

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	Occupati on	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 . empl oi	Doctorat	Salariée	Couple sans enfant	Pas de religion
Haïti	28	2010	Visa étudiant, demande d'asile, résidence permanente	Assur . empl oi	AEC	Salariée	Couple sans enfant	Catholique
France	32	2016	PVT, visa travail fermé, en attente de résidence permanente	RAM Q	Baccalau réat	Salariée	Couple sans enfant	Pas de religion
Algérie	41	2016	Résidence permanente	RAM Q	Baccalau réat	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	Baccalau réat	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	Baccalau réat	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 :

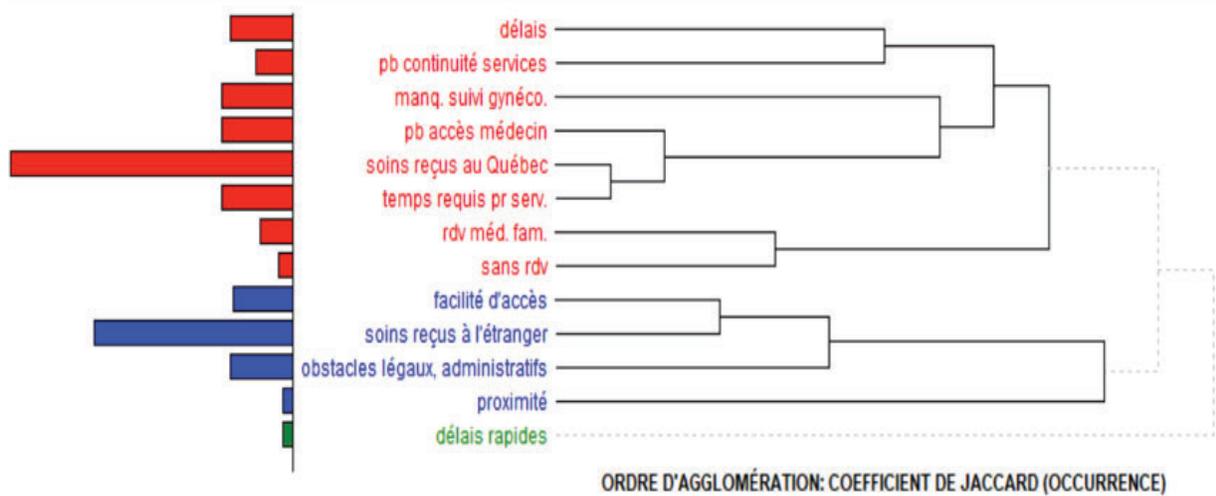
- Est-ce que ça a été facile pour vous de trouver le chemin du [organisme X], qu'est-ce qui vous a permis d'arriver jusque là?

- 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 une 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.

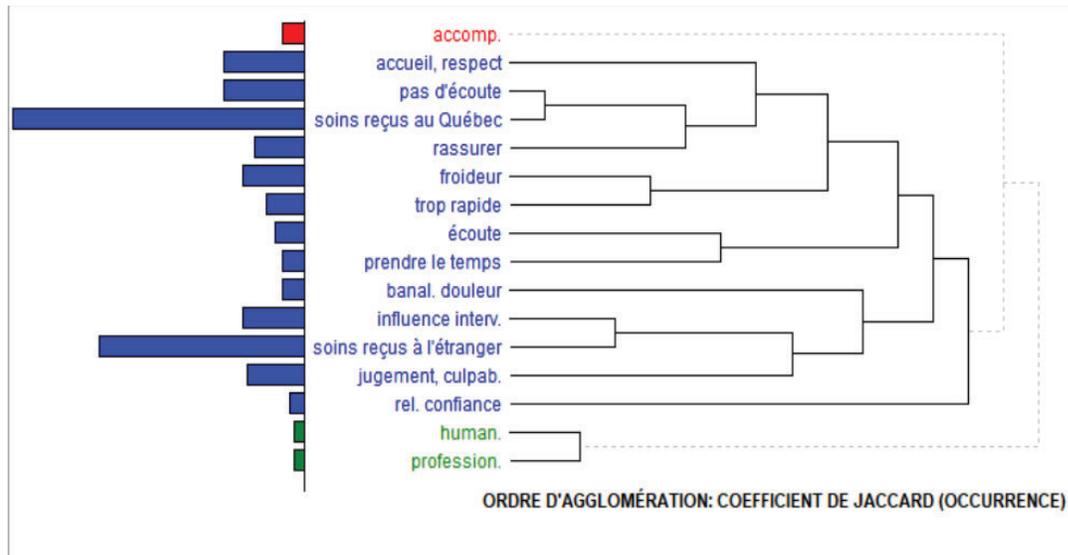
C'est vrai elles se sont vraiment occupées de moi, parce que quand j'étais allée j'étais en larmes, je n'arrivais pas. Donc ils m'ont aidé et tout. (Mme A., entretien 1)

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, 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 :

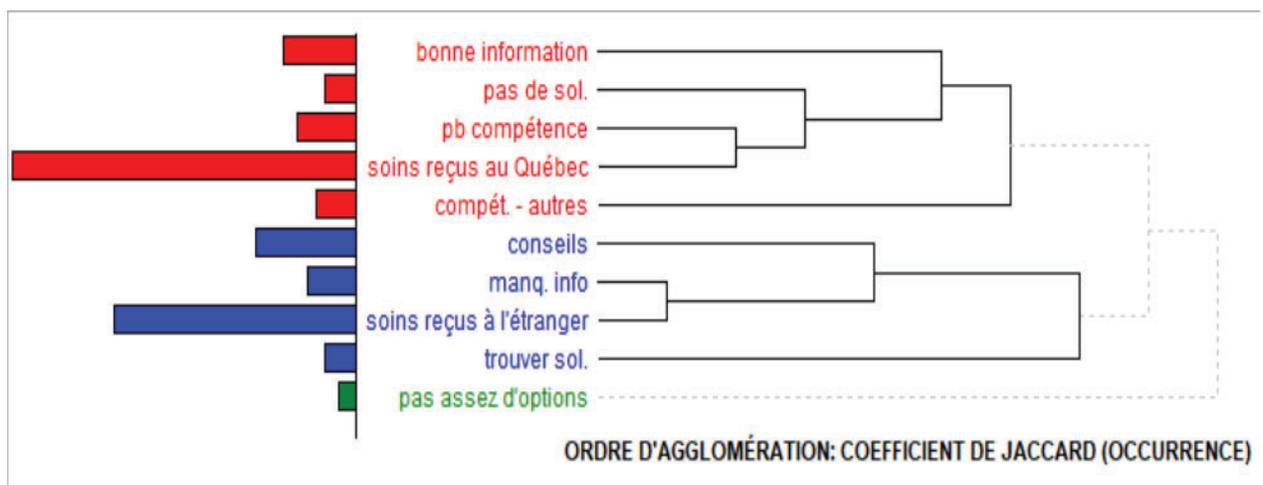
[The medical professionals] gave good advice but sometimes it wasn't like... It was just the family planner that was Chinese and then my doctor wasn't. It was fine but they didn't really know, like, certain special... like certain ways that we, how do I say this.. Like sometimes we do it a little bit 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 Haiti. En Haiti, 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, 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>

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/>