 (77%) | 1,584 (89%) | 173 (79%) | 884 (86%) | 79 (77%) | 427 (81%) | 72 (72%) | 235 (84%) |
| Sans réponse | 11 | 7 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| <i>Test proportion</i> | <i>p <0,001</i> | | <i>p <0,001</i> | | <i>p <0,05</i> | | <i>ns</i> | | <i>p <0,05</i> | |

→ Annexe 3 – Régressions logistiques

Tableau 3.1. Analyse univariée et étapes de la régression logistique pour le sous-groupe des Québécoises nées au Canada

| Caractéristique | Univariée | | | Étape 1 | | | Étape 2 | | | Étape 3 | | | GVIF ¹ | | | |
|------------------------------------|-----------|-----------------|---------------------|--------------|-----------------|---------------------|---------|--------------------------------|-----------------|---------------------|--------------|-------------------|-------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| | N | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ₁ ¹ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ¹ | | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value |
| <u>Avoir eu un PAP test</u> | 7,650 | | | 0.12 | | | | | | | | | | | 0.8 | 1.1 |
| <i>Oui</i> | | — | — | | | | | | | | | | | | — | — |
| <i>Non</i> | | 1.24 | 0.95, 1.61 | 0.12 | | | | | | | | | | | 0.97 | 0.73, 1.28 |
| <u>Composition du foyer</u> | 7,650 | | | <0.001 | | | | | | | <0.001 | 1.4 | | | <0.001 | 1.8 |
| <i>Couple avec enfants</i> | | — | — | | | | | | — | — | | | | — | — | |
| <i>Personne vivant seule</i> | | 2.02 | 1.28, 3.18 | 0.003 | | | | | 1.76 | 1.11, 2.80 | 0.016 | | | 1.75 | 1.10, 2.78 | 0.018 |
| <i>Couple sans enfant</i> | | 0.57 | 0.46, 0.70 | <0.001 | | | | | 0.51 | 0.40, 0.64 | <0.001 | | | 0.51 | 0.40, 0.64 | <0.001 |
| <i>Famille monoparentale</i> | | 1.63 | 1.14, 2.32 | 0.007 | | | | | 1.67 | 1.15, 2.43 | 0.008 | | | 1.69 | 1.15, 2.47 | 0.007 |
| <i>Autres</i> | | 1.48 | 1.03, 2.12 | 0.034 | | | | | 1.25 | 0.84, 1.84 | 0.3 | | | 1.25 | 0.85, 1.84 | 0.3 |

| Caractéristique | Univariée | | | Étape 1 | | | | GVIF ₁ | Étape 2 | | | GVIF ₁ | Étape 3 | | | |
|-------------------------------------|-----------|-----------------|---------------------|------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|
| | N | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ₁ |
| <u>Niveau de scolarité</u> | 7,633 | | | 0.025 | | | 0.007 | 1.3 | | | 0.015 | 1.4 | | | 0.011 | 1.5 |
| <i>Universitaire</i> | | — | — | | — | — | | | — | — | | | — | — | | |
| < DES | | 0.62 | 0.44, 0.86 | 0.004 | 0.57 | 0.40, 0.83 | 0.003 | | 0.60 | 0.41, 0.88 | 0.008 | | 0.60 | 0.41, 0.87 | 0.007 | |
| DES | | 0.79 | 0.61, 1.03 | 0.079 | 0.66 | 0.50, 0.88 | 0.005 | | 0.68 | 0.51, 0.91 | 0.009 | | 0.67 | 0.50, 0.90 | 0.008 | |
| DEC | | 0.91 | 0.73, 1.13 | 0.39 | 0.79 | 0.63, 1.00 | 0.047 | | 0.77 | 0.61, 0.97 | 0.026 | | 0.75 | 0.60, 0.95 | 0.015 | |
| <u>Revenus</u> | 7,671 | | | 0.069 | | | 0.2 | 1.2 | | | 0.8 | 1.3 | | | 0.8 | 1.3 |
| <i>Ménages à revenu moyen-élevé</i> | | — | — | | — | — | | | — | — | | | — | — | | |
| <i>Ménages à faible revenu</i> | | 1.25 | 0.98, 1.59 | 0.069 | 1.18 | 0.89, 1.55 | 0.2 | | 0.97 | 0.73, 1.29 | 0.8 | | 0.97 | 0.73, 1.30 | 0.8 | |
| <u>Groupe d'âge</u> | 7,673 | | | <0.001 | | | <0.001 | 1.9 | | | <0.001 | 2.1 | | | <0.001 | 2.2 |
| <i>35 - 44 ans</i> | | — | — | | — | — | | | — | — | | | — | — | | |
| 18 - 24 ans | | 3.31 | 2.33, 4.72 | <0.001 | 2.64 | 1.67, 4.18 | <0.001 | | 2.97 | 1.87, 4.72 | <0.001 | | 2.91 | 1.82, 4.64 | <0.001 | |
| 25 - 34 ans | | 1.16 | 0.93, 1.45 | 0.20 | 1.12 | 0.89, 1.41 | 0.3 | | 1.21 | 0.95, 1.55 | 0.11 | | 1.19 | 0.94, 1.52 | 0.2 | |
| 45 - 49 ans | | 0.65 | 0.51, 0.82 | <0.001 | 0.67 | 0.53, 0.86 | 0.001 | | 0.70 | 0.55, 0.90 | 0.005 | | 0.68 | 0.53, 0.88 | 0.003 | |

| Caractéristique | Univariée | | | Étape 1 | | | | Étape 2 | | | | Étape 3 | | | | |
|---|-----------|-----------------|---------------------|--------------|-----------------|---------------------|---------|-------------------|-----------------|---------------------|---------|-------------------|-----------------|---------------------|--------------|-------------------|
| | N | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ₁ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ¹ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ¹ |
| <u>Occupation</u> | 7,488 | | | <0.001 | | | 0.064 | 1.9 | | | 0.086 | 1.9 | | | 0.087 | 2.0 |
| <i>Travailleurs/retraités</i> | | — | — | | — | — | | | — | — | | | — | — | | |
| <i>Étudiants</i> | | 3.23 | 2.24, 4.67 | <0.001 | 1.65 | 1.03, 2.65 | 0.037 | | 1.53 | 0.96, 2.42 | 0.072 | | 1.51 | 0.95, 2.40 | 0.084 | |
| <i>Personne sans emploi</i> | | 0.75 | 0.53, 1.06 | 0.10 | 0.83 | 0.58, 1.21 | 0.3 | | 0.79 | 0.54, 1.15 | 0.2 | | 0.78 | 0.53, 1.14 | 0.2 | |
| <u>Dernière consultation médecin</u> | 7,650 | | | 0.001 | | | | | | | | | | | 0.004 | 1.1 |
| <i>< 6 mois</i> | | — | — | | | | | | | | | | — | — | | |
| <i>6 mois - 12 mois</i> | | 1.07 | 0.84, 1.36 | 0.59 | | | | | | | | | 1.09 | 0.85, 1.40 | 0.5 | |
| <i>> 1 an ou jamais</i> | | 0.70 | 0.57, 0.87 | 0.001 | | | | | | | | | 0.72 | 0.58, 0.90 | 0.004 | |
| <i>No. Obs.</i> | | | | | 7,586 | | | | 7,573 | | | | 7,519 | | | |
| <i>BIC</i> | | | | | 5,513 | | | | 5,429 | | | | 5,405 | | | |
| <i>AIC</i> | | | | | 5,456 | | | | 5,351 | | | | 5,310 | | | |
| <i>Test de vraisemblance</i> | | | | | | | | | p <0,001 | | | | p <0,01 | | | |

¹ OR = rapport de cotes, CI = Intervalle de confiance, GVIF = Facteur d'inflation de la variance généralisé

Graphique 1 : représentation des 3 étapes de l'analyse de régression logistique – Québécoises nées au Canada

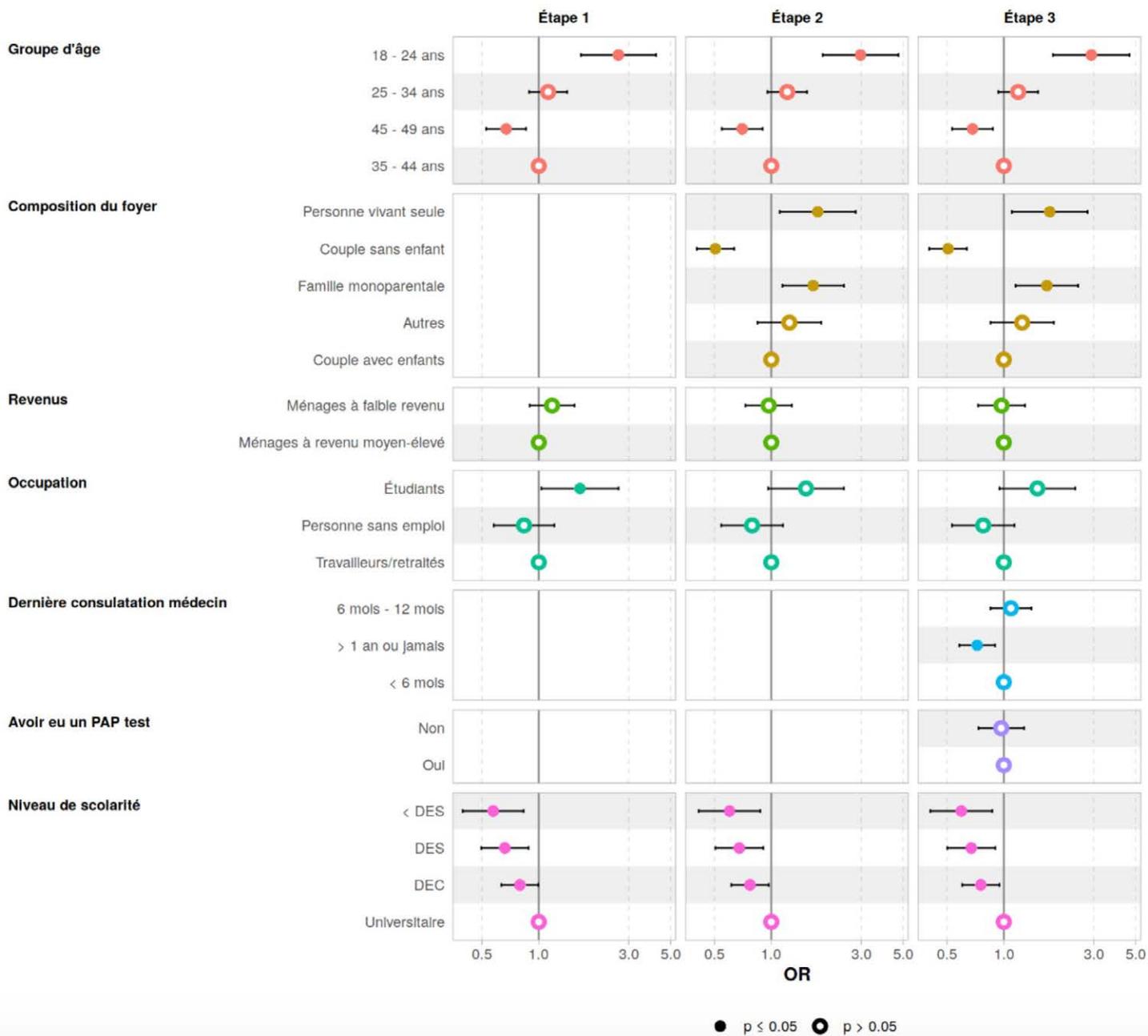


Tableau 3.2. Analyse univariée et étapes de la régression logistique pour le sous-groupe des néo-Québécoises

| Caractéristique | Univariée | | | Étape 1 | | | Étape 2 | | | Étape 3 | | | Étape 4 | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------|-----------------|---------------------|--------------|-----------------|---------------------|---------|-------------------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------------------|------|------------|------------------|-----|
| | N | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVI _F ¹ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVI _F ¹ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVI _F ¹ | | | | |
| <u>Avoir eu un PAP test</u> | 1,438 | | | 0.85 | | | | | | | | | | | 0.3 | 1.1 | | | 0.4 | 1.1 |
| <i>Oui</i> | | — | — | | | | | | | | | | — | — | | | — | — | | |
| <i>Non</i> | | 0.96 | 0.62, 1.49 | 0.85 | | | | | | | | | 0.78 | 0.48, 1.25 | 0.3 | | 0.80 | 0.49, 1.29 | 0.4 | |
| <u>Composition du foyer</u> | 1,453 | | | 0.13 | | | | | | 0.006 | 1.7 | | | | 0.004 | 1.8 | | | 0.005 | 1.9 |
| <i>Couple avec enfants</i> | | — | — | | | | | | — | — | | | — | — | | | — | — | | |
| <i>Personne vivant seule</i> | | 1.39 | 0.57, 3.43 | 0.47 | | | | | 1.05 | 0.43, 2.59 | >0.9 | | 0.94 | 0.37, 2.34 | 0.9 | | 0.97 | 0.39, 2.41 | >0.9 | |
| <i>Couple sans enfant</i> | | 0.54 | 0.32, 0.90 | 0.018 | | | | | 0.33 | 0.18, 0.60 | <0.001 | | 0.31 | 0.17, 0.57 | <0.001 | | 0.31 | 0.17, 0.58 | <0.001 | |
| <i>Famille monoparentale</i> | | 0.75 | 0.38, 1.49 | 0.42 | | | | | 0.74 | 0.34, 1.60 | 0.4 | | 0.73 | 0.33, 1.59 | 0.4 | | 0.70 | 0.32, 1.54 | 0.4 | |
| <i>Autres</i> | | 0.94 | 0.49, 1.80 | 0.86 | | | | | 0.66 | 0.32, 1.37 | 0.3 | | 0.60 | 0.29, 1.25 | 0.2 | | 0.60 | 0.29, 1.25 | 0.2 | |
| <u>Niveau de scolarité</u> | 1,428 | | | 0.47 | | | 0.6 | 1.3 | | | 0.6 | 1.4 | | | 0.6 | 1.5 | | | 0.5 | 1.6 |
| <i>Universitaire</i> | | — | — | | — | — | | | — | — | | | — | — | | | — | — | | |
| <i>< DES</i> | | 0.75 | 0.37, 1.53 | 0.43 | 0.84 | 0.40, 1.77 | 0.7 | | 0.78 | 0.36, 1.67 | 0.5 | | 0.80 | 0.37, 1.75 | 0.6 | | 0.76 | 0.34, 1.71 | 0.5 | |
| <i>DES</i> | | 1.51 | 0.79, 2.87 | 0.21 | 1.50 | 0.78, 2.91 | 0.2 | | 1.43 | 0.74, 2.77 | 0.3 | | 1.54 | 0.78, 3.03 | 0.2 | | 1.52 | 0.77, 3.00 | 0.2 | |
| <i>DEC</i> | | 1.07 | 0.67, 1.70 | 0.78 | 1.09 | 0.67, 1.79 | 0.7 | | 1.05 | 0.64, 1.74 | 0.8 | | 1.05 | 0.63, 1.74 | 0.9 | | 1.03 | 0.61, 1.72 | >0.9 | |

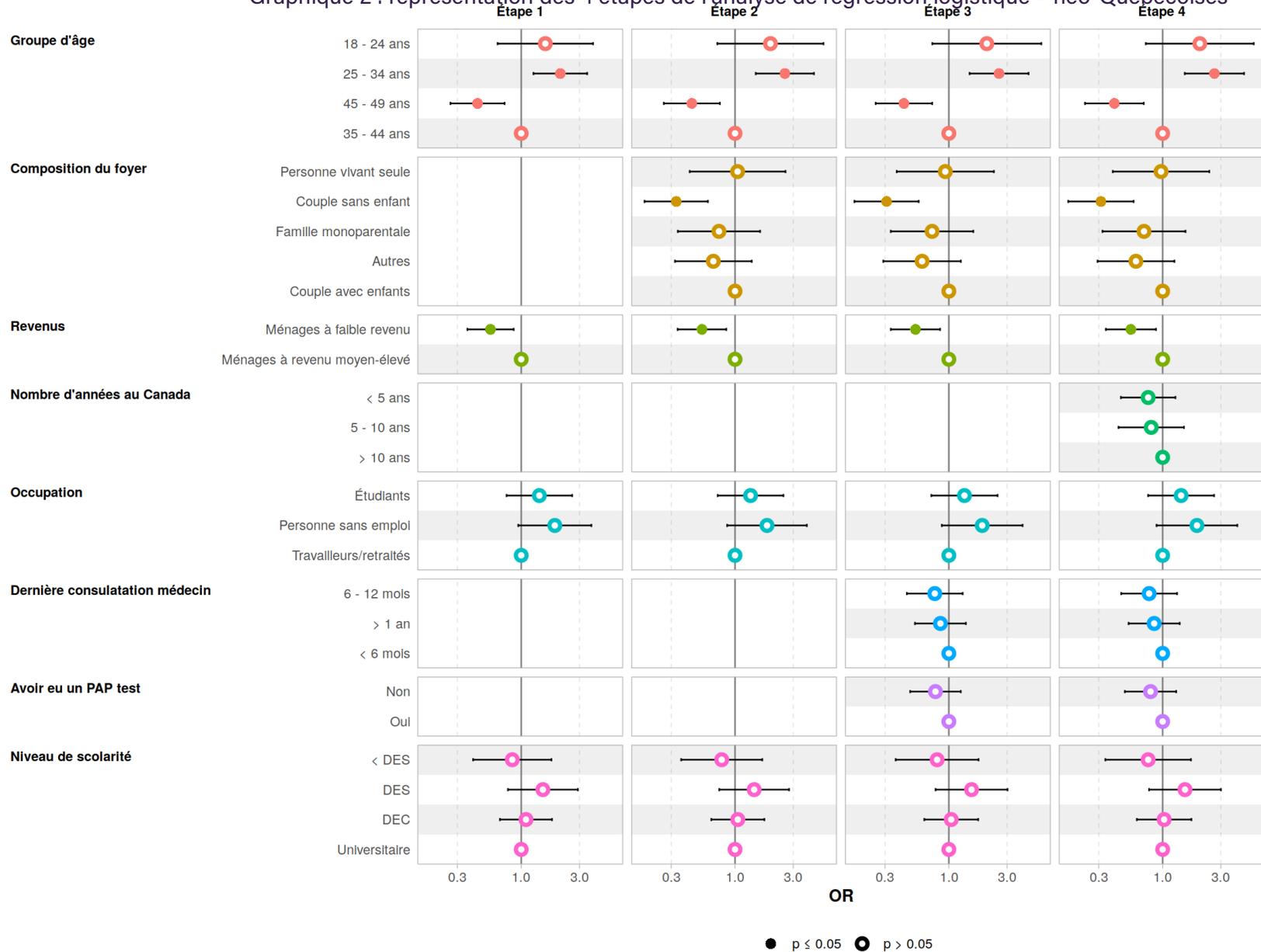
| Caractéristique | Univariée | | Étape 1 | | | | Étape 2 | | | | Étape 3 | | | | Étape 4 | | | | | |
|---|-----------|-----------------|---------------------|------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|
| | N | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ₁ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ¹ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ¹ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ¹ |
| <u>Revenus</u> | 1,456 | | | 0.11 | | | 0.009 | 1.2 | | | 0.008 | 1.3 | | | 0.008 | 1.3 | | | 0.013 | 1.4 |
| <i>Revenu moyen-élevé</i> | | — | — | | — | — | | — | — | | | — | — | | | — | — | | | |
| <i>Faible revenu</i> | | 0.73 | 0.49, 1.07 | 0.11 | 0.56 | 0.36, 0.87 | 0.009 | | 0.54 | 0.34, 0.85 | 0.008 | | 0.53 | 0.33, 0.85 | 0.008 | | 0.55 | 0.34, 0.88 | 0.013 | |
| <u>Nombre d'années au Canada</u> | 1,457 | | | 0.98 | | | | | | | | | | | | | | | 0.6 | 1.6 |
| <i>> 10 ans</i> | | — | — | | | | | | | | | | | | | | — | — | | |
| <i>< 5 ans</i> | | 0.98 | 0.63, 1.54 | 0.94 | | | | | | | | | | | | | 0.76 | 0.45, 1.27 | 0.3 | |
| <i>5 - 10 ans</i> | | 1.04 | 0.64, 1.69 | 0.86 | | | | | | | | | | | | | 0.81 | 0.43, 1.50 | 0.5 | |
| <u>Groupe d'âge</u> | 1,457 | | | <0.001 | | | <0.001 | 1.6 | | | <0.001 | 2.2 | | | <0.001 | 2.3 | | | <0.001 | 2.6 |
| <i>35 - 44 ans</i> | | — | — | | — | — | | — | — | | | — | — | | | | — | — | | |
| <i>18 - 24 ans</i> | | 2.03 | 0.87, 4.75 | 0.10 | 1.58 | 0.64, 3.88 | 0.3 | | 1.95 | 0.72, 5.31 | 0.2 | | 2.05 | 0.73, 5.72 | 0.2 | | 2.01 | 0.73, 5.58 | 0.2 | |
| <i>25 - 34 ans</i> | | 2.14 | 1.31, 3.47 | 0.002 | 2.09 | 1.26, 3.47 | 0.004 | | 2.56 | 1.48, 4.43 | <0.001 | | 2.58 | 1.48, 4.50 | <0.001 | | 2.66 | 1.52, 4.64 | <0.001 | |
| <i>45 - 49 ans</i> | | 0.43 | 0.26, 0.70 | <0.001 | 0.44 | 0.26, 0.73 | 0.002 | | 0.44 | 0.26, 0.75 | 0.003 | | 0.43 | 0.25, 0.73 | 0.002 | | 0.40 | 0.23, 0.70 | 0.001 | |
| <u>Occupation</u> | 1,413 | | | 0.18 | | | 0.14 | 1.5 | | | 0.2 | 1.6 | | | 0.2 | 1.6 | | | 0.2 | 1.7 |
| <i>Travailleurs/retraités</i> | | — | — | | — | — | | — | — | | | — | — | | | — | — | | | |
| <i>Étudiants</i> | | 1.67 | 0.96, 2.90 | 0.068 | 1.41 | 0.76, 2.61 | 0.3 | | 1.34 | 0.72, 2.49 | 0.4 | | 1.34 | 0.72, 2.51 | 0.4 | | 1.42 | 0.76, 2.64 | 0.3 | |
| <i>Personne sans emploi</i> | | 1.18 | 0.62, 2.24 | 0.61 | 1.88 | 0.95, 3.76 | 0.072 | | 1.83 | 0.86, 3.88 | 0.12 | | 1.88 | 0.88, 4.02 | 0.11 | | 1.91 | 0.89, 4.09 | 0.10 | |

| Caractéristique | Univariée | | | Étape 1 | | | Étape 2 | | | Étape 3 | | | Étape 4 | | | | | | | |
|---|-----------|-----------------|---------------------|---------|-----------------|---------------------|---------|-------------------|-----------------|---------------------|---------|-------------------|-----------------|---------------------|---------|-------------------|--|--------------|------------|-----|
| | N | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ₁ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ¹ | OR ¹ | 95% CI ¹ | p-value | GVIF ¹ | | | | |
| <u>Dernière consultation médecin</u> | 1,448 | | | 0.51 | | | | | | | | | | | 0.6 | 1.1 | | | 0.6 | 1.1 |
| < 6 mois | | — | — | | | | | | | | | | — | — | | | | | | |
| 6 - 12 mois | | 0.79 | 0.48, 1.29 | 0.34 | | | | | | | | | 0.77 | 0.45, 1.30 | 0.3 | | | 0.77 | 0.46, 1.31 | 0.3 |
| > 1 an | | 0.81 | 0.52, 1.26 | 0.34 | | | | | | | | | 0.85 | 0.53, 1.38 | 0.5 | | | 0.85 | 0.53, 1.38 | 0.5 |
| No. Obs. | | | | | 788 | | | | 785 | | | | 769 | | | | | 769 | | |
| BIC | | | | | 833 | | | | 838 | | | | 840 | | | | | 852 | | |
| AIC | | | | | 789 | | | | 779 | | | | 769 | | | | | 773 | | |
| Test de vraisemblance | | | | | | | | | $P < 0,01$ | | | | $P = 0.51^*$ | | | | | $P = 0,56^*$ | | |

* La valeur p est non significative pour le passage des étapes 2 à 3, et 3 à 4. Cependant, nous conservons l'étape 3 pour garder la même démarche par rapport aux femmes nées au Canada, et l'étape 4 car il est intéressant de constater que le nombre d'années passées au Canada n'est pas significativement associé à l'usage d'une contraception ou non (que ce soit au niveau de l'analyse univariée ou multivariée).

¹ OR = rapport de cotes, CI = Intervalle de confiance, GVIF = Facteur d'inflation de la variance généralisé

Graphique 2 : représentation des 4 étapes de l'analyse de régression logistique – néo-Québécoises



→ Annexe 4 – Moyens contraceptifs utilisés selon le statut d’immigration

Tableau 4.1. Utilisation des principaux moyens contraceptifs selon le statut d’immigration

| <i>Moyen(s) de contraception utilisé(s) au cours des 12 derniers mois</i> | FI N = 1,162 | FNC N = 7,050 | Total N = 8,212 | p-value |
|---|------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------|
| Pilule | | | | <0.001 |
| Non | 833 (72%) | 4,230 (60%) | 5,063 (62%) | |
| Oui | 329 (28%) | 2,820 (40%) | 3,149 (38%) | |
| Condom | | | | <0.001 |
| Non | 610 (52%) | 4,565 (65%) | 5,175 (63%) | |
| Oui | 552 (48%) | 2,485 (35%) | 3,037 (37%) | |
| Vasectomie | | | | <0.001 |
| Non | 1,091 (94%) | 5,662 (80%) | 6,753 (82%) | |
| Oui | 70 (6.1%) | 1,388 (20%) | 1,458 (18%) | |
| Stérilet | | | | 0.056 |
| Non | 968 (83%) | 6,082 (86%) | 7,050 (86%) | |
| Oui | 194 (17%) | 968 (14%) | 1,162 (14%) | |
| Ligature des trompes | | | | <0.001 |
| Non | 1,128 (97%) | 6,558 (93%) | 7,686 (94%) | |
| Oui | 33 (2.9%) | 493 (7.0%) | 526 (6.4%) | |
| Coït interrompu | | | | <0.001 |
| Non | 1,054 (91%) | 6,688 (95%) | 7,742 (94%) | |
| Oui | 108 (9.3%) | 363 (5.1%) | 470 (5.7%) | |
| Autre méthode | | | | 0.076 |
| Non | 1,056 (91%) | 6,555 (93%) | 7,611 (93%) | |
| Oui | 106 (9.1%) | 495 (7.0%) | 601 (7.3%) | |

Tableau 4.2. Utilisation ou non d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration

| | FI N = 1,482 | FNC N = 8,029 | p-value ¹ |
|--|-----------------|------------------|----------------------|
| <i>Utilisation d'une contraception médicalisée⁶² (pilule, stérilet ou ligature des trompes)</i> | | | <0.001 |
| Non | 558 (51%) | 1,666 (29%) | |
| Oui | 534 (49%) | 3,996 (71%) | |
| Sans réponse | 391 | 2,366 | |

Tableau 4.3. Utilisation ou non d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration et le revenu

| <i>Utilisation d'une contraception féminine médicalisée</i> | Ménages à faible revenu | | Ménages à revenu moyen-élevé | |
|---|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | FI, N = 568 | FNC, N = 1,546 ¹ | FI, N = 912 ¹ | FNC, N = 6,480 ¹ |
| Non | 236 (57%) | 387 (31%) | 320 (47%) | 1,278 (29%) |
| Oui | 179 (43%) | 851 (69%) | 355 (53%) | 3,145 (71%) |
| Sans réponse | 153 | 307 | 238 | 2,058 |
| <i>p</i> | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

⁶² Dans ce tableau, la catégorie « oui » comprend les femmes qui utilisent une des trois méthodes de contraception féminine médicalisée (pilule, stérilet ou ligature des trompes), que celles-ci soient accompagnées d'autres méthodes ou pas. La catégorie « non » comprend les femmes qui utilisent un ou plusieurs autres moyens contraceptifs, sans recourir à la contraception féminine médicalisée.

Tableau 4.4. Moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) selon le niveau d'éducation et le statut d'immigration

| (Données femmes de 25 à 49 ans ⁶³) | < DES | | DES | | DEC | | Universitaire | |
|--|---------------|----------------|------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | FI N = 116 | FNC N = 698 | FI N = 176 | FNC N = 1,461 | FI N = 378 | FNC N = 3,168 | FI N = 783 | FNC N = 2,656 |
| Pilule | | | | | | | | |
| Non | 97 (83%) | 402 (58%) | 112 (65%) | 907 (62%) | 289 (77%) | 2,054 (65%) | 617 (79%) | 1,803 (68%) |
| Oui | 19 (17%) | 291 (42%) | 59 (35%) | 551 (38%) | 88 (23%) | 1,109 (35%) | 160 (21%) | 852 (32%) |
| Condom | | | | | | | | |
| Non | 68 (58%) | 404 (58%) | 103 (60%) | 981 (67%) | 243 (65%) | 2,268 (72%) | 482 (62%) | 1,840 (69%) |
| Oui | 49 (42%) | 289 (42%) | 68 (40%) | 476 (33%) | 134 (35%) | 895 (28%) | 295 (38%) | 814 (31%) |
| Vasectomie | | | | | | | | |
| Non | 110 (94%) | 619 (89%) | 164 (96%) | 1,253 (86%) | 351 (93%) | 2,582 (82%) | 747 (96%) | 2,132 (80%) |
| Oui | 7 (6%) | 75 (11%) | 7 (4%) | 205 (14%) | 25 (7%) | 582 (18%) | 29 (4%) | 522 (20%) |
| Stérilet | | | | | | | | |
| Non | 104 (89%) | 638 (92%) | 155 (91%) | 1,279 (88%) | 325 (86%) | 2,823 (89%) | 665 (86%) | 2,265 (85%) |
| Oui | 12 (11%) | 55 (8%) | 16 (9%) | 178 (12%) | 51 (14%) | 340 (11%) | 112 (14%) | 389 (15%) |
| Autre méthode⁶⁴ | | | | | | | | |
| Non | 104 (89%) | 569 (82%) | 142 (83%) | 1,184 (81%) | 321 (85%) | 2,589 (82%) | 636 (82%) | 2,313 (87%) |
| Oui | 12 (11%) | 125 (18%) | 29 (17%) | 274 (19%) | 56 (15%) | 574 (18%) | 141 (18%) | 341 (13%) |

NB : Nous surlignons en bleu dans le tableau les méthodes où plus de 10 points d'écart sont observables entre FI et FNC, selon le niveau de scolarité.

63 Dans ces données, les femmes de moins de 25 ans ont été retirées de l'échantillon, compte tenu du fait que les diplômes universitaires ne peuvent être complétés avant un certain âge.

64 Afin de ne pas avoir de cellule qui comprenne un effectif inférieur à 5, nous avons dû fusionner la ligature des trompes et le coït interrompu au sein de la catégorie «autre méthode».

Tableau 4.5. Nombre de moyens de contraception utilisés au cours de la dernière année selon le statut d'immigration

| | FI N = 1,482 | FNC N = 8,029 | Total N = 9,511 | p- value¹ |
|--|------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Nombre de moyens de contraception utilisés au cours des 12 derniers mois ⁶ | | | | <0.001 |
| 0 | 308 (21%) | 964 (12%) | 1,272 (13%) | |
| 1 | 965 (65%) | 5,241 (65%) | 6,206 (65%) | |
| 2 | 188 (13%) | 1,692 (21%) | 1,879 (20%) | |
| ≥ 3 | 22 (1.5%) | 132 (1.6%) | 154 (1.6%) | |

¹ *chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction*

CHAPITRE 4

→ Accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des néo-Québécoises :

Principales conclusions d'une recherche partenariale avec le Centre de santé des femmes de Montréal

Audrey Gonin, Sylvie Lévesque et
le Centre de santé des femmes de Montréal

CHAPITRE 4

Table des matières

Constats croisés et mise en lien avec les connaissances disponibles 186

1. Un moindre recours à la contraception et des moyens de contraception moins favorables à l'autonomie procréative chez les femmes immigrantes 186

2. Des déterminants des pratiques contraceptives spécifiques aux néo-Québécoises et des enjeux sur le plan de la qualité des soins 188

- Caractéristiques sociodémographiques 188
- Accès aux soins de santé reproductive et déroulement des soins 190

Recommandations pour des pratiques en santé reproductive adaptées aux néo-Québécoises 192

1. Adapter les pratiques 192

- Tenir compte des spécificités liées au fait d'avoir eu un parcours migratoire 192
- Lever autant que possible la barrière de la langue 195
- Prendre en considération les visions du monde, manières d'agir et représentations des femmes rencontrées 196

2. Des compétences généralistes revêtant une importance particulière en contexte interculturel 199

- Les compétences relationnelles favorisant une bonne communication 199
- Prendre le temps nécessaire pour s'assurer d'une bonne transmission de l'information, de sa compréhension et de la validation des options choisies 200

3. Prendre en compte la différence culturelle, sans la surestimer ni présumer des conduites et représentations de l'autre 201

Conclusion 204

1. Principaux constats issus de notre recherche 204

- L'importance de prendre en compte la variable de l'immigration 204
- L'enjeu de l'accès à l'information 204
- Les problèmes d'accès aux soins 205
- Un lien de confiance et une qualité des soins à développer 205
- Des facteurs structurels de risque de grossesse non planifiée régulièrement associés au fait d'avoir eu un parcours migratoire 206

2. Pistes d'action 207

CHAPITRE 4

Table des matières (suite)

| | |
|---|------------|
| 2.1. Au niveau de l'organisation et des politiques de santé | 207 |
| → Améliorer l'accessibilité et la qualité du counseling en matière de contraception | 207 |
| → Prendre en compte les réalités de la population immigrante dans l'organisation des services | 208 |
| 2.2. Au niveau des pratiques | 209 |
| → Adapter les pratiques aux réalités spécifiques des néo-Québécoises et viser une sécurisation culturelle | 209 |
| → Des compétences généralistes particulièrement importantes en contexte interculturel | 210 |
| Bibliographie | 211 |

Résumé

Ce dernier chapitre propose une synthèse et analyse d'ensemble des constats opérés au fil des trois étapes présentées dans ce rapport. Nous croisons donc les éléments tirés de l'état des lieux des connaissances disponibles sur l'accès à la contraception pour les femmes immigrantes aux observations que nous avons réalisées au cours de nos phases qualitative et quantitative de recherche, afin de dégager les principales conclusions de cette démarche. Nous identifions par ailleurs des pistes d'actions en vue de favoriser un accès équitable aux soins contraceptifs, ainsi que leur adaptation aux réalités des femmes immigrantes. Au niveau des pratiques, nous recommandons l'adoption d'une optique de sécurisation culturelle, pour ne pas présumer des caractéristiques d'une personne en fonction son appartenance culturelle, sociale ou religieuse, et tenir compte du différentiel de pouvoir qui caractérise la relation de soin. Afin de réduire ce différentiel, le lien de confiance est un enjeu-clé des pratiques de soins. Celui-ci se développe à partir de compétences plus généralistes : l'écoute, l'empathie et l'ouverture vis-à-vis du point de vue de l'autre sont des vecteurs de la qualité du lien et de la communication qui s'avèrent plus particulièrement importants en contexte interculturel. Au niveau de l'organisation et des politiques de santé, il serait utile d'améliorer l'accessibilité et la qualité du *counseling* en matière de contraception, ainsi que de mieux tenir compte des spécificités des soins en contexte interculturel – en particulier, le temps supplémentaire qui est requis pour des services de qualité.

Mots-clés : contraception, immigration, accès aux soins contraceptifs, Enquête québécoise sur la santé de la population, autonomie procréative.

Référence suggérée : Gonin, A., Lévesque, S. et le Centre de santé des femmes de Montréal (2023). Accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des néo-Québécoises : principales conclusions d'une recherche partenariale avec le Centre de santé des femmes de Montréal. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

C'est sûr que quand une personne a une expérience difficile avec le système de santé, que ce soit au Québec ou ailleurs, elle ou sa famille, ça va impacter sa vision au complet du système de santé. (...) Il n'y a pas de réponses rapides à « comment donner des soins aux personnes immigrantes », mais est-ce qu'on peut être plus ouverts à la multiplicité des identités des gens et s'adapter à la personne devant nous, sans a priori ? (Geneviève Bois, médecin au Centre de santé des femmes de Montréal)⁶⁵

La sexualité c'est quelque chose de très intime, déjà c'est difficile d'en parler avec des proches, alors je n'imagine pas ce que c'est que d'être dans un nouveau pays, avec des nouvelles personnes, dans un nouveau système... Ça peut être un obstacle. (...) La sexualité c'est multidimensionnel : c'est physique, psychologique, social, politique. Il faut prendre le temps de bien comprendre cette complexité-là, je pense, pour pouvoir faire un bon counseling lié à la contraception. C'est pas facile de choisir une bonne méthode de contraception. (Eugénie Loslier-Pellerin, infirmière en milieu scolaire)

Dans ce dernier chapitre, une synthèse des trois étapes de recherche présentées dans ce rapport sera effectuée. Le premier chapitre (Zennia *et al.*, 2023⁶⁶) a réuni des connaissances disponibles concernant les obstacles à l'accès à la contraception pour les femmes immigrantes, à partir de recherches réalisées au Canada et à l'international. Les résultats d'une phase de recherche qualitative ont ensuite rendu compte de témoignages de néo-Québécoises, au sujet de la contraception et de l'avortement, dans le second chapitre (Gonin *et al.*, 2023a). La phase de recherche quantitative, basée sur des analyses statistiques concernant l'usage de la contraception par les femmes immigrantes ou non, au Québec, a apporté un éclairage supplémentaire sur la question de l'accès à la contraception, dans le troisième chapitre (Gonin *et al.*, 2023b). Nous allons à présent mettre en lien les constats issus de ces trois étapes, afin de dégager les principales conclusions pouvant être tirées de cette démarche de recherche mixte, et d'identifier des pistes d'action pour lever les obstacles d'accès à la contraception pour les néo-Québécoises.

⁶⁵ Les citations présentées ici, ainsi que d'autres extraits présentés plus loin dans le chapitre, sont issues d'entrevues réalisées dans les dernières phases de la recherche. Des intervenant·es du domaine de la santé reproductive ont été rencontrés afin de connaître leur point de vue sur la question de l'accès à la contraception en contexte d'immigration, d'une part. D'autre part, il s'agissait d'identifier des pistes de solution pour favoriser le recours aux soins contraceptifs pour les femmes souhaitant contrôler leur fécondité (cf. 2^e section de ce chapitre).

⁶⁶ Ce chapitre ainsi que l'ensemble des documents issus de cette recherche (résultats de la phase quantitative, discussion d'ensemble des résultats, balado et fiches-synthèse présentant les principales conclusions) peuvent être récupérés en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

Constats croisés et mise en lien avec les connaissances disponibles

1. Un moindre recours à la contraception et des moyens de contraception moins favorables à l'autonomie procréative chez les femmes immigrantes

L'analyse secondaire de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) a mis en évidence que des différences significatives existent au niveau de l'utilisation ou non d'une contraception, quelle qu'elle soit, entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada (Gonin *et al.*, 2023b⁶⁷). Cet écart est à interpréter avec prudence. En effet, l'EQSP ne permet pas de savoir si les femmes qui ont indiqué ne pas utiliser de contraception souhaitaient éviter une grossesse ou non. Il n'est donc pas possible de déterminer dans quelle mesure la moindre utilisation de la contraception par les femmes immigrantes correspond à des besoins contraceptifs non satisfaits, ou pas.

Selon les connaissances disponibles, on observe une fécondité plus élevée chez les femmes immigrantes (Street, 2009, 2015), surtout pour celles ayant moins de 10 ans de résidence au Canada (Bélanger et Gilbert, 2003). Or, cette fécondité supérieure s'explique aussi bien par des différences culturelles au niveau des intentions de fécondité que par des problèmes d'accès à la contraception et à une contraception efficace :

Les écarts entre les immigrantes et les natives [au niveau de la fécondité] sont déterminés aussi par la fréquence et le type de méthodes utilisées pour maîtriser le comportement fécond. L'absence de contraception, l'usage inadéquat ou l'échec de la méthode utilisée se traduisent par un risque plus élevé de grossesses non désirées, par le recours à l'avortement ou par une proportion plus élevée de naissances non planifiées. (Street, 2015, p. 4)

En cohérence avec ces constats, nos données qualitatives ont mis en lumière que les néo-Québécoises interrogées déplorent régulièrement un manque de littératie en santé sexuelle

⁶⁷ Ce chapitre présente les résultats de la phase quantitative de recherche que nous avons réalisée. L'ensemble des documents liés à cette recherche peut être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

et reproductive (cf. Gonin *et al.*, 2023a⁶⁸). Elles estiment que celui-ci, entre autres barrières d'accès, a pu faire obstacle au recours à la contraception ou à des méthodes plus efficaces que celles utilisées. Les témoignages recueillis montrent que ceci a conduit, pour certaines d'entre elles, à des grossesses non planifiées.

Le recours aux méthodes contraceptives les plus efficaces (contraception orale, stérilet et ligature des trompes, en particulier⁶⁹) nécessite d'avoir accès au système de santé. Or, 10 participantes sur 12 ont longuement développé les différents obstacles à surmonter pour obtenir des soins de santé reproductive : la méconnaissance du fonctionnement du système de santé québécois, mais aussi sa complexité et le manque de disponibilité des services recherchés (temps requis pour un rendez-vous en clinique médicale, en particulier) ont été fréquemment évoqués.

Parallèlement à ces problématiques d'accès au soin de santé reproductive, 10 participantes sur 12 ont mentionné avoir des réticences à utiliser des méthodes hormonales, telles que la contraception orale ou le stérilet hormonal : elles craignent en effet que celles-ci aient des effets délétères à court ou à long terme sur leur santé physique. Ces craintes peuvent en partie être reliées aux problématiques d'accès aux soins rencontrées par la population immigrante (Dubé-Linteau *et al.*, 2013 ; Ministère de la santé du Canada, 2018), car la consultation d'un·e professionnel·le de santé contribue à une meilleure connaissance des différentes méthodes et de leurs effets, dans le contexte de nombreuses informations erronées circulant au sujet des méthodes contraceptives hormonales (Foran, 2019 ; Rossin, 2021). Le *counseling* en contraception professionnel permet par ailleurs de trouver des alternatives en cas d'effets indésirables ou de contraintes trop importantes associées à une méthode, ce qui peut éviter de recourir à des méthodes moins efficaces telles que le coït interrompu ou le condom – qui conduisent plus fréquemment à des grossesses non planifiées⁷⁰.

Nous avons observé que lorsque les participantes ont eu recours à un avortement, au Québec, ceci était le plus souvent lié à un manque de constance dans l'utilisation de la contraception orale ou à l'abandon d'une contraception médicalisée. Les femmes interrogées

⁶⁸ Le chapitre présentant les résultats de la phase qualitative peut également être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

⁶⁹ Comme le recours à la vasectomie dépend du partenaire, nous avons mis cette méthode entre parenthèse dans nos analyses sur le recours à la contraception médicalisée, afin de nous centrer sur la contraception féminine médicalisée. Il est par ailleurs à noter qu'aucune des participantes à la phase qualitative de recherche n'a tenu de propos sur cette méthode, qui semble être largement méconnue.

⁷⁰ Le taux d'échec contraceptif lié à l'utilisation du condom masculin peut atteindre 18%, et 22% pour le coït interrompu (Black *et al.*, 2015 ; Trussell, 2011).

rattachent les problèmes d'observance ou d'abandon au fait que les contraceptifs hormonaux représentent une charge, soit en raison des effets secondaires vécus (charge au plan corporel en raison d'effets indésirables de la contraception, du stérilet ou de l'implant), de l'organisation requise (charge mentale liée à l'utilisation de la contraception orale) ou de leur coût (charge financière liée à la contraception orale ou à l'installation d'un stérilet).

Ces différentes observations sont autant de pistes contribuant à expliquer le moindre recours à la contraception féminine médicalisée chez les femmes immigrantes, qui est un autre constat central de la phase de recherche quantitative (Gonin *et al.*, 2023b). Un taux plus faible d'utilisation de la contraception orale est plus particulièrement responsable de l'écart statistiquement significatif qui a été observé dans l'utilisation des méthodes féminines médicalisées, entre néo-Québécoises et Québécoises nées au Canada. Cet écart peut être lu sous l'angle d'une inégalité de santé reproductive, car il expose davantage les néo-Québécoises à des grossesses non planifiées (Street, 2015). Par ailleurs, la moindre utilisation de la vasectomie par les partenaires des néo-Québécoises que nous avons observée peut également être vue comme une source d'inégalité, car il s'agit d'un des rares moyens n'impliquant pas de charge contraceptive pour les femmes : la gratuité de cette méthode⁷¹, l'absence d'effets secondaires et sa prise en charge par les partenaires est assurément avantageuse pour les femmes qui peuvent se reposer sur cette méthode.

2. Des déterminants des pratiques contraceptives spécifiques aux néo-Québécoises et des enjeux sur le plan de la qualité des soins

→ Caractéristiques sociodémographiques

Les résultats des analyses statistiques que nous avons réalisées montrent que, tant chez les néo-Québécoises que chez les Québécoises nées au Canada, la contraception est davantage utilisée par les femmes de moins de 35 ans et celles qui vivent en couple avec enfants. Cependant, on observe que les femmes immigrantes de plus de 35 ans sont moins susceptibles d'utiliser une contraception que les femmes nées ici, tandis que le taux d'utilisation est comparable pour les femmes de 25 à 34 ans.

⁷¹ Cette intervention est intégralement remboursée par la RAMQ ou le PFSI.

Concernant le niveau de scolarité, on observe que plus le niveau est élevé, plus l'utilisation de la contraception est fréquente pour les Québécoises nées au Canada. Or, ce lien n'est pas constaté chez les néo-Québécoises. Il s'agit habituellement d'un des principaux déterminants du recours à la contraception, quel que soit le contexte géographique et culturel (Blackstone *et al.*, 2017, Götmark et Andersson, 2020 ; Spinelli *et al.*, 2000). Ainsi, il est surprenant de ne pas pouvoir établir ce lien dans les données de l'EQSP, qui comprend un échantillon de près de 1 500 femmes immigrantes susceptibles d'utiliser une contraception⁷². Le fait que le taux d'utilisation de la contraception soit assez similaire, quel que soit le nombre d'années d'études réalisées par les femmes immigrantes, suggère que le parcours migratoire vient moduler l'influence du niveau de scolarité sur les pratiques contraceptives.

On constate par ailleurs que le niveau de revenu exerce une influence importante sur le recours à la contraception, chez les néo-Québécoises, alors que ce n'est pas observable pour les Québécoises nées au Canada. Les femmes immigrantes ayant un faible revenu sont près de deux fois moins susceptibles d'utiliser une contraception que celles ayant des revenus moyens ou élevés (OR = 0.55, CI : 0.34, 0.88), quand on prend en compte les variables de l'âge, de l'occupation et du niveau de scolarité de manière simultanée. Le parcours migratoire vient donc ici aussi moduler le lien entre le niveau de revenu et les pratiques contraceptives : les néo-Québécoises ayant un faible revenu sont particulièrement susceptibles de ne pas avoir recours à la contraception.

Ce constat peut être mis en lien avec les propos tenus par les femmes interrogées dans le cadre de notre phase de recherche qualitative : celles-ci ont régulièrement évoqué (n= 9, 28 occurrences) des préoccupations quant au coût du moyen de contraception qu'elles utilisaient ou avaient utilisé (prix de la contraception orale ou d'un stérilet, en particulier). Seules deux participantes ont mentionné que leurs partenaires avaient contribué financièrement à l'achat de contraception. Ceci a pu conduire certaines d'entre elles à choisir leur moyen de contraception ou le type de pilule en fonction de leur coût et non de leurs préférences. Ces observations rejoignent des constats opérés dans des recherches menées en Colombie-Britannique (Wiebe, 2013) ou à l'international (Betancourt *et al.*, 2013 ; Gele *et al.*, 2020 ; Schmidt *et al.*, 2018 ; White *et al.*, 2016). Or, Alvarez-Nieto *et al.* (2015) mettaient en évidence, dans une recherche menée en

⁷² Tel que précisé dans le troisième chapitre de ce rapport, nous avons conduit des analyses de régression logistique sur un échantillon comprenant les femmes de 18 à 49 ans sexuellement actives et qui ne sont pas enceintes (les femmes de 15 à 17 ans ont dû être retirées des analyses de régression, compte tenu des données manquantes sur le revenu, une des variables intégrées au modèle de régression).

Espagne, que le choix par dépit d'une méthode de contraception est moins favorable à son observance.

→ Accès aux soins de santé reproductive et déroulement des soins

Finalement, on observe que le fait de ne pas avoir eu de rendez-vous médical au cours de la dernière année est corrélé avec un moindre usage de la contraception chez les femmes Québécoises nées au Canada. Ce lien n'a pas pu être établi chez les néo-Québécoises, dans les analyses statistiques que nous avons réalisées à partir de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*⁷³. Plusieurs éléments pourraient contribuer à expliquer l'absence de lien entre une consultation médicale récente et l'utilisation d'une contraception ou pas, chez les celles-ci.

Tout d'abord, il est possible que les problèmes d'accès à un médecin de famille, pour la population immigrante (Dubé-Linteau *et al.*, 2013 ; Médecins québécois pour le régime public, 2018), amène à ce que le sujet de la santé reproductive ne soit pas évoqué lors de consultations médicales. Il s'agit en effet d'un sujet sensible qu'il est délicat d'aborder lors d'une première rencontre avec un·e soignant·e. De plus, les soignant·es peuvent avoir des réticences à prescrire un moyen de contraception sans connaître l'historique médical d'une personne. Il peut ainsi y avoir des opportunités manquées de transmettre des informations et d'offrir des options de contraception.

Plus globalement, une consultation médicale en contexte interculturel peut nécessiter plus de temps, afin de s'assurer d'une bonne compréhension mutuelle. Selon une étude menée en Ontario (Maticka-Tyndale *et al.*, 2007), si les médecins sont expéditifs et ne prennent pas le temps nécessaire pour donner des explications ou laisser les patientes poser des questions, ceci peut agir comme dissuasif à l'expression des besoins contraceptifs :

The lack of mutual cultural literacy between Iranian patients and Canadian physicians left participants with unanswered questions and concerns or answers that were inappropriate to their needs, incomprehensible because they assumed knowledge that the participants did not have, or offensive because they assumed experiences that were taboo or reprehensible in the patients' home culture. (Maticka-Tyndale et al., 2007, p.185)

⁷³ Tel que mentionné dans la section méthodologique du 3^e chapitre de ce rapport, cette enquête gouvernementale est très fiable car elle représente 98,9% de la population du Québec.

Du côté des femmes immigrantes, il peut être plus difficile d'établir un lien de confiance avec des soignant·es, dans un contexte organisationnel, culturel et sociétal qu'elles connaissent mal, notamment si elles sont arrivées il y a moins de 5 ans. Par ailleurs, certaines ont pu précédemment vivre des expériences négatives au sein du système de santé, en raison de préjugés des soignant·es concernant des normes culturelles supposées, d'incompréhension ou encore d'attitudes discriminatoires, pour des femmes racisées (Newbold et Willinsky, 2009 ; Machado *et al.*, 2021).

Les entretiens de recherche réalisés lors de la phase qualitative ont amplement mis en évidence les enjeux de confiance qui se posent dans la relation aux soignant·es (Gonin *et al.*, 2023a). Les néo-Québécoises interrogées ont en effet rapporté des expériences positives et négatives, pouvant aussi bien être marquée par l'accueil et le respect que par la froideur, le manque d'écoute et de temps accordé. Ainsi, les femmes ayant témoigné s'être senties accueillies et respectées lors de rencontres cliniques ont dans le même temps souvent fait part des craintes qu'elles avaient, *a priori*, suite à de mauvaises expériences. La perception de la compétence varie beaucoup, également, car l'appréciation des informations et conseils transmis est aussi accompagnée par le sentiment de ne pas avoir été assez bien informées dans d'autres occasions, en particulier sur les différentes options contraceptives.

Il est notable que parmi nos 12 participantes, 4 femmes sont allées chercher des soins dans leur pays de naissance (Chine, France, Mexique, Norvège), où elles avaient davantage confiance dans la qualité des soins – en particulier au plan relationnel. Ceci traduit le fait qu'en l'absence de lien confiance, les néo-Québécoises peuvent chercher des alternatives et être prêtes à payer des services non remboursés dans leur pays de naissance pour obtenir des soins de santé reproductive, quand elles en ont les moyens.

Ces différentes observations de nature qualitative, qui font écho à des recherches menées dans d'autres contextes que celui du Québec, peuvent contribuer à éclairer l'écart existant entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada, au niveau de la probabilité d'utiliser une contraception quand une consultation médicale a eu lieu dans la dernière année. En effet, ces éléments suggèrent un niveau de confiance assez bas vis-à-vis des soignant·es et, compte tenu de la nature intime des soins de santé reproductive, il peut être plus difficile pour les femmes immigrantes d'avoir un dialogue au sujet de la contraception dans ce contexte. Par ailleurs, plusieurs travaux mettent en avant que la qualité de la relation établie avec le personnel soignant a un impact sur l'observance de la méthode de contraception et la continuité des soins (Betancourt *et al.*, 2003 ; Mengesha, 2017). Or, le fait de bénéficier d'un suivi médical par la ou le même soignant·e est compromis tant par l'absence de médecin de famille que par un déficit de confiance pouvant conduire à l'évitement de soins (Ilami et Winter, 2020).

Recommandations pour des pratiques en santé reproductive adaptées aux néo-Québécoises

Dans le cadre du partenariat de recherche avec le Centre de santé des femmes de Montréal, qui offre des services d'avortement, du *counseling* en contraception et des services de santé sexuelles et gynécologiques de première ligne, une réflexion a été menée avec son équipe concernant les pratiques à privilégier avec des femmes ayant eu un parcours migratoire. Au regard des constats ayant émergé des phases qualitative et quantitative de la recherche, il apparaît en effet qu'il est important d'adapter les soins, en contexte interculturel. Des séances de travail à ce sujet ont été organisées, à trois reprises, afin de favoriser un aller-retour entre les constats issus de la recherche, les expériences et savoir-faire de l'équipe, ainsi que de développer une analyse croisée des observations réalisées. Des entretiens ont également été réalisés avec des intervenant-es d'autres organismes⁷⁴ concernés par la santé sexuelle et reproductive des femmes immigrantes, afin de mettre en commun des constats et réflexions sur des pistes d'action. À partir de ces échanges, plusieurs pistes se dégagent pour proposer des interventions adaptées aux réalités des néo-Québécoises.

1. Adapter les pratiques

→ Tenir compte des spécificités liées au fait d'avoir eu un parcours migratoire

En premier lieu, il est important de considérer que les femmes s'étant installées au Québec il y a moins de 5 ans ont souvent une mauvaise connaissance du système de santé québécois. Ainsi, il peut s'avérer utile de les guider davantage dans les démarches d'accès aux soins.

⁷⁴ Nous remercions les personnes suivantes pour le temps qu'elles ont bien voulu nous accorder : Julie Villeneuve (CLSC des Faubourgs, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal), Nina Meango, Jérôme Giovanni et Paul-Inès Cadjo (Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux), Eugénie Loslier-Pellerin (CLSC de La Petite Patrie, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal).

Au niveau du système de santé, il y a toute la complexité du système de santé, des personnes qui arrivent et qui ne savent pas naviguer dans le système, ce sont des grosses barrières.

Au téléphone on doit donner beaucoup d'informations sur le système de santé, j'essaie d'alléger le fardeau pour les femmes, je les aide à trouver des ressources. (Équipe accueil du CSFM)

En second lieu, les données de recherche ont mis en évidence, d'une part, que les femmes immigrantes sont surreprésentées dans les ménages à faible revenu, et d'autre part, que le fait d'appartenir à ces ménages crée une vulnérabilité particulière au niveau de l'accès à la contraception. Il est alors pertinent d'explorer si le coût d'une méthode contraceptive est un enjeu, lorsque différentes options de contraception sont discutées.

On est attentifs à la situation financière des femmes, parfois on donne des stérilets, des fois on paye une partie de l'avortement quand la femme n'a pas sa carte, parfois on prend des ententes de paiement. (Équipe accueil du CSFM)

Par rapport au statut migratoire, c'est important de savoir qu'en fonction du statut migratoire, certaines femmes n'ont pas accès à des soins et des services de santé. Et même si certaines femmes ont accès aux services publics, ou si elles ont des assurances privées, parfois ça ne couvre pas totalement le coût de la contraception. (Équipe de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux)

En troisième lieu, les néo-Québécoises sont plus susceptibles d'être isolées, compte tenu de leur parcours migratoire ayant créé une rupture avec l'entourage familial, amical et professionnel du pays de naissance (Stick *et al.*, 2021). L'opportunité de parler des moyens disponibles pour favoriser une autonomie procréative (utilisation ou non d'une contraception, et

laquelle, en particulier) avec des personnes proches est ainsi réduite, et ce d'autant plus si la contraception ou l'avortement fait l'objet de tabous au niveau de l'entourage – que celui-ci vive au Québec ou dans le pays de naissance. L'équipe du CSFM observe que parfois, les femmes ne parlent pas de leur avortement à leur partenaire et n'ont personne à qui en parler :

Elle nous dit qu'elle ne peut pas en parler, car l'avortement est impensable dans son entourage. (Équipe infirmière du CSFM)

Ça arrive souvent que les femmes n'en parlent pas aux conjoints. Quand c'est comme ça, c'est difficile de décortiquer l'ambivalence... Elles n'ont parfois personne à qui en parler. La décision libre et éclairée est difficile à obtenir car elles ont des pressions sociales et personne de confiance à qui parler. (Équipe infirmière du CSFM)

Par ailleurs, la décision libre et éclairée concernant une contraception ou un avortement peut être difficile à obtenir si l'entourage exerce des pressions sur les choix reproductifs des femmes. Dans ce type de situations, il est important de laisser le temps qu'un cheminement se fasse, en offrant des délais ou espaces de réflexion : ceci peut leur permettre de clarifier ce qu'elles souhaitent pour elles-mêmes, de chercher des moyens de le faire accepter par leur entourage ou encore d'assumer les implications de leur décision, afin de favoriser leur autodétermination.

Quelquefois la femme arrive avec son conjoint, et nous dit qu'elle ne veut pas qu'il sache qu'elle est là pour avorter. (Équipe accueil du CSFM)

Une femme a dit, une fois : « je veux rester au Centre pour montrer que je me fais avorter, et puis après je sors ». Elle est ressortie vers midi, elle était arrivée à 8h. Elle voulait montrer à son conjoint qu'elle se faisait avorter, mais elle est sortie sans se faire avorter. Moi je lui dis : « mais comment tu vas faire avec lui après? » Elle dit : « moi je choisis mon bébé, mon conjoint c'est fini ». (Équipe accueil du CSFM)

→ Lever autant que possible la barrière de la langue

La barrière de la langue vient complexifier le déroulement des soins, en particulier quand une dimension émotionnelle est en jeu : l'expression de ses réactions affectives, qui sont régulièrement sollicitées quand on parle d'aspects aussi intimes et importants que les choix reproductifs, est souvent difficile quand on maîtrise mal une langue (Moukrim, 2017). De manière plus générale, comme le souligne un rapport de l'Institut national de la santé publique du Québec (Ouimet *et al.*, 2013), la transmission d'information est essentielle dans les activités de soin, car les problèmes de compréhension peuvent nuire à la qualité des soins et au consentement éclairé des personnes.

Je me suis rendu compte qu'elle ne comprenait pas, elle répondait oui par politesse, peut-être. Au début je croyais qu'elle comprenait, mais finalement, non. On voulait s'assurer qu'elle comprenait bien mais on n'était pas sûrs à 100%. (Équipe infirmière du CSFM)

On a réussi à se comprendre et valider les choses importantes comme le consentement avec Google translate, mais ça été une rencontre où il manquait vraiment beaucoup d'empathie, où je n'ai pas été capable d'accompagner émotionnellement car il y a des choses qui ne se traduisent pas avec Google translate. Ça aurait pu mieux se passer s'il y avait quelqu'un qui pouvait parler la langue pour traduire. (Équipe infirmière du CSFM)

J'arrive à parler de contraception et juste de trouver les bons termes pour qu'elle comprenne ce que je veux dire, c'était difficile. Elle ne comprenait pas « méthodes contraceptives » ou « contraception », je devais trouver des mots comme « ne pas avoir de bébé », elle ne comprenait pas l'expression « tomber enceinte ». (Équipe infirmière du CSFM)

Certaines équipes peuvent prendre appui sur le fait que certains de ses membres maîtrisent d'autres langues que le français et l'anglais, ce qui peut représenter un grand soulagement pour des personnes ayant des difficultés à s'exprimer dans ces langues. Par ailleurs, différentes solutions peuvent être mises en œuvre, telles que la traduction de documents d'information ou l'interprétariat. Malheureusement, les moyens financiers et logistiques manquent souvent pour recourir à ces solutions.

Il faut des brochures et des outils dans plusieurs langues avec des images claires et concrètes, plus vulgarisés. Il faudrait développer ça, c'est un grand besoin. (Équipe infirmière du CSFM)

→ Prendre en considération les visions du monde, manières d'agir et représentations des femmes rencontrées

Des chocs culturels se produisent parfois (Cohen-Émerique, 2015), laissant les soignant-es dérouté-es par rapport aux propos ou comportements de certaines femmes ayant des repères différents des leurs sur le plan des valeurs ou des représentations. Il peut alors être difficile de parvenir à une compréhension mutuelle et de déterminer comment agir, dans un contexte moins familial.

Ça me choquait, au début, qu'une femme consulte son conjoint sur la contraception. Puis je me suis dit, ben non, si ça facilite les choses pour elle d'en parler avec son conjoint c'est ok. Ça peut heurter, paraître qu'elle demande la permission, mais on peut voir ça comme un partage de la charge contraceptive, d'impliquer le partenaire. (Équipe infirmière du CSFM)

Une femme m'a déjà demandé lors d'une pré-rencontre si elle était encore vierge, alors qu'elle venait pour un avortement. J'avais parlé en disant que la virginité était un concept social et que si elle se considérait encore vierge, c'est ok. (Équipe infirmière du CSFM)

Des conflits de valeurs ou de représentations peuvent ainsi avoir un impact sur le déroulement des soins (concernant les pratiques, les procédures de soin ou les rôles). Face à ces enjeux, le cadre de référence à partir duquel on pose un regard sur la situation peut être exprimé, tout en reconnaissant le droit de ne pas partager les mêmes repères⁷⁵. Ceci peut permettre de rétablir un climat de confiance, en autorisant la personne à nommer également ses repères, ce qui est important pour elle, ou ce qui représente un obstacle. À titre d'exemple, l'usage de la contraception peut être vu comme un indicateur de conduites sexuelles jugées répréhensibles : « une femme voulait une contraception, et son compagnon a fait une crise, il ne voulait pas qu'elle prenne la contraception parce que à ses yeux ça signifiait la trahison, l'infidélité » (Équipe infirmière du CSFM). Dans ce type de situation, une avenue possible serait de mentionner que dans son propre cadre de référence, la contraception au sein d'un couple monogame représente simplement un moyen d'éviter des grossesses non planifiées. Ceci peut permettre de proposer un autre regard, tout en reconnaissant l'existence de manières différentes de percevoir les pratiques contraceptives.

En contexte de rencontre interculturelle, il est souvent utile de faire preuve de souplesse, face à des réactions ou des demandes peu habituelles. À titre d'exemple, l'équipe du CSFM a rapporté la situation d'une femme qui refusait de remplir un formulaire visant à obtenir des informations sur les pratiques sexuelles : « elle avait un grand inconfort, elle ne voulait pas regarder les questions car c'était tabou, elle ne voulait rien savoir. » Dans cette situation, la procédure habituelle a été mise de côté, en remplaçant la complétion du formulaire par une discussion avec la soignante. Une situation potentiellement déstabilisante ou conflictuelle a ainsi été désamorcée, en tenant compte de l'inconfort manifesté par cette femme pour adapter le protocole de soins généralement suivi.

Enfin, la validation d'une bonne compréhension de l'information (sans présumer une ignorance) permet de s'assurer que la littératie en santé sexuelle et reproductive des femmes est suffisante pour bien saisir les explications données. De manière plus globale, s'assurer de la qualité de la communication est important pour le bon déroulement des soins en contexte interculturel.

⁷⁵ Si les actes anticipés par une personne ne respectent pas les droits et libertés en vigueur au Québec (telles que les mutilations génitales, en particulier), en soulevant des enjeux pour l'intégrité ou la sécurité d'une personne identifiable, les repères déontologiques d'un ordre professionnel seraient à mobiliser relativement au maintien de la confidentialité.

J'étais déstabilisée car le fossé était immense, entre ses croyances et les connaissances que je voulais lui transmettre... J'ai figé, je ne savais pas d'où partir, quoi dire, pour parler de contraception, d'éducation sexuelle sur la fertilité. Il y avait un double obstacle : la langue et l'éducation sexuelle. (Équipe infirmière du CSFM)

Pendant la consultation, il faut établir une bonne communication interculturelle. S'il n'y a pas une bonne communication, ça va créer un obstacle énorme à l'adhésion aux soins. (Équipe de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux)

Il y en a qui arrivent de pays où c'était tabou, la contraception, alors on a tout un enseignement même au niveau biologique à expliquer, mais on prend le temps. C'est long, mais on le prend et on y va avec ce qu'elle a le goût de connaître aussi. (...) On va partir de ce qu'elle vit, sans plan de match en tête parce que c'est mieux de partir de ses propres perceptions, c'est à partir de ça qu'on peut bâtir quelque chose de positif. (Julie Villeneuve, infirmière en CLSC)

En cas de représentations entrant en conflit avec les consensus scientifiques en matière de santé sexuelle et reproductive, il peut être délicat de remettre en cause la vision de la personne sans briser le lien de confiance. Pour autant, ces connaissances peuvent s'avérer indispensables à l'exercice d'une autonomie au plan procréatif. Face à ces situations délicates, la confrontation directe des représentations de la personne peut être évitée en transmettant de nouvelles informations que la personne pourra s'approprier, en les faisant coexister avec ses représentations antérieures ou en remaniant progressivement ses conceptions sur la santé reproductive. Sans chercher à "défaire des croyances", demander comment les renseignements transmis sont perçus (« qu'est-ce que vous en pensez? ») donne la possibilité aux personnes de nommer leurs réticences ou objections, afin d'en tenir compte en comprenant l'univers de sens d'où elles proviennent. Là encore, il est opportun de laisser cheminer la réflexion, en transmettant des documents de référence ou en recommandant des sites web qui pourraient être consultés ultérieurement.

2. Des compétences généralistes revêtant une importance particulière en contexte interculturel

Au-delà des aspects favorisant la sécurisation culturelle identifiés plus haut, d'autres compétences plus généralistes sont utiles, lorsque deux personnes porteuses de cultures différentes se rencontrent. Si celles-ci sont profitables en tout temps, elles peuvent être particulièrement importantes face aux défis communicationnels posés par l'interculturalité et, de surcroît, la barrière de la langue pour certaines femmes immigrantes.

→ Les compétences relationnelles favorisant une bonne communication

La qualité de la communication est essentielle au bon déroulement des soins, tant au plan technique qu'au plan éthique. Il est en effet crucial de disposer des informations utiles pour orienter l'action, du côté des soignant-es, et pour prendre des décisions éclairées, du côté des récipiendaires des soins. Afin de favoriser une bonne communication, l'équipe du CSFM a mis de l'avant l'importance de prendre soin de la personne, et pas seulement du corps, en adoptant une approche empathique. Ceci peut impliquer un recours accru au non-verbal quand la parole est empêchée, par exemple, en vue de rassurer les femmes.

Quand je suis face à une femme qui ne parle pas une langue que nous comprenons, je me dis que ça doit être angoissant pour elle de vivre un avortement, entourée de gens avec qui il est impossible de communiquer. Je fais attention de transmettre beaucoup de douceur, d'être rassurante pour ne pas rendre la situation plus inquiétante qu'elle ne l'est. (Équipe infirmière du CSFM)

Les problèmes de barrière de la langue, ça arrive régulièrement et c'est toujours difficile car tu sens que tu n'arrives pas à donner tout ce que tu pourrais donner. Mais je pense qu'on arrive à transmettre la bienveillance avec le non verbal. (Équipe infirmière du CSFM)
Elle peut me parler de religion, et je l'aide à accepter, dans le non-jugement. Ce n'est pas la fin du monde, c'est juste une page de ta vie. (Équipe accueil du CSFM)

L'accompagnement émotionnel, par le biais de la normalisation des sentiments éprouvés ou de la déculpabilisation vis-à-vis du fait que les femmes privilégient leurs propres besoins, fait également partie du registre des compétences relationnelles qui optimisent la confiance et la communication.

→ Prendre le temps nécessaire pour s'assurer d'une bonne transmission de l'information, de sa compréhension et de la validation des options choisies

Tout comme les femmes interrogées dans notre phase de recherche qualitative, l'équipe du CSFM a souligné l'importance de prendre tout le temps nécessaire quand elle intervient auprès de femmes immigrantes. Ce principe est valable quelle que soit la population visée par les soins, mais il est un vecteur important pour adapter les pratiques aux réalités des néo-Québécoises.

Compte tenu des différents enjeux relevés précédemment (méconnaissance du système de santé, possible manque de littératie en santé reproductive, défis communicationnels, fragilité du lien de confiance, etc.), se donner le temps de valider que toutes les informations utiles ont été transmises et comprises soutient une qualité des soins.

Il est utile de se donner le temps de dialoguer, pendant la rencontre, mais aussi de laisser les femmes faire un cheminement, si elles ne sont pas prêtes à prendre une décision sur le moment. L'intégration de nouvelles informations peut nécessiter une prise de recul, et le fait d'avoir plusieurs interlocuteurs favorise un processus réflexif qui, lui aussi, soutient l'autodétermination des femmes.

On a toutes notre rôle à jouer dans l'intervention, le fait qu'il y ait plusieurs intervenantes avec chacune son discours, c'est un plus, car certains discours touchent plus les femmes que d'autres. (Équipe infirmière du CSFM)

Je voyais que la femme avait pris le stérilet, j'étais surprise car je lui en avais parlé 20 minutes en pré-rencontres et elle n'en voulait pas. J'ai réalisé que ce que je lui ai dit, ça a fait un bout de chemin, puis avec le temps et en en parlant avec quelqu'un d'autre, ça avait cheminé encore. Les choses bougent, les femmes changent d'idée. (Équipe infirmière du CSFM)

Quand le médecin a cinq minutes pour donner une prescription de contraception et qu'on n'explique pas, on peut garantir que l'adhésion au traitement ne sera pas là. (...) Il faut vraiment prendre le temps et créer ce climat de confiance. (Équipe de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux)

À titre d'exemple, l'équipe du CSFM a mentionné recourir parfois à la stratégie de remettre plusieurs prescriptions afin que le choix d'un moyen contraceptif puisse se faire après que les femmes incertaines ont eu le temps de délibérer sur le meilleur choix pour elles-mêmes. Aussi, l'équipe a souligné l'importance de respecter les réticences et de ne pas insister dans la recommandation d'une option, même si elle semble être la meilleure à ses yeux. Les femmes peuvent en effet avoir de la difficulté à nommer certains motifs faisant obstacle à l'adoption d'une option. Dans ce contexte, pousser les femmes à aller dans le sens de l'opinion des soignant-es pourrait affaiblir le lien de confiance, qui prend appui sur le sentiment que l'autodétermination est respectée.

3. Prendre en compte la différence culturelle, sans la surestimer ni présumer des conduites et représentations de l'autre

Une approche interculturelle basée sur les caractéristiques supposées de telle ou telle communauté culturelle présente le risque que ces caractéristiques ne s'appliquent pas à la personne rencontrée. En effet, une grande variabilité existe au sein d'un même groupe culturel (Bélanger, 2003 ; Massé, 2017), compte tenu de positions sociales distinctes (milieu favorisé ou pas, niveau de scolarité, type d'emploi, secteur d'habitation, etc.) et d'expériences singulières pouvant conduire une personne à mettre à distance des normes sociales communément partagées au sein d'un groupe. Par ailleurs, il est à considérer qu'une personne née à l'étranger est influencée par sa société d'accueil : le processus d'acculturation (Berry, 2015) tend à

rapprocher les représentations et valeurs des personnes immigrantes et de celles qui sont nées dans la société à laquelle appartiennent désormais les néo-Québécois-es.

Ainsi, il est important de ne pas présumer de ce qu'une personne fait ou pense sur la base de son appartenance ethnoculturelle. De plus, tel que mentionné dans le guide *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux*⁷⁶ élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Ouimet *et al*, 2021), le risque de « folkloriser » une communauté culturelle existe, si on lui attribue des caractéristiques générales – qui sont le plus souvent issues de stéréotypes.

Il ne faut pas prendre pour acquis que, parce qu'elle vient de tel groupe, elle va penser ou réagir comme ça. (...) Qu'elle vienne d'ici ou d'ailleurs, on part avec ce même esprit de commencer avec ce qu'elle est, ce qu'elle vit. C'est peut-être ce qui fait qu'on est plus sensible à ça, ne pas aller dans les stéréotypes. (Julie Villeneuve, infirmière en CLSC)

La question qui guide ma pratique, c'est : « comment faire pour intervenir le mieux possible face à la femme qui est devant moi, pour répondre à ses besoins, pour l'accompagner dans ce qu'elle vit », c'est un questionnement qui est tout le temps là. Après, oui j'ai des peurs de les froisser, d'avoir des préjugés, qu'on se comprenne moins bien. (Eugénie Loslier-Pellerin, infirmière en milieu scolaire)

L'optique de sécurisation culturelle (Curtis *et al*, 2019) vise à éviter la folklorisation, en ayant une approche centrée sur la personne qui repose sur l'écoute et l'ouverture par rapport à ce qu'elle dit elle-même de ses besoins et de ses souhaits. Lorsque les réactions ou propos d'une personne suscitent de l'étonnement, voire un choc culturel, ces évènements peuvent être vus comme une opportunité de prendre conscience de son propre bagage culturel (Ouimet *et al*, 2021). Plutôt que de mettre l'accent sur la différence culturelle de l'autre, il s'agit alors

⁷⁶ Ce guide concerne la sécurisation culturelle des pratiques avec les populations autochtones, mais l'approche préconisée dans ce document peut être transférée en contexte interculturel (Mkandawire-Valhmu, 2018 ; Osei-Twum *et al*, 2019).

d'identifier quels référents ou valeurs propres sont questionnés par une attitude qui nous déstabilise.

Tout en prenant en compte la diversité culturelle, la recherche d'un équilibre entre la reconnaissance des différences et la recherche de points de rencontre est à privilégier. Si la différence est surestimée, la compréhension mutuelle devient plus difficile : on ne sait plus comment communiquer ni comment trouver les bases d'une identification à l'autre, qui est nécessaire pour une attitude empathique (Puccini *et al.*, 2022). Si la différence est sous-estimée, les réalités spécifiques des personnes deviennent invisibles et le lien de confiance peut être affaibli, car les conditions de vie ou la vision du monde qui sous-tendent les conduites ne sont pas reconnus.

En outre, l'approche de sécurisation culturelle accorde une importance à la reconnaissance du différentiel de pouvoir qui caractérise la rencontre (Curtis *et al.*, 2019 ; Ouimet *et al.*, 2021), tant en raison des places différentes occupées au sein de l'institution où les services sont offerts (Gonin et Jouthe, 2012) qu'en raison du statut d'immigration – qui peut de surcroît se doubler du fait d'appartenir à des groupes discriminés.

Il faut faire un travail d'introspection par rapport à nos biais, à nos préjugés, nos rapports de pouvoir, en tant que soignante, on a toujours des rapports de pouvoir par rapport aux personnes devant nous.
(Eugénie Loslier-Pellerin, infirmière en CLSC)

En somme, la sécurisation culturelle incite à une certaine prudence dans l'interprétation des conduites et propos des personnes issues d'une autre culture, pour rester au plus près de ce que les personnes disent concernant leurs souhaits, ou leurs craintes. Elle vise donc en premier lieu à favoriser l'expression des motivations de la personne et l'identification des contraintes qui peuvent y faire obstacle, afin de tenir compte de ces aspects dans les pratiques de soin.

Conclusion

1. Principaux constats issus de notre recherche

→ L'importance de prendre en compte la variable de l'immigration

Les résultats issus de la phase quantitative mettent en évidence que la variable de l'immigration est une variable à considérer en soi, parallèlement aux enjeux socioéconomiques, de discrimination raciale ou de barrière de la langue. Les analyses statistiques que nous avons réalisées à partir de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, qui est représentative de la population des femmes susceptibles d'utiliser une contraception⁷⁷, montrent que le fait d'avoir eu un parcours migratoire est corrélé à une moindre utilisation de la contraception, quel que soit le moyen employé. Elles montrent également que les femmes immigrantes ont moins recours à la contraception féminine médicalisée que les femmes nées ici. De plus, la variable de l'immigration module les effets d'autres variables : l'âge, le niveau de revenu et le niveau de scolarité. En effet, les néo-Québécoises de plus de 35 ans et celles ayant un faible revenu sont beaucoup moins susceptibles d'utiliser la contraception que les Québécoises nées au Canada. Par contre, l'usage d'une contraception n'est pas lié au niveau de scolarité pour les femmes immigrantes, alors que ce facteur est déterminant pour les femmes nées au Canada.

L'importance de la variable de l'immigration, au niveau des pratiques contraceptives, peut se comprendre sous différents angles qui seront développés dans les points ci-après.

→ L'enjeu de l'accès à l'information

Les témoignages recueillis dans le cadre de la phase qualitative de la recherche mettent en évidence qu'il est difficile pour les femmes immigrantes d'accéder à l'information concernant les différentes méthodes contraceptives. En amont, l'information sur les parcours de soins – qui permettent ultimement d'être informées sur les méthodes – est jugée déficiente : la complexité du système de santé québécois a été mentionnée à maintes reprises. La méconnaissance de son fonctionnement est considérée comme un obstacle majeur à l'accès au *counseling* en

⁷⁷ À l'exception des femmes vivant en milieu institutionnel ou dans une réserve indienne – cf. section méthodologique du chapitre 3 pour plus de détails.

contraception. Or, ce dernier est essentiel pour obtenir les informations utiles permettant d'effectuer des choix éclairés en vue de contrôler la fécondité.

→ Les problèmes d'accès aux soins

Les problèmes d'accès aux soins pour l'ensemble de la population (François et Audrain-Pontevia, 2020) sont régulièrement dénoncés⁷⁸, au Québec, mais ceux-ci sont encore plus importants pour la population immigrante (Dubé-Linteau *et al.*, 2013). Il n'est donc pas surprenant que les femmes interrogées dans le cadre de notre recherche en témoignent également. Les écarts importants dans le recours à la contraception féminine médicalisée, entre néo-Québécoises et Québécoises nées au Canada, peuvent en partie se relier à ces enjeux d'accès aux soins. La plus grande fréquence de représentations négatives de la contraception orale chez les femmes immigrantes observée dans l'étude de Wiebe (2013), pourrait ainsi se relier à la difficulté à obtenir des informations à ce sujet de la part de professionnel·les de santé. Le manque de littératie en santé sexuelle et reproductive, rapporté tant par nos participantes que celles de l'étude de Wiebe, peut également être rapporté à des opportunités moins fréquentes d'échanger avec des soignant·es. En effet, si les milieux familial et scolaires jouent un rôle important pour les jeunes femmes, les professionnel·les de santé contribuent à l'éducation en santé sexuelle et reproductive tout au long de la vie des femmes.

→ Un lien de confiance et une qualité des soins à développer

Les entretiens réalisés avec des femmes immigrantes arrivées au Québec il y a moins de 10 ans montrent qu'il est plus difficile de se sentir en confiance, dans un nouveau contexte où les manières de faire et normes sociales diffèrent de celles auxquelles on est habitué. Il peut donc être plus difficile de faire des démarches d'accès aux soins, surtout si cela implique d'aborder le sujet intime de la sexualité et de la procréation. Ce lien de confiance est d'autant plus ténu que des expériences négatives ont pu être vécues au préalable, en raison du recours à des préjugés par des soignant·es, ou de conduites discriminatoires (Machado *et al.*, 2021). Plusieurs recherches internationales mettent en évidence que le manque d'habiletés interculturelles est un obstacle au bon déroulement des soins de santé reproductive (Betancourt *et al.*, 2013 ; Degni *et al.*, 2012 ; Dias *et al.*, 2010 ; Ilami et Winter, 2020 ; Mengesha *et al.*, 2017). Les

⁷⁸ <https://www.journaldemontreal.com/2022/05/02/laces-aux-soins-critique-par-les-medecins>

femmes interrogées ont mentionné avoir vécu des expériences négatives sur le plan de la qualité des soins relatifs à la contraception, altérant ainsi leur lien de confiance vis-à-vis du système de santé et leur volonté de recourir à des services.

→ Des facteurs structurels de risque de grossesse non planifiée régulièrement associés au fait d'avoir eu un parcours migratoire

Plusieurs facteurs associés au fait d'avoir eu un parcours migratoire créent des situations de vulnérabilité généralement corrélées à un plus grand risque de grossesse non planifiée. Ces dernières surviennent plus fréquemment chez les femmes ayant de faibles revenus (Dunn *et al.*, 2019 ; Finer et Zolna, 2016) et en contexte d'isolement social (Black *et al.*, 2020 ; Oster, 2013) – ces facteurs étant également corrélés au fait d'être immigrante. L'appartenance à des groupes racisés, pour une partie de la population immigrante, est également un facteur associé à un plus grand risque de grossesse non planifiée (Henshaw, 1998 ; Wu *et al.*, 2008). Il est notable que les facteurs de faible revenu et d'isolement social sont, tout comme l'immigration récente, des variables qui sont corrélées à un moindre accès aux soins (Dubé-Linteau *et al.*, 2013).

Au regard de l'intersection de ces différents facteurs, la dimension culturelle ne doit pas être surestimée (Viruell-Fuentes *et al.*, 2012), car les problématiques d'accès aux soins contraceptifs pour les femmes immigrantes sont étroitement liés à des facteurs structurels bien connus au niveau de l'analyse des inégalités de santé. Cette prise en compte intersectionnelle (Carde, 2021) des différentes dimensions liées aux pratiques contraceptives est importante pour ne pas "culturaliser" le facteur de l'immigration, c'est-à-dire de ne pas interpréter principalement les conduites comme résultant d'une appartenance culturelle. En effet, nous avons pu constater que les conditions de vie et la situation sociale s'avèrent déterminants, en interaction avec la variable de l'immigration. Les incidences de cette dernière ne peuvent donc être réduites à des enjeux interculturels. Ainsi, s'il est important que les soignant-es soient conscient-es que leurs repères culturels peuvent différer de ceux de personnes immigrantes, il est tout aussi important de tenir compte de leur situation économique et sociale, qui influence fortement les parcours de soins.

2. Pistes d'action

Au regard des principaux constats que nous avons dégagés, plusieurs pistes d'action peuvent être identifiées pour améliorer l'accessibilité de la contraception pour les femmes immigrantes souhaitant exercer un contrôle sur leur fécondité. Ces pistes se situent à différents niveaux : celui des pratiques, mais aussi au niveau de l'organisation et des politiques de santé. Nous commencerons par le niveau d'action collectif, avant de résumer les principaux moyens pouvant être mis en œuvre au niveau interpersonnel des pratiques.

2.1. Au niveau de l'organisation et des politiques de santé

→ Améliorer l'accessibilité et la qualité du counseling en matière de contraception

De manière générale, l'offre de services de *counseling* spécialisé en matière de contraception est limitée, pour les femmes de plus de 25 ans⁷⁹. Les femmes qui ont recours à l'avortement peuvent recevoir de l'information concernant les méthodes contraceptives, mais il serait préférable de prévenir davantage les grossesses non planifiées.

En effet, une consultation médicale en clinique sans rendez-vous permet difficilement de réaliser un *counseling* de qualité : celui-ci requiert de transmettre des informations sur diverses méthodes et de connaître minimalement les contextes de vie des femmes, ce qui dépasse le temps généralement imparti à une consultation (sans tenir compte de la durée plus longue pour intervenir auprès d'une population immigrante – cf. Battaglini 2007). Or, en 2010-2011, 37% seulement des immigrant-es récent-es avaient un médecin de famille (vs. 81% pour les Québécois-es né-es au Canada, Dubé-Linteau *et al.*, 2013⁸⁰).

Par ailleurs, la possibilité d'obtenir une prescription par un-e infirmier-e, qui n'existe que depuis 2018, semble encore largement méconnue par les femmes immigrantes, car aucune de nos participantes ne l'a mentionné. Cette solution est pourtant pertinente pour obtenir un *counseling* spécialisé, compte tenu de la formation particulière suivie par les infirmier-es

⁷⁹ Les services de planification familiale offerts en CIUSSS et CISSS sont généralement destinés aux personnes moins de 25 ans.

⁸⁰ Il n'y a malheureusement pas de données plus récentes à ce sujet, selon les recherches que nous avons réalisées.

habilité-es à prescrire une contraception faisant l'objet d'un encadrement médical (contraception orale, stérilet, ou autre).

Globalement, l'offre de services publics et communautaires dédiés à la planification familiale pour les femmes de plus de 25 ans gagnerait à être développée, en tenant compte des réalités de la population immigrante.

→ Prendre en compte les réalités de la population immigrante dans l'organisation des services

En premier lieu, les outils manquent pour faire connaître aux nouvelles arrivantes les moyens d'accéder à un *counseling* en matière de contraception. La création de brochures et la disponibilité d'informations en ligne pourraient contribuer à clarifier les parcours de soins permettant d'obtenir des conseils. La diffusion de ces outils pourrait prendre appui sur les organismes communautaires et les réseaux des communautés culturelles, afin de faire circuler l'information.

En second lieu, il serait utile de reconnaître le temps supplémentaire requis pour des soins se déroulant dans un contexte interculturel : il peut aller jusqu'à 40% de plus lorsqu'une barrière de la langue, selon le rapport établi par Battaglini pour la Direction de santé publique et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2007). Dans le même ordre d'idées, il s'agirait de développer les moyens de lever la barrière de la langue (documentation traduite, équipes polyglottes, interprétariat).

En troisième lieu, les organismes publics et communautaires pourraient prendre appui sur l'optique de sécurisation culturelle actuellement promue pour les populations autochtones (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021), afin que les grands principes de cette approche soient également mis en œuvre avec la population immigrante. Les fondements de l'approche de sécurisation culturelle sont en effet valables pour l'interculturalité liée à un parcours migratoire, compte tenu de certains enjeux similaires (visions du monde et systèmes de valeurs potentiellement distincts, situation économique et sociale plus souvent précaires, relations possiblement influencées par des préjugés ou des logiques discriminatoires, pour ne nommer que certains de ces enjeux). L'application de ces principes au niveau interpersonnel, dans les pratiques, sera développée dans la prochaine section.

2.2. Au niveau des pratiques

→ Adapter les pratiques aux réalités spécifiques des néo-Québécoises et viser une sécurisation culturelle

Au fil de ce rapport, il a été mis en évidence que les néo-Québécoises sont plus touchées par la précarité économique et sociale : elles sont plus nombreuses à être dans des ménages à faible revenu et à vivre de l'isolement. Par ailleurs, elles sont également plus susceptibles de faire partie d'un groupe racisé : 65% des immigrant-es appartiennent à une minorité visible, la proportion étant de 30% pour les Québécois-es nés-es au Canada (ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, 2015). Finalement, la barrière de la langue, pour une partie des femmes immigrante, est également un facteur de précarité au plan social. Compte tenu de ces réalités, il est important de prêter attention aux contextes de vie des femmes immigrantes, qui jouent un rôle déterminant dans les parcours de soins : ces facteurs sont associés aux inégalités de santé.

Parallèlement à la prise en compte de ces dimensions structurelles, la dimension culturelle est également à considérer. Cependant, il ne s'agit pas de "culturaliser" les situations ou comportements des femmes, c'est-à-dire de les interpréter principalement selon leur appartenance culturelle, car il existe une diversité de points de vue, de conduites et de valeurs au sein d'un même groupe culturel. Il n'est donc pas possible de prédire ce que pense ou ce que veut une personne en fonction de son origine culturelle. L'approche de sécurisation culturelle vise à reconnaître cette diversité intragroupe, tout en prenant en considération les différences interculturelles pouvant susciter des incompréhensions ou malentendus.

Dans cette optique, un principe-clé est l'écoute des besoins et demandes de la personne, sans présumer de ses caractéristiques à partir de son appartenance sociale, culturelle, ethnique ou religieuse. Par ailleurs, il s'agit également de prendre en compte le différentiel de pouvoir existant dans une relation de soin, en vue de rééquilibrer ce lien asymétrique (Zielinsky, 2017)⁸¹. L'accès à l'information sur la contraception et sa prescription (le cas échéant, pour une contraception médicalisée) dépend en effet des compétences, savoirs et actes professionnels des soignant-es. Leur action vise ultimement le bien-être des femmes, mais il faut toutefois qu'un lien de confiance soit établi pour avoir l'assurance qu'un soin est réalisé dans son meilleur intérêt, et c'est pourquoi l'établissement de ce lien est essentiel pour la qualité des soins.

⁸¹ Il y a, bien entendu, le pouvoir de prescrire ou pas, mais aussi le pouvoir associé à la maîtrise de certaines connaissances et à l'autorité conférée par le rôle joué au sein d'une institution (Zielinsky, 2017).

→ Des compétences généralistes particulièrement importantes en contexte interculturel

Les entretiens de recherche réalisées avec des néo-Québécoises ont amplement souligné l'importance de développer un lien de confiance, pour aborder les questions intimes liées à l'usage de la contraception. Se sentir écoutées et considérées, dans les interactions de soin, a été décrit comme un vecteur primordial d'une bonne communication – celle-ci étant indispensable pour atteindre les buts des soins, mais aussi pour développer une relation marquée par la confiance. Cette dernière repose plus particulièrement sur la conviction que les mêmes objectifs sont poursuivis, cette dernière pouvant être plus fragile en contexte interculturel. L'empathie, l'ouverture et le dialogue jouent donc un rôle crucial pour établir des bases relationnelles propices au bon déroulement des soins, ce qui a également été mis de l'avant par l'équipe infirmière du Centre de santé des femmes de Montréal.

Un autre aspect souligné par cette équipe soignante concerne le fait de se donner tout le temps nécessaire pour transmettre des informations et valider leur bonne compréhension, compte tenu du contexte interculturel et de la barrière de la langue pour certaines femmes. Laisser aux femmes le temps de la réflexion, pendant ou après la consultation, s'avère aussi utile pour respecter leur autodétermination, ou autrement dit leur cheminement par rapport à la contraception – qui renvoie à des choix de vie importants.

En effet, la question de l'usage ou non d'une contraception, et laquelle, est multidimensionnelle : elle renvoie aux projets de vie, aux liens amoureux et familiaux, à la sexualité mais aussi à la situation économique et sociale des femmes, avant d'être un soin. Le contrôle de la fécondité est ainsi un levier important de l'autonomie des femmes, que le *counseling* en contraception peut soutenir, en étant à l'écoute de leurs souhaits et conditions de vie.

Bibliographie

Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L. et Linares-Abad, M. (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive Health*, 12, 1-10. <https://doi:10.1186/s12978-015-0071-2>

Battaglini, A. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate [Rapport]. Direction de santé publique et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/lintervention-de-premiere-ligne-a-montreal-aupres-des-personnes-immigrantes-estime-des-ressources/>

Bélangier, A. et S. Gilbert (2003). *La fécondité des immigrantes et de leurs filles nées au Canada* [Rapport]. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/91-209-X20020009227>

Bélangier, M. (2003). L'intervention interculturelle: une recherche de sens et un travail du sens. *Service Social*, 49(1), 70-93. <https://doi.org/10.7202/006878ar>

Berry, J. W. (2015). Acculturation. Dans J. E. Grusec et P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (p. 520-538). The Guilford Press.

Betancourt, G. S., L. Colarossi et Perez, A. (2013). Factors associated with sexual and reproductive health care by Mexican immigrant women in New York City: a mixed method study. *J Immigr Minor Health*, 15(2), 326-333.

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosh, M., Norman, W. V., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M. S., et Whelan, A. M. (2015). Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 37(10), 936-942. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30033-0](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30033-0)

Black, A., Costescu, D., Guilbert, E., Dunn, S., Norman, W. V., Trouton, K., ... & Blake, J. Consensus sur la contraception: Mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux [Lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada]. https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf

Blackstone, S. R., Nwaozuru, U., et Iwelunmor, J. (2017). Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *International Quarterly of Community Health Education*, 37(2), 79-91. <https://doi.org/10.1177/0272684X16685254>

Carde, E. (2021). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, 39(1), 5-30.

Cohen-Emerique, M. (2015). Le choc culturel : révélateur des difficultés des travailleurs sociaux intervenant en milieu de migrants et réfugiés. *Politiques Sociales*, 2(3-4), 76-87.

Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>

Degni, F., Suominen, S., Essen, B., El Ansari, W. et Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of [corrected] Somali women living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health* 14 (2), 330-43. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9465-6>.

Dias, S., Gama, A., et Rocha, C. (2010). Perspectives of African and Brazilian immigrant women on sexual and reproductive health. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*, 15(4), 255-63. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.497232>.

Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Levesque, J.-F., Lecours, C. et M.-E. Tremblay (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois (Volume 2) [Rapport]. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-lexperience-de-soins-2010-2011-le-medecin-de-famille-et-lendroit-habituel-de-soins-regard-sur-lexperience-vecue-par-les-quebecois-volume-2.pdf>

Dunn, S., Xiong, A. Q., Nuernberger, K., et Norman, W. V. (2019). 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*, 41(1), 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.05.021>

Finer, L. B., et Zolna, M. R. (2016). Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008–2011. *New England journal of medicine*, 374(9), 843-852.

Foran, T. (2019). Contraception and the media: lessons past, present and future. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 24(1), 80–82. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1563067>

François, J. et Audrain-Pontevia, A.-F. (2020). La santé numérique : un levier pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé au Québec. *Revue Organisations & territoires*, 29(3), 41–55. <https://doi.org/10.1522/revueot.v29n3.1196>

Gele, A. A., Musse, F. K., Shrestha, M., et Qureshi, S. (2020). Barriers and facilitators to contraceptive use among somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *Plos One*, 15(3), 0229916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229916>

Gonin, A. et E. Jouthe (2013). Éthique et travail social. Enjeux, concepts et aspects méthodologiques. Dans E. Harper et H. Dorvil (dir.), *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques* (p. 69-88). Presses universitaires du Québec.

Gonin, A., Lespérance, P., Zennia, S. et Centre de santé des femmes de Montréal (2023a). Accès à la contraception et l'avortement pour les femmes immigrantes au Québec : Quels leviers et obstacles à l'autonomie procréative, du point de vue des néo-Québécoises ? Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours*

migratoire [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Gonin, A., Lévesque, S., Centre de santé des femmes de Montréal et Dubois, C. (2023b). Pratiques contraceptives selon le statut d'immigration : Une analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Götmark, F. et Andersson, M. (2020). Human fertility in relation to education, economy, religion, contraception, and family planning programs. *BMC Public Health*, 20, 265 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8331-7>

Helström, L., Odling, V., Zätterström, C., Johansson, M., Granath, F., Correia, N., et Ekblom, A. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 31(6), 405-410. <https://doi.org/10.1080/14034940210165181>

Henshaw, S. K. (1998). Unintended Pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives*, 30(1), 24–46. <https://doi.org/10.2307/2991522>

Ilami, A., et Winter, S. (2020). Iranian Migrants' Lived Experiences of Access to Sexual and Reproductive Healthcare Services in Western Australia: A Conventional Content Analysis. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00478-2>

Machado, S., Wiedmeyer, M., Watt, S. et al. (2021). Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008–2018). *J Immigrant Minority Health*. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w>

Mkandawire-Valhmu, L. (2018). *Cultural Safety, Healthcare and Vulnerable Populations: A Critical Theoretical Perspective*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315708706>

Massé, R. (2017). L'éthique de l'intervention face à la pluralité des moralités et aux rapports de pouvoir. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 28(2), 123–137. <https://doi.org/10.7202/1041183ar>

Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K. R., et Chinichian, M. (2007). Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 183-186. <https://doi.org/10.1007/BF03403709>

Médecins québécois pour le régime public (2018). *La santé pour tous et toutes, sans exception! Étude des barrières à l'accès au système de santé public Québécois* [Rapport]. https://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Rapport_MGRP_2018_La-sante%CC%81-pour-tous-et-toutes-sans-exception-3.pdf

Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., Ussher, J., et Smith Fawzi, M. C. (2017). Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: a socio-ecological analysis of health care professional perspectives. *Plos One*, 12(7), 0181421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181421>

Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (2015). *Recueil de statistiques sur l'immigration et la diversité au Québec* [Rapport] Direction de la recherche et de l'analyse prospective du ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA_ImmigrDiversite_Politique.pdf

Ministère de la santé du Canada (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada* [Rapport]. Presses officielles du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-santecanada-sommaire-executif.html>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit [Rapport]. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003056/>

Moukrim, S. (2017). Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de la santé. Dans J. Beacco, H. Krumm, D. Little et P. Thalgott (dir.), *L'intégration linguistique des migrants adultes: Les enseignements de la recherche* (p. 337-344). De Gruyter Mouton. <https://doi.org/10.1515/9783110477498-046>

Newbold, B. K. et Willinsky, J. (2009). Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perceptions of healthcare providers. *Culture, Health et Sexuality*, 11(4), 369–382. <https://doi.org/10.1080/13691050802710642>

Osei-Twum, J., Pulfer, E., & Banerjee, A. T. (2019). Exploring the applicability of indigenous cultural safety to immigrant health research. Dans K. B. Newbold et K. Wilson, *A Research Agenda for Migration and Health* (p.138-158). Edward Elgar Publishing.

Oster, M. L. (2013). Influence de la précarité sur l'observance de la contraception. [Mémoire pour obtenir le diplôme d'État de sage-femme, Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes]. <https://core.ac.uk/download/pdf/52194641.pdf>

Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B., Hemlin, I., et Institut national de santé publique du Québec (2013). *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies*. [Rapport]. Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2285441>.

Puccini, P., Vatz-Laaroussi, M. et Gélinas, C. (2022). La médiation interculturelle: Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques. Hoeppli.

Rossin, B. (2021). Fake news et contraception. *Sexologies*, 30(3), 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.03.003>

Schmidt, N. C., Fagnoli, V., Epiney, M., et Irion, O. (2018). Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive health*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>

Spinelli, A., Talamanca, I. F., et Lauria, L. (2000). Patterns of contraceptive use in 5 European countries. European Study Group on Infertility and Subfecundity. *American journal of public health*, 90(9), 1403–1408. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.9.1403>

Stick, M., Hou, F. et Kaida, L. (2021). La solitude autodéclarée chez les immigrants récents, les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada [Rapport]. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2021007/article/00001-fra.htm>

Street, M. C. (2009). *La fécondité des femmes immigrantes (1980-2006) : une comparaison entre le Québec et le Canada* [Rapport]. Institut national de la recherche scientifique – Centre Urbanisation Culture Société. <https://espace.inrs.ca/id/eprint/5032/1/fecondite.pdf>

Street, M. C. (2015). *La relation entre la migration et la fécondité chez des immigrantes de première génération au Québec* [Thèse de doctorat, Institut national de la recherche scientifique - Centre Urbanisation Culture Société]. <https://espace.inrs.ca/3307/>

Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 83(5), 397–404. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.021>

Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., et Abdulrahim, S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medecine*, 75(12), 2099–2106.

White, K., Ocampo, M., et Scarinci, I. C. (2017). A socio-ecological approach for examining factors related to contraceptive use among recent latina immigrants in an emerging latino state. *Women et Health*, 57(7), 872–889. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1206056>

Wiebe, E. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in Canada. *Canadian Family Physician*, 59(10), 451–5.

Wu, J., Meldrum, S., Dozier, A., Stanwood, N., & Fiscella, K. (2008). Contraceptive nonuse among US women at risk for unplanned pregnancy. *Contraception*, 78(4), 284-289.

Zennia, S., Gonin, A., Lespérance, P. et Centre de santé des femmes de Montréal (2023). Femmes immigrantes et accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative : Une recension d'écrits internationale sur l'accessibilité de la contraception. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Zielinski, A. (2017). 7. Une éthique de la relation. Dans A. Bioy (dir.), *Soins palliatifs: En 54 notions* (p. 46-51). Dunod. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/dunod.bioyv.2017.01.0046>