

# 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

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

## 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 :

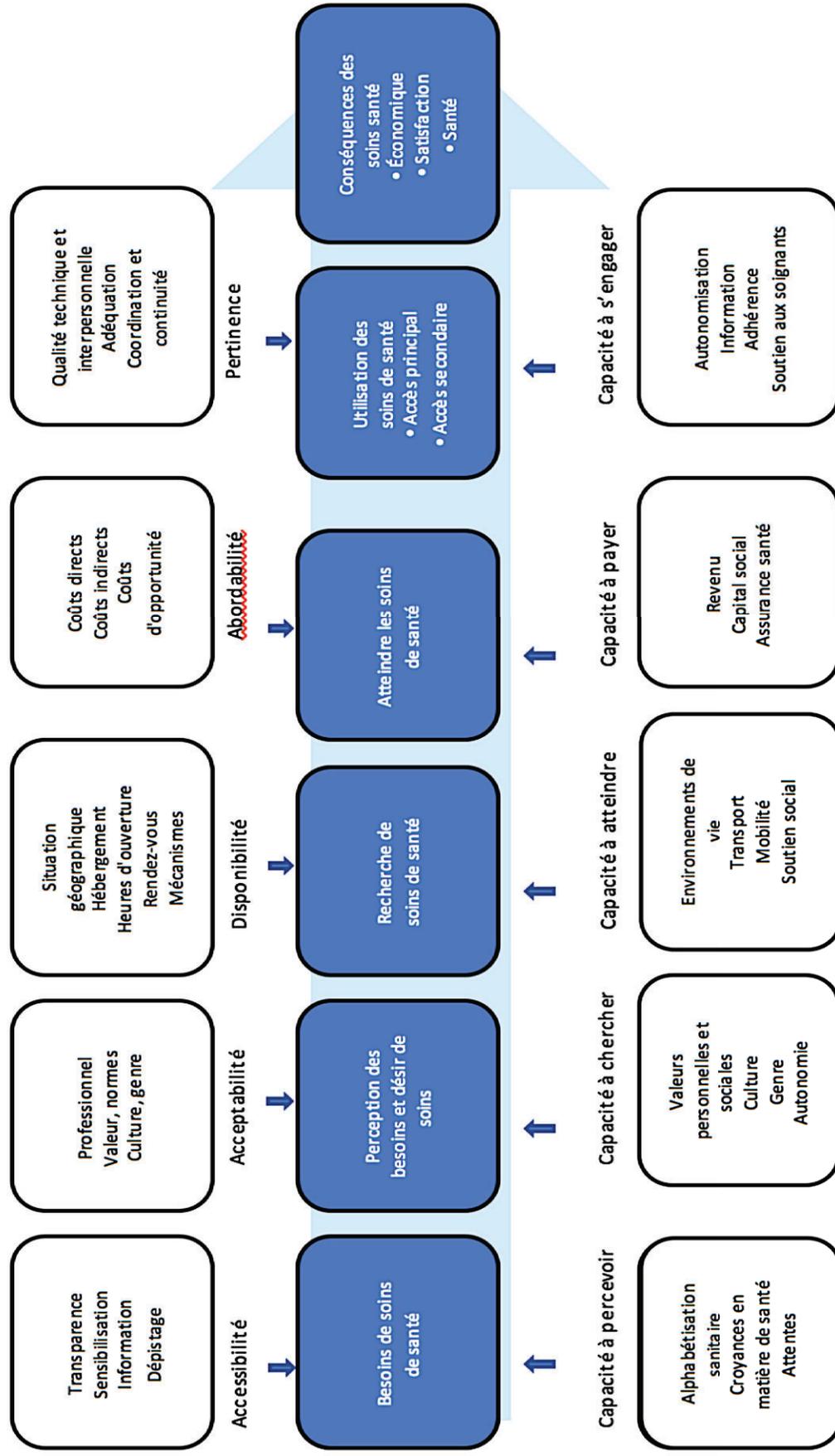
*Immigrant women presenting for abortion were less likely to be using hormonal contraception when they got pregnant, had more negative attitudes toward hormonal contraception, and had more difficulties accessing contraception before the abortion than nonimmigrant women had. The length of time spent in 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 littératie 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 Vanthuyne *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 soins<sup>5</sup> 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 indirectement<sup>6</sup> 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

---

<sup>6</sup> 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](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/10.1191/1478088706qp063oa>

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](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](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](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](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](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.