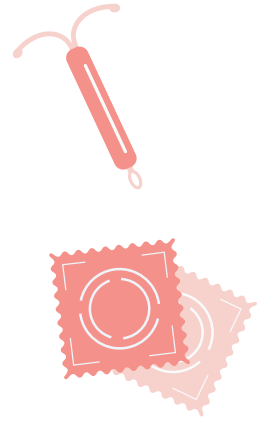


COMMENT FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS CONTRACEPTIFS POUR LES FEMMES IMMIGRANTES ?



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 soignant·es 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 immigrantes^(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**

2. Acceptabilité

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**

3. Disponibilité

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

- 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

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

4. Abordabilité

✗ L'obstacle du coût de la contraception

Le coût de la méthode oriente souvent les choix contraceptifs 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 soignant-es 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

- ✓ 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., 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, Québec, Institut de la statistique du Québec. En ligne : <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>
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 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>