

# CHAPITRE 4

## → Accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des néo-Québécoises :

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

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

## CHAPITRE 4

# Table des matières

### Constats croisés et mise en lien avec les connaissances disponibles 186

---

#### 1. Un moindre recours à la contraception et des moyens de contraception moins favorables à l'autonomie procréative chez les femmes immigrantes 186

#### 2. Des déterminants des pratiques contraceptives spécifiques aux néo-Québécoises et des enjeux sur le plan de la qualité des soins 188

- Caractéristiques sociodémographiques 188
- Accès aux soins de santé reproductive et déroulement des soins 190

### Recommandations pour des pratiques en santé reproductive adaptées aux néo-Québécoises 192

---

#### 1. Adapter les pratiques 192

- Tenir compte des spécificités liées au fait d'avoir eu un parcours migratoire 192
- Lever autant que possible la barrière de la langue 195
- Prendre en considération les visions du monde, manières d'agir et représentations des femmes rencontrées 196

#### 2. Des compétences généralistes revêtant une importance particulière en contexte interculturel 199

- Les compétences relationnelles favorisant une bonne communication 199
- Prendre le temps nécessaire pour s'assurer d'une bonne transmission de l'information, de sa compréhension et de la validation des options choisies 200

#### 3. Prendre en compte la différence culturelle, sans la surestimer ni présumer des conduites et représentations de l'autre 201

### Conclusion 204

---

#### 1. Principaux constats issus de notre recherche 204

- L'importance de prendre en compte la variable de l'immigration 204
- L'enjeu de l'accès à l'information 204
- Les problèmes d'accès aux soins 205
- Un lien de confiance et une qualité des soins à développer 205
- Des facteurs structurels de risque de grossesse non planifiée régulièrement associés au fait d'avoir eu un parcours migratoire 206

#### 2. Pistes d'action 207

## CHAPITRE 4

# Table des matières (suite)

<b>2.1. Au niveau de l'organisation et des politiques de santé</b>	<b>207</b>
→ Améliorer l'accessibilité et la qualité du counseling en matière de contraception	207
→ Prendre en compte les réalités de la population immigrante dans l'organisation des services	208
<b>2.2. Au niveau des pratiques</b>	<b>209</b>
→ Adapter les pratiques aux réalités spécifiques des néo-Québécoises et viser une sécurisation culturelle	209
→ Des compétences généralistes particulièrement importantes en contexte interculturel	210
<b>Bibliographie</b>	<b>211</b>

## Résumé

Ce dernier chapitre propose une synthèse et analyse d'ensemble des constats opérés au fil des trois étapes présentées dans ce rapport. Nous croisons donc les éléments tirés de l'état des lieux des connaissances disponibles sur l'accès à la contraception pour les femmes immigrantes aux observations que nous avons réalisées au cours de nos phases qualitative et quantitative de recherche, afin de dégager les principales conclusions de cette démarche. Nous identifions par ailleurs des pistes d'actions en vue de favoriser un accès équitable aux soins contraceptifs, ainsi que leur adaptation aux réalités des femmes immigrantes. Au niveau des pratiques, nous recommandons l'adoption d'une optique de sécurisation culturelle, pour ne pas présumer des caractéristiques d'une personne en fonction son appartenance culturelle, sociale ou religieuse, et tenir compte du différentiel de pouvoir qui caractérise la relation de soin. Afin de réduire ce différentiel, le lien de confiance est un enjeu-clé des pratiques de soins. Celui-ci se développe à partir de compétences plus généralistes : l'écoute, l'empathie et l'ouverture vis-à-vis du point de vue de l'autre sont des vecteurs de la qualité du lien et de la communication qui s'avèrent plus particulièrement importants en contexte interculturel. Au niveau de l'organisation et des politiques de santé, il serait utile d'améliorer l'accessibilité et la qualité du *counseling* en matière de contraception, ainsi que de mieux tenir compte des spécificités des soins en contexte interculturel – en particulier, le temps supplémentaire qui est requis pour des services de qualité.

**Mots-clés** : contraception, immigration, accès aux soins contraceptifs, Enquête québécoise sur la santé de la population, autonomie procréative.

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

C'est sûr que quand une personne a une expérience difficile avec le système de santé, que ce soit au Québec ou ailleurs, elle ou sa famille, ça va impacter sa vision au complet du système de santé. (...) Il n'y a pas de réponses rapides à « comment donner des soins aux personnes immigrantes », mais est-ce qu'on peut être plus ouverts à la multiplicité des identités des gens et s'adapter à la personne devant nous, sans a priori ? (Geneviève Bois, médecin au Centre de santé des femmes de Montréal)<sup>65</sup>

La sexualité c'est quelque chose de très intime, déjà c'est difficile d'en parler avec des proches, alors je n'imagine pas ce que c'est que d'être dans un nouveau pays, avec des nouvelles personnes, dans un nouveau système... Ça peut être un obstacle. (...) La sexualité c'est multidimensionnel : c'est physique, psychologique, social, politique. Il faut prendre le temps de bien comprendre cette complexité-là, je pense, pour pouvoir faire un bon counseling lié à la contraception. C'est pas facile de choisir une bonne méthode de contraception. (Eugénie Loslier-Pellerin, infirmière en milieu scolaire)

Dans ce dernier chapitre, une synthèse des trois étapes de recherche présentées dans ce rapport sera effectuée. Le premier chapitre (Zennia *et al.*, 2023<sup>66</sup>) a réuni des connaissances disponibles concernant les obstacles à l'accès à la contraception pour les femmes immigrantes, à partir de recherches réalisées au Canada et à l'international. Les résultats d'une phase de recherche qualitative ont ensuite rendu compte de témoignages de néo-Québécoises, au sujet de la contraception et de l'avortement, dans le second chapitre (Gonin *et al.*, 2023a). La phase de recherche quantitative, basée sur des analyses statistiques concernant l'usage de la contraception par les femmes immigrantes ou non, au Québec, a apporté un éclairage supplémentaire sur la question de l'accès à la contraception, dans le troisième chapitre (Gonin *et al.*, 2023b). Nous allons à présent mettre en lien les constats issus de ces trois étapes, afin de dégager les principales conclusions pouvant être tirées de cette démarche de recherche mixte, et d'identifier des pistes d'action pour lever les obstacles d'accès à la contraception pour les néo-Québécoises.

---

<sup>65</sup> Les citations présentées ici, ainsi que d'autres extraits présentés plus loin dans le chapitre, sont issues d'entretiens réalisés dans les dernières phases de la recherche. Des intervenant·es du domaine de la santé reproductive ont été rencontrés afin de connaître leur point de vue sur la question de l'accès à la contraception en contexte d'immigration, d'une part. D'autre part, il s'agissait d'identifier des pistes de solution pour favoriser le recours aux soins contraceptifs pour les femmes souhaitant contrôler leur fécondité (cf. 2<sup>e</sup> section de ce chapitre).

<sup>66</sup> Ce chapitre ainsi que l'ensemble des documents issus de cette recherche (résultats de la phase quantitative, discussion d'ensemble des résultats, balado et fiches-synthèse présentant les principales conclusions) peuvent être récupérés en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

## Constats croisés et mise en lien avec les connaissances disponibles

### 1. Un moindre recours à la contraception et des moyens de contraception moins favorables à l'autonomie procréative chez les femmes immigrantes

L'analyse secondaire de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) a mis en évidence que des différences significatives existent au niveau de l'utilisation ou non d'une contraception, quelle qu'elle soit, entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada (Gonin *et al.*, 2023b<sup>67</sup>). Cet écart est à interpréter avec prudence. En effet, l'EQSP ne permet pas de savoir si les femmes qui ont indiqué ne pas utiliser de contraception souhaitaient éviter une grossesse ou non. Il n'est donc pas possible déterminer dans quelle mesure la moindre utilisation de la contraception par les femmes immigrantes correspond à des besoins contraceptifs non satisfaits, ou pas.

Selon les connaissances disponibles, on observe une fécondité plus élevée chez les femmes immigrantes (Street, 2009, 2015), surtout pour celles ayant moins de 10 ans de résidence au Canada (Bélanger et Gilbert, 2003). Or, cette fécondité supérieure s'explique aussi bien par des différences culturelles au niveau des intentions de fécondité que par des problèmes d'accès à la contraception et à une contraception efficace :

Les écarts entre les immigrantes et les natives [au niveau de la fécondité] sont déterminés aussi par la fréquence et le type de méthodes utilisées pour maîtriser le comportement fécond. L'absence de contraception, l'usage inadéquat ou l'échec de la méthode utilisée se traduisent par un risque plus élevé de grossesses non désirées, par le recours à l'avortement ou par une proportion plus élevée de naissances non planifiées. (Street, 2015, p. 4)

En cohérence avec ces constats, nos données qualitatives ont mis en lumière que les néo-Québécoises interrogées déplorent régulièrement un manque de littératie en santé sexuelle

---

<sup>67</sup> Ce chapitre présente les résultats de la phase quantitative de recherche que nous avons réalisée. L'ensemble des documents liés à cette recherche peut être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

et reproductive (cf. Gonin *et al.*, 2023a<sup>68</sup>). Elles estiment que celui-ci, entre autres barrières d'accès, a pu faire obstacle au recours à la contraception ou à des méthodes plus efficaces que celles utilisées. Les témoignages recueillis montrent que ceci a conduit, pour certaines d'entre elles, à des grossesses non planifiées.

Le recours aux méthodes contraceptives les plus efficaces (contraception orale, stérilet et ligature des trompes, en particulier<sup>69</sup>) nécessite d'avoir accès au système de santé. Or, 10 participantes sur 12 ont longuement développé les différents obstacles à surmonter pour obtenir des soins de santé reproductive : la méconnaissance du fonctionnement du système de santé québécois, mais aussi sa complexité et le manque de disponibilité des services recherchés (temps requis pour un rendez-vous en clinique médicale, en particulier) ont été fréquemment évoqués.

Parallèlement à ces problématiques d'accès au soin de santé reproductive, 10 participantes sur 12 ont mentionné avoir des réticences à utiliser des méthodes hormonales, telles que la contraception orale ou le stérilet hormonal : elles craignent en effet que celles-ci aient des effets délétères à court ou à long terme sur leur santé physique. Ces craintes peuvent en partie être reliées aux problématiques d'accès aux soins rencontrées par la population immigrante (Dubé-Linteau *et al.*, 2013 ; Ministère de la santé du Canada, 2018), car la consultation d'un·e professionnel·le de santé contribue à une meilleure connaissance des différentes méthodes et de leurs effets, dans le contexte de nombreuses informations erronées circulant au sujet des méthodes contraceptives hormonales (Foran, 2019 ; Rossin, 2021). Le *counseling* en contraception professionnel permet par ailleurs de trouver des alternatives en cas d'effets indésirables ou de contraintes trop importantes associées à une méthode, ce qui peut éviter de recourir à des méthodes moins efficaces telles que le coït interrompu ou le condom – qui conduisent plus fréquemment à des grossesses non planifiées<sup>70</sup>.

Nous avons observé que lorsque les participantes ont eu recours à un avortement, au Québec, ceci était le plus souvent lié à un manque de constance dans l'utilisation de la contraception orale ou à l'abandon d'une contraception médicalisée. Les femmes interrogées

---

<sup>68</sup> Le chapitre présentant les résultats de la phase qualitative peut également être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

<sup>69</sup> Comme le recours à la vasectomie dépend du partenaire, nous avons mis cette méthode entre parenthèse dans nos analyses sur le recours à la contraception médicalisée, afin de nous centrer sur la contraception féminine médicalisée. Il est par ailleurs à noter qu'aucune des participantes à la phase qualitative de recherche n'a tenu de propos sur cette méthode, qui semble être largement méconnue.

<sup>70</sup> Le taux d'échec contraceptif lié à l'utilisation du condom masculin peut atteindre 18%, et 22% pour le coït interrompu (Black *et al.*, 2015 ; Trussell, 2011).

rattachent les problèmes d'observance ou d'abandon au fait que les contraceptifs hormonaux représentent une charge, soit en raison des effets secondaires vécus (charge au plan corporel en raison d'effets indésirables de la contraception, du stérilet ou de l'implant), de l'organisation requise (charge mentale liée à l'utilisation de la contraception orale) ou de leur coût (charge financière liée à la contraception orale ou à l'installation d'un stérilet).

Ces différentes observations sont autant de pistes contribuant à expliquer le moindre recours à la contraception féminine médicalisée chez les femmes immigrantes, qui est un autre constat central de la phase de recherche quantitative (Gonin *et al.*, 2023b). Un taux plus faible d'utilisation de la contraception orale est plus particulièrement responsable de l'écart statistiquement significatif qui a été observé dans l'utilisation des méthodes féminines médicalisées, entre néo-Québécoises et Québécoises nées au Canada. Cet écart peut être lu sous l'angle d'une inégalité de santé reproductive, car il expose davantage les néo-Québécoises à des grossesses non planifiées (Street, 2015). Par ailleurs, la moindre utilisation de la vasectomie par les partenaires des néo-Québécoises que nous avons observée peut également être vue comme une source d'inégalité, car il s'agit d'un des rares moyens n'impliquant pas de charge contraceptive pour les femmes : la gratuité de cette méthode<sup>71</sup>, l'absence d'effets secondaires et sa prise en charge par les partenaires est assurément avantageuse pour les femmes qui peuvent se reposer sur cette méthode.

## **2. Des déterminants des pratiques contraceptives spécifiques aux néo-Québécoises et des enjeux sur le plan de la qualité des soins**

### **→ Caractéristiques sociodémographiques**

Les résultats des analyses statistiques que nous avons réalisées montrent que, tant chez les néo-Québécoises que chez les Québécoises nées au Canada, la contraception est davantage utilisée par les femmes de moins de 35 ans et celles qui vivent en couple avec enfants. Cependant, on observe que les femmes immigrantes de plus de 35 ans sont moins susceptibles d'utiliser une contraception que les femmes nées ici, tandis que le taux d'utilisation est comparable pour les femmes de 25 à 34 ans.

---

<sup>71</sup> Cette intervention est intégralement remboursée par la RAMQ ou le PFSI.



Concernant le niveau de scolarité, on observe que plus le niveau est élevé, plus l'utilisation de la contraception est fréquente pour les Québécoises nées au Canada. Or, ce lien n'est pas constaté chez les néo-Québécoises. Il s'agit habituellement d'un des principaux déterminants du recours à la contraception, quel que soit le contexte géographique et culturel (Blackstone *et al.*, 2017, Götmark et Andersson, 2020 ; Spinelli *et al.*, 2000). Ainsi, il est surprenant de ne pas pouvoir établir ce lien dans les données de l'EQSP, qui comprend un échantillon de près de 1 500 femmes immigrantes susceptibles d'utiliser une contraception<sup>72</sup>. Le fait que le taux d'utilisation de la contraception soit assez similaire, quel que soit le nombre d'années d'études réalisées par les femmes immigrantes, suggère que le parcours migratoire vient moduler l'influence du niveau de scolarité sur les pratiques contraceptives.

On constate par ailleurs que le niveau de revenu exerce une influence importante sur le recours à la contraception, chez les néo-Québécoises, alors que ce n'est pas observable pour les Québécoises nées au Canada. Les femmes immigrantes ayant un faible revenu sont près de deux fois moins susceptibles d'utiliser une contraception que celles ayant des revenus moyens ou élevés (OR = 0.55, CI : 0.34, 0.88), quand on prend en compte les variables de l'âge, de l'occupation et du niveau de scolarité de manière simultanée. Le parcours migratoire vient donc ici aussi moduler le lien entre le niveau de revenu et les pratiques contraceptives : les néo-Québécoises ayant un faible revenu sont particulièrement susceptibles de ne pas avoir recours à la contraception.

Ce constat peut être mis en lien avec les propos tenus par les femmes interrogées dans le cadre de notre phase de recherche qualitative : celles-ci ont régulièrement évoqué (n= 9, 28 occurrences) des préoccupations quant au coût du moyen de contraception qu'elles utilisaient ou avaient utilisé (prix de la contraception orale ou d'un stérilet, en particulier). Seules deux participantes ont mentionné que leurs partenaires avaient contribué financièrement à l'achat de contraception. Ceci a pu conduire certaines d'entre elles à choisir leur moyen de contraception ou le type de pilule en fonction de leur coût et non de leurs préférences. Ces observations rejoignent des constats opérés dans des recherches menées en Colombie-Britannique (Wiebe, 2013) ou à l'international (Betancourt *et al.*, 2013 ; Gele *et al.*, 2020 ; Schmidt *et al.*, 2018 ; White *et al.*, 2016). Or, Alvarez-Nieto *et al.* (2015) mettaient en évidence, dans une recherche menée en

---

<sup>72</sup> Tel que précisé dans le troisième chapitre de ce rapport, nous avons conduit des analyses de régression logistique sur un échantillon comprenant les femmes de 18 à 49 ans sexuellement actives et qui ne sont pas enceintes (les femmes de 15 à 17 ans ont dû être retirées des analyses de régression, compte tenu des données manquantes sur le revenu, une des variables intégrées au modèle de régression).

Espagne, que le choix par dépit d'une méthode de contraception est moins favorable à son observance.

## → Accès aux soins de santé reproductive et déroulement des soins

Finalement, on observe que le fait de ne pas avoir eu de rendez-vous médical au cours de la dernière année est corrélé avec un moindre usage de la contraception chez les femmes Québécoises nées au Canada. Ce lien n'a pas pu être établi chez les néo-Québécoises, dans les analyses statistiques que nous avons réalisées à partir de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*<sup>73</sup>. Plusieurs éléments pourraient contribuer à expliquer l'absence de lien entre une consultation médicale récente et l'utilisation d'une contraception ou pas, chez les celles-ci.

Tout d'abord, il est possible que les problèmes d'accès à un médecin de famille, pour la population immigrante (Dubé-Linteau *et al.*, 2013 ; Médecins québécois pour le régime public, 2018), amène à ce que le sujet de la santé reproductive ne soit pas évoqué lors de consultations médicales. Il s'agit en effet d'un sujet sensible qu'il est délicat d'aborder lors d'une première rencontre avec un-e soignant-e. De plus, les soignant-es peuvent avoir des réticences à prescrire un moyen de contraception sans connaître l'historique médical d'une personne. Il peut ainsi y avoir des opportunités manquées de transmettre des informations et d'offrir des options de contraception.

Plus globalement, une consultation médicale en contexte interculturel peut nécessiter plus de temps, afin de s'assurer d'une bonne compréhension mutuelle. Selon une étude menée en Ontario (Maticka-Tyndale *et al.*, 2007), si les médecins sont expéditifs et ne prennent pas le temps nécessaire pour donner des explications ou laisser les patientes poser des questions, ceci peut agir comme dissuasif à l'expression des besoins contraceptifs :

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

---

<sup>73</sup> Tel que mentionné dans la section méthodologique du 3<sup>e</sup> chapitre de ce rapport, cette enquête gouvernementale est très fiable car elle représente 98,9% de la population du Québec.

Du côté des femmes immigrantes, il peut être plus difficile d'établir un lien de confiance avec des soignant-es, dans un contexte organisationnel, culturel et sociétal qu'elles connaissent mal, notamment si elles sont arrivées il y a moins de 5 ans. Par ailleurs, certaines ont pu précédemment vivre des expériences négatives au sein du système de santé, en raison de préjugés des soignant-es concernant des normes culturelles supposées, d'incompréhension ou encore d'attitudes discriminatoires, pour des femmes racisées (Newbold et Willinsky, 2009 ; Machado *et al.*, 2021).

Les entretiens de recherche réalisés lors de la phase qualitative ont amplement mis en évidence les enjeux de confiance qui se posent dans la relation aux soignant-es (Gonin *et al.*, 2023a). Les néo-Québécoises interrogées ont en effet rapporté des expériences positives et négatives, pouvant aussi bien être marquée par l'accueil et le respect que par la froideur, le manque d'écoute et de temps accordé. Ainsi, les femmes ayant témoigné s'être senties accueillies et respectées lors de rencontres cliniques ont dans le même temps souvent fait part des craintes qu'elles avaient, *a priori*, suite à de mauvaises expériences. La perception de la compétence varie beaucoup, également, car l'appréciation des informations et conseils transmis est aussi accompagnée par le sentiment de ne pas avoir été assez bien informées dans d'autres occasions, en particulier sur les différentes options contraceptives.

Il est notable que parmi nos 12 participantes, 4 femmes sont allées chercher des soins dans leur pays de naissance (Chine, France, Mexique, Norvège), où elles avaient davantage confiance dans la qualité des soins – en particulier au plan relationnel. Ceci traduit le fait qu'en l'absence de lien confiance, les néo-Québécoises peuvent chercher des alternatives et être prêtes à payer des services non remboursés dans leur pays de naissance pour obtenir des soins de santé reproductive, quand elles en ont les moyens.

Ces différentes observations de nature qualitative, qui font écho à des recherches menées dans d'autres contextes que celui du Québec, peuvent contribuer à éclairer l'écart existant entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada, au niveau de la probabilité d'utiliser une contraception quand une consultation médicale a eu lieu dans la dernière année. En effet, ces éléments suggèrent un niveau de confiance assez bas vis-à-vis des soignant-es et, compte tenu de la nature intime des soins de santé reproductive, il peut être plus difficile pour les femmes immigrantes d'avoir un dialogue au sujet de la contraception dans ce contexte. Par ailleurs, plusieurs travaux mettent en avant que la qualité de la relation établie avec le personnel soignant a un impact sur l'observance de la méthode de contraception et la continuité des soins (Betancourt *et al.*, 2003 ; Mengesha, 2017). Or, le fait de bénéficier d'un suivi médical par la ou le même soignant-e est compromis tant par l'absence de médecin de famille que par un déficit de confiance pouvant conduire à l'évitement de soins (Ilami et Winter, 2020).

# Recommandations pour des pratiques en santé reproductive adaptées aux néo-Québécoises

Dans le cadre du partenariat de recherche avec le Centre de santé des femmes de Montréal, qui offre des services d'avortement, du *counseling* en contraception et des services de santé sexuelles et gynécologiques de première ligne, une réflexion a été menée avec son équipe concernant les pratiques à privilégier avec des femmes ayant eu un parcours migratoire. Au regard des constats ayant émergé des phases qualitative et quantitative de la recherche, il apparaît en effet qu'il est important d'adapter les soins, en contexte interculturel. Des séances de travail à ce sujet ont été organisées, à trois reprises, afin de favoriser un aller-retour entre les constats issus de la recherche, les expériences et savoir-faire de l'équipe, ainsi que de développer une analyse croisée des observations réalisées. Des entretiens ont également été réalisés avec des intervenant-es d'autres organismes<sup>74</sup> concernés par la santé sexuelle et reproductive des femmes immigrantes, afin de mettre en commun des constats et réflexions sur des pistes d'action. À partir de ces échanges, plusieurs pistes se dégagent pour proposer des interventions adaptées aux réalités des néo-Québécoises.

## 1. Adapter les pratiques

### → Tenir compte des spécificités liées au fait d'avoir eu un parcours migratoire

En premier lieu, il est important de considérer que les femmes s'étant installées au Québec il y a moins de 5 ans ont souvent une mauvaise connaissance du système de santé québécois. Ainsi, il peut s'avérer utile de les guider davantage dans les démarches d'accès aux soins.

---

<sup>74</sup> Nous remercions les personnes suivantes pour le temps qu'elles ont bien voulu nous accorder : Julie Villeneuve (CLSC des Faubourgs, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal), Nina Meango, Jérôme Giovanni et Paul-Inès Cadjo (Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux), Eugénie Loslier-Pellerin (CLSC de La Petite Patrie, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal).

---

*Au niveau du système de santé, il y a toute la complexité du système de santé, des personnes qui arrivent et qui ne savent pas naviguer dans le système, ce sont des grosses barrières.*

*Au téléphone on doit donner beaucoup d'informations sur le système de santé, j'essaie d'alléger le fardeau pour les femmes, je les aide à trouver des ressources. (Équipe accueil du CSFM)*

---

En second lieu, les données de recherche ont mis en évidence, d'une part, que les femmes immigrantes sont surreprésentées dans les ménages à faible revenu, et d'autre part, que le fait d'appartenir à ces ménages crée une vulnérabilité particulière au niveau de l'accès à la contraception. Il est alors pertinent d'explorer si le coût d'une méthode contraceptive est un enjeu, lorsque différentes options de contraception sont discutées.

---

*On est attentifs à la situation financière des femmes, parfois on donne des stérilets, des fois on paye une partie de l'avortement quand la femme n'a pas sa carte, parfois on prend des ententes de paiement. (Équipe accueil du CSFM)*

*Par rapport au statut migratoire, c'est important de savoir qu'en fonction du statut migratoire, certaines femmes n'ont pas accès à des soins et des services de santé. Et même si certaines femmes ont accès aux services publics, ou si elles ont des assurances privées, parfois ça ne couvre pas totalement le coût de la contraception. (Équipe de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux)*

---

En troisième lieu, les néo-Québécoises sont plus susceptibles d'être isolées, compte tenu de leur parcours migratoire ayant créé une rupture avec l'entourage familial, amical et professionnel du pays de naissance (Stick *et al.*, 2021). L'opportunité de parler des moyens disponibles pour favoriser une autonomie procréative (utilisation ou non d'une contraception, et

laquelle, en particulier) avec des personnes proches est ainsi réduite, et ce d'autant plus si la contraception ou l'avortement fait l'objet de tabous au niveau de l'entourage – que celui-ci vive au Québec ou dans le pays de naissance. L'équipe du CSFM observe que parfois, les femmes ne parlent pas de leur avortement à leur partenaire et n'ont personne à qui en parler :

---

*Elle nous dit qu'elle ne peut pas en parler, car l'avortement est impensable dans son entourage. (Équipe infirmière du CSFM)*

*Ça arrive souvent que les femmes n'en parlent pas aux conjoints. Quand c'est comme ça, c'est difficile de décortiquer l'ambivalence... Elles n'ont parfois personne à qui en parler. La décision libre et éclairée est difficile à obtenir car elles ont des pressions sociales et personne de confiance à qui parler. (Équipe infirmière du CSFM)*

---

Par ailleurs, la décision libre et éclairée concernant une contraception ou un avortement peut être difficile à obtenir si l'entourage exerce des pressions sur les choix reproductifs des femmes. Dans ce type de situations, il est important de laisser le temps qu'un cheminement se fasse, en offrant des délais ou espaces de réflexion : ceci peut leur permettre de clarifier ce qu'elles souhaitent pour elles-mêmes, de chercher des moyens de le faire accepter par leur entourage ou encore d'assumer les implications de leur décision, afin de favoriser leur autodétermination.

---

*Quelquefois la femme arrive avec son conjoint, et nous dit qu'elle ne veut pas qu'il sache qu'elle est là pour avorter. (Équipe accueil du CSFM)*

*Une femme a dit, une fois : « je veux rester au Centre pour montrer que je me fais avorter, et puis après je sors ». Elle est ressortie vers midi, elle était arrivée à 8h. Elle voulait montrer à son conjoint qu'elle se faisait avorter, mais elle est sortie sans se faire avorter. Moi je lui dis : « mais comment tu vas faire avec lui après? » Elle dit : « moi je choisis mon bébé, mon conjoint c'est fini ». (Équipe accueil du CSFM)*

---

## → Lever autant que possible la barrière de la langue

La barrière de la langue vient complexifier le déroulement des soins, en particulier quand une dimension émotionnelle est en jeu : l'expression de ses réactions affectives, qui sont régulièrement sollicitées quand on parle d'aspects aussi intimes et importants que les choix reproductifs, est souvent difficile quand on maîtrise mal une langue (Moukrim, 2017). De manière plus générale, comme le souligne un rapport de l'Institut national de la santé publique du Québec (Ouimet *et al.*, 2013), la transmission d'information est essentielle dans les activités de soin, car les problèmes de compréhension peuvent nuire à la qualité des soins et au consentement éclairé des personnes.

---

*Je me suis rendu compte qu'elle ne comprenait pas, elle répondait oui par politesse, peut-être. Au début je croyais qu'elle comprenait, mais finalement, non. On voulait s'assurer qu'elle comprenait bien mais on n'était pas sûrs à 100%. (Équipe infirmière du CSFM)*

*On a réussi à se comprendre et valider les choses importantes comme le consentement avec Google translate, mais ça été une rencontre où il manquait vraiment beaucoup d'empathie, où je n'ai pas été capable d'accompagner émotionnellement car il y a des choses qui ne se traduisent pas avec Google translate. Ça aurait pu mieux se passer s'il y avait quelqu'un qui pouvait parler la langue pour traduire. (Équipe infirmière du CSFM)*

*J'arrive à parler de contraception et juste de trouver les bons termes pour qu'elle comprenne ce que je veux dire, c'était difficile. Elle ne comprenait pas « méthodes contraceptives » ou « contraception », je devais trouver des mots comme « ne pas avoir de bébé », elle ne comprenait pas l'expression « tomber enceinte ». (Équipe infirmière du CSFM)*

---

Certaines équipes peuvent prendre appui sur le fait que certains de ses membres maîtrisent d'autres langues que le français et l'anglais, ce qui peut représenter un grand soulagement pour des personnes ayant des difficultés à s'exprimer dans ces langues. Par ailleurs, différentes solutions peuvent être mises en œuvre, telles que la traduction de documents d'information ou l'interprétariat. Malheureusement, les moyens financiers et logistiques manquent souvent pour recourir à ces solutions.

---

*Il faut des brochures et des outils dans plusieurs langues avec des images claires et concrètes, plus vulgarisés. Il faudrait développer ça, c'est un grand besoin. (Équipe infirmière du CSFM)*

---

## → Prendre en considération les visions du monde, manières d'agir et représentations des femmes rencontrées

Des chocs culturels se produisent parfois (Cohen-Émerique, 2015), laissant les soignant-es dérouté-es par rapport aux propos ou comportements de certaines femmes ayant des repères différents des leurs sur le plan des valeurs ou des représentations. Il peut alors être difficile de parvenir à une compréhension mutuelle et de déterminer comment agir, dans un contexte moins familier.

---

*Ça me choquait, au début, qu'une femme consulte son conjoint sur la contraception. Puis je me suis dit, ben non, si ça facilite les choses pour elle d'en parler avec son conjoint c'est ok. Ça peut heurter, paraître qu'elle demande la permission, mais on peut voir ça comme un partage de la charge contraceptive, d'impliquer le partenaire. (Équipe infirmière du CSFM)*

*Une femme m'a déjà demandé lors d'une pré-rencontre si elle était encore vierge, alors qu'elle venait pour un avortement. J'avais parlé en disant que la virginité était un concept social et que si elle se considérait encore vierge, c'est ok. (Équipe infirmière du CSFM)*

---



Des conflits de valeurs ou de représentations peuvent ainsi avoir un impact sur le déroulement des soins (concernant les pratiques, les procédures de soin ou les rôles). Face à ces enjeux, le cadre de référence à partir duquel on pose un regard sur la situation peut être exprimé, tout en reconnaissant le droit de ne pas partager les mêmes repères<sup>75</sup>. Ceci peut permettre de rétablir un climat de confiance, en autorisant la personne à nommer également ses repères, ce qui est important pour elle, ou ce qui représente un obstacle. À titre d'exemple, l'usage de la contraception peut être vu comme un indicateur de conduites sexuelles jugées répréhensibles : « une femme voulait une contraception, et son compagnon a fait une crise, il ne voulait pas qu'elle prenne la contraception parce que à ses yeux ça signifiait la trahison, l'infidélité » (Équipe infirmière du CSFM). Dans ce type de situation, une avenue possible serait de mentionner que dans son propre cadre de référence, la contraception au sein d'un couple monogame représente simplement un moyen d'éviter des grossesses non planifiées. Ceci peut permettre de proposer un autre regard, tout en reconnaissant l'existence de manières différentes de percevoir les pratiques contraceptives.

En contexte de rencontre interculturelle, il est souvent utile de faire preuve de souplesse, face à des réactions ou des demandes peu habituelles. À titre d'exemple, l'équipe du CSFM a rapporté la situation d'une femme qui refusait de remplir un formulaire visant à obtenir des informations sur les pratiques sexuelles : « elle avait un grand inconfort, elle ne voulait pas regarder les questions car c'était tabou, elle ne voulait rien savoir. » Dans cette situation, la procédure habituelle a été mise de côté, en remplaçant la complétion du formulaire par une discussion avec la soignante. Une situation potentiellement déstabilisante ou conflictuelle a ainsi été désamorcée, en tenant compte de l'inconfort manifesté par cette femme pour adapter le protocole de soins généralement suivi.

Enfin, la validation d'une bonne compréhension de l'information (sans présumer une ignorance) permet de s'assurer que la littératie en santé sexuelle et reproductive des femmes est suffisante pour bien saisir les explications données. De manière plus globale, s'assurer de la qualité de la communication est important pour le bon déroulement des soins en contexte interculturel.

---

<sup>75</sup> Si les actes anticipés par une personne ne respectent pas les droits et libertés en vigueur au Québec (telles que les mutilations génitales, en particulier), en soulevant des enjeux pour l'intégrité ou la sécurité d'une personne identifiable, les repères déontologiques d'un ordre professionnel seraient à mobiliser relativement au maintien de la confidentialité.

---

*J'étais déstabilisée car le fossé était immense, entre ses croyances et les connaissances que je voulais lui transmettre... J'ai figé, je ne savais pas d'où partir, quoi dire, pour parler de contraception, d'éducation sexuelle sur la fertilité. Il y avait un double obstacle : la langue et l'éducation sexuelle. (Équipe infirmière du CSFM)*

*Pendant la consultation, il faut établir une bonne communication interculturelle. S'il n'y a pas une bonne communication, ça va créer un obstacle énorme à l'adhésion aux soins. (Équipe de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux)*

*Il y en a qui arrivent de pays où c'était tabou, la contraception, alors on a tout un enseignement même au niveau biologique à expliquer, mais on prend le temps. C'est long, mais on le prend et on y va avec ce qu'elle a le goût de connaître aussi. (...) On va partir de ce qu'elle vit, sans plan de match en tête parce que c'est mieux de partir de ses propres perceptions, c'est à partir de ça qu'on peut bâtir quelque chose de positif. (Julie Villeneuve, infirmière en CLSC)*

---

En cas de représentations entrant en conflit avec les consensus scientifiques en matière de santé sexuelle et reproductive, il peut être délicat de remettre en cause la vision de la personne sans briser le lien de confiance. Pour autant, ces connaissances peuvent s'avérer indispensables à l'exercice d'une autonomie au plan procréatif. Face à ces situations délicates, la confrontation directe des représentations de la personne peut être évitée en transmettant de nouvelles informations que la personne pourra s'approprier, en les faisant coexister avec ses représentations antérieures ou en remaniant progressivement ses conceptions sur la santé reproductive. Sans chercher à "défaire des croyances", demander comment les renseignements transmis sont perçus (« qu'est-ce que vous en pensez? ») donne la possibilité aux personnes de nommer leurs réticences ou objections, afin d'en tenir compte en comprenant l'univers de sens d'où elles proviennent. Là encore, il est opportun de laisser cheminer la réflexion, en transmettant des documents de référence ou en recommandant des sites web qui pourraient être consultés ultérieurement.

## 2. Des compétences généralistes revêtant une importance particulière en contexte interculturel

Au-delà des aspects favorisant la sécurisation culturelle identifiés plus haut, d'autres compétences plus généralistes sont utiles, lorsque deux personnes porteuses de cultures différentes se rencontrent. Si celles-ci sont profitables en tout temps, elles peuvent être particulièrement importantes face aux défis communicationnels posés par l'interculturalité et, de surcroît, la barrière de la langue pour certaines femmes immigrantes.

### → Les compétences relationnelles favorisant une bonne communication

La qualité de la communication est essentielle au bon déroulement des soins, tant au plan technique qu'au plan éthique. Il est en effet crucial de disposer des informations utiles pour orienter l'action, du côté des soignant-es, et pour prendre des décisions éclairées, du côté des récipiendaires des soins. Afin de favoriser une bonne communication, l'équipe du CSFM a mis de l'avant l'importance de prendre soin de la personne, et pas seulement du corps, en adoptant une approche empathique. Ceci peut impliquer un recours accru au non-verbal quand la parole est empêchée, par exemple, en vue de rassurer les femmes.

---

*Quand je suis face à une femme qui ne parle pas une langue que nous comprenons, je me dis que ça doit être angoissant pour elle de vivre un avortement, entourée de gens avec qui il est impossible de communiquer. Je fais attention de transmettre beaucoup de douceur, d'être rassurante pour ne pas rendre la situation plus inquiétante qu'elle ne l'est. (Équipe infirmière du CSFM)*

*Les problèmes de barrière de la langue, ça arrive régulièrement et c'est toujours difficile car tu sens que tu n'arrives pas à donner tout ce que tu pourrais donner. Mais je pense qu'on arrive à transmettre la bienveillance avec le non verbal. (Équipe infirmière du CSFM)*  
*Elle peut me parler de religion, et je l'aide à accepter, dans le non-jugement. Ce n'est pas la fin du monde, c'est juste une page de ta vie. (Équipe accueil du CSFM)*

---

L'accompagnement émotionnel, par le biais de la normalisation des sentiments éprouvés ou de la déculpabilisation vis-à-vis du fait que les femmes privilégient leurs propres besoins, fait également partie du registre des compétences relationnelles qui optimisent la confiance et la communication.

→ Prendre le temps nécessaire pour s'assurer d'une bonne transmission de l'information, de sa compréhension et de la validation des options choisies

Tout comme les femmes interrogées dans notre phase de recherche qualitative, l'équipe du CSFM a souligné l'importance de prendre tout le temps nécessaire quand elle intervient auprès de femmes immigrantes. Ce principe est valable quelle que soit la population visée par les soins, mais il est un vecteur important pour adapter les pratiques aux réalités des néo-Québécoises.

Compte tenu des différents enjeux relevés précédemment (méconnaissance du système de santé, possible manque de littératie en santé reproductive, défis communicationnels, fragilité du lien de confiance, etc.), se donner le temps de valider que toutes les informations utiles ont été transmises et comprises soutient une qualité des soins.

Il est utile de se donner le temps de dialoguer, pendant la rencontre, mais aussi de laisser les femmes faire un cheminement, si elles ne sont pas prêtes à prendre une décision sur le moment. L'intégration de nouvelles informations peut nécessiter une prise de recul, et le fait d'avoir plusieurs interlocuteurs favorise un processus réflexif qui, lui aussi, soutient l'autodétermination des femmes.

---

*On a toutes notre rôle à jouer dans l'intervention, le fait qu'il y ait plusieurs intervenantes avec chacune son discours, c'est un plus, car certains discours touchent plus les femmes que d'autres. (Équipe infirmière du CSFM)*

*Je voyais que la femme avait pris le stérilet, j'étais surprise car je lui en avais parlé 20 minutes en pré-rencontres et elle n'en voulait pas. J'ai réalisé que ce que je lui ai dit, ça a fait un bout de chemin, puis avec le temps et en en parlant avec quelqu'un d'autre, ça avait cheminé encore. Les choses bougent, les femmes changent d'idée. (Équipe infirmière du CSFM)*

*Quand le médecin a cinq minutes pour donner une prescription de contraception et qu'on n'explique pas, on peut garantir que l'adhésion au traitement ne sera pas là. (...) Il faut vraiment prendre le temps et créer ce climat de confiance. (Équipe de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux)*

---

À titre d'exemple, l'équipe du CSFM a mentionné recourir parfois à la stratégie de remettre plusieurs prescriptions afin que le choix d'un moyen contraceptif puisse se faire après que les femmes incertaines ont eu le temps de délibérer sur le meilleur choix pour elles-mêmes. Aussi, l'équipe a souligné l'importance de respecter les réticences et de ne pas insister dans la recommandation d'une option, même si elle semble être la meilleure à ses yeux. Les femmes peuvent en effet avoir de la difficulté à nommer certains motifs faisant obstacle à l'adoption d'une option. Dans ce contexte, pousser les femmes à aller dans le sens de l'opinion des soignant-es pourrait affaiblir le lien de confiance, qui prend appui sur le sentiment que l'autodétermination est respectée.

### **3. Prendre en compte la différence culturelle, sans la surestimer ni présumer des conduites et représentations de l'autre**

Une approche interculturelle basée sur les caractéristiques supposées de telle ou telle communauté culturelle présente le risque que ces caractéristiques ne s'appliquent pas à la personne rencontrée. En effet, une grande variabilité existe au sein d'un même groupe culturel (Bélanger, 2003 ; Massé, 2017), compte tenu de positions sociales distinctes (milieu favorisé ou pas, niveau de scolarité, type d'emploi, secteur d'habitation, etc.) et d'expériences singulières pouvant conduire une personne à mettre à distance des normes sociales communément partagées au sein d'un groupe. Par ailleurs, il est à considérer qu'une personne née à l'étranger est influencée par sa société d'accueil : le processus d'acculturation (Berry, 2015) tend à

rapprocher les représentations et valeurs des personnes immigrantes et de celles qui sont nées dans la société à laquelle appartiennent désormais les néo-Québécois-es.

Ainsi, il est important de ne pas présumer de ce qu'une personne fait ou pense sur la base de son appartenance ethnoculturelle. De plus, tel que mentionné dans le guide *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux*<sup>76</sup> élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Ouimet *et al*, 2021), le risque de « folkloriser » une communauté culturelle existe, si on lui attribue des caractéristiques générales – qui sont le plus souvent issues de stéréotypes.

---

*Il ne faut pas prendre pour acquis que, parce qu'elle vient de tel groupe, elle va penser ou réagir comme ça. (...) Qu'elle vienne d'ici ou d'ailleurs, on part avec ce même esprit de commencer avec ce qu'elle est, ce qu'elle vit. C'est peut-être ce qui fait qu'on est plus sensible à ça, ne pas aller dans les stéréotypes. (Julie Villeneuve, infirmière en CLSC)*

*La question qui guide ma pratique, c'est : « comment faire pour intervenir le mieux possible face à la femme qui est devant moi, pour répondre à ses besoins, pour l'accompagner dans ce qu'elle vit », c'est un questionnement qui est tout le temps là. Après, oui j'ai des peurs de les froisser, d'avoir des préjugés, qu'on se comprenne moins bien. (Eugénie Loslier-Pellerin, infirmière en milieu scolaire)*

---

L'optique de sécurisation culturelle (Curtis *et al*, 2019) vise à éviter la folklorisation, en ayant une approche centrée sur la personne qui repose sur l'écoute et l'ouverture par rapport à ce qu'elle dit elle-même de ses besoins et de ses souhaits. Lorsque les réactions ou propos d'une personne suscitent de l'étonnement, voire un choc culturel, ces événements peuvent être vus comme une opportunité de prendre conscience de son propre bagage culturel (Ouimet *et al*, 2021). Plutôt que de mettre l'accent sur la différence culturelle de l'autre, il s'agit alors

---

<sup>76</sup> Ce guide concerne la sécurisation culturelle des pratiques avec les populations autochtones, mais l'approche préconisée dans ce document peut être transférée en contexte interculturel (Mkandawire-Valhmu, 2018 ; Osei-Twum *et al*, 2019).

d'identifier quels référents ou valeurs propres sont questionnés par une attitude qui nous déstabilise.

Tout en prenant en compte la diversité culturelle, la recherche d'un équilibre entre la reconnaissance des différences et la recherche de points de rencontre est à privilégier. Si la différence est surestimée, la compréhension mutuelle devient plus difficile : on ne sait plus comment communiquer ni comment trouver les bases d'une identification à l'autre, qui est nécessaire pour une attitude empathique (Puccini *et al.*, 2022). Si la différence est sous-estimée, les réalités spécifiques des personnes deviennent invisibles et le lien de confiance peut être affaibli, car les conditions de vie ou la vision du monde qui sous-tendent les conduites ne sont pas reconnus.

En outre, l'approche de sécurisation culturelle accorde une importance à la reconnaissance du différentiel de pouvoir qui caractérise la rencontre (Curtis *et al.*, 2019 ; Ouimet *et al.*, 2021), tant en raison des places différentes occupées au sein de l'institution où les services sont offerts (Gonin et Jouthe, 2012) qu'en raison du statut d'immigration – qui peut de surcroît se doubler du fait d'appartenir à des groupes discriminés.

---

*Il faut faire un travail d'introspection par rapport à nos biais, à nos préjugés, nos rapports de pouvoir, en tant que soignante, on a toujours des rapports de pouvoir par rapport aux personnes devant nous.*  
(Eugénie Loslier-Pellerin, infirmière en CLSC)

---

En somme, la sécurisation culturelle incite à une certaine prudence dans l'interprétation des conduites et propos des personnes issues d'une autre culture, pour rester au plus près de ce que les personnes disent concernant leurs souhaits, ou leurs craintes. Elle vise donc en premier lieu à favoriser l'expression des motivations de la personne et l'identification des contraintes qui peuvent y faire obstacle, afin de tenir compte de ces aspects dans les pratiques de soin.

# Conclusion

## 1. Principaux constats issus de notre recherche

### → L'importance de prendre en compte la variable de l'immigration

Les résultats issus de la phase quantitative mettent en évidence que la variable de l'immigration est une variable à considérer en soi, parallèlement aux enjeux socioéconomiques, de discrimination raciale ou de barrière de la langue. Les analyses statistiques que nous avons réalisées à partir de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, qui est représentative de la population des femmes susceptibles d'utiliser une contraception<sup>77</sup>, montrent que le fait d'avoir eu un parcours migratoire est corrélé à une moindre utilisation de la contraception, quel que soit le moyen employé. Elles montrent également que les femmes immigrantes ont moins recours à la contraception féminine médicalisée que les femmes nées ici. De plus, la variable de l'immigration module les effets d'autres variables : l'âge, le niveau de revenu et le niveau de scolarité. En effet, les néo-Québécoises de plus de 35 ans et celles ayant un faible revenu sont beaucoup moins susceptibles d'utiliser la contraception que les Québécoises nées au Canada. Par contre, l'usage d'une contraception n'est pas lié au niveau de scolarité pour les femmes immigrantes, alors que ce facteur est déterminant pour les femmes nées au Canada.

L'importance de la variable de l'immigration, au niveau des pratiques contraceptives, peut se comprendre sous différents angles qui seront développés dans les points ci-après.

### → L'enjeu de l'accès à l'information

Les témoignages recueillis dans le cadre de la phase qualitative de la recherche mettent en évidence qu'il est difficile pour les femmes immigrantes d'accéder à l'information concernant les différentes méthodes contraceptives. En amont, l'information sur les parcours de soins – qui permettent ultimement d'être informées sur les méthodes – est jugée déficiente : la complexité du système de santé québécois a été mentionnée à maintes reprises. La méconnaissance de son fonctionnement est considérée comme un obstacle majeur à l'accès au *counseling* en

---

<sup>77</sup> À l'exception des femmes vivant en milieu institutionnel ou dans une réserve indienne – cf. section méthodologique du chapitre 3 pour plus de détails.



contraception. Or, ce dernier est essentiel pour obtenir les informations utiles permettant d'effectuer des choix éclairés en vue de contrôler la fécondité.

## → Les problèmes d'accès aux soins

Les problèmes d'accès aux soins pour l'ensemble de la population (François et Audrain-Pontevia, 2020) sont régulièrement dénoncés<sup>78</sup>, au Québec, mais ceux-ci sont encore plus importants pour la population immigrante (Dubé-Linteau *et al.*, 2013). Il n'est donc pas surprenant que les femmes interrogées dans le cadre de notre recherche en témoignent également. Les écarts importants dans le recours à la contraception féminine médicalisée, entre néo-Québécoises et Québécoises nées au Canada, peuvent en partie se relier à ces enjeux d'accès aux soins. La plus grande fréquence de représentations négatives de la contraception orale chez les femmes immigrantes observée dans l'étude de Wiebe (2013), pourrait ainsi se relier à la difficulté à obtenir des informations à ce sujet de la part de professionnel·les de santé. Le manque de littératie en santé sexuelle et reproductive, rapporté tant par nos participantes que celles de l'étude de Wiebe, peut également être rapporté à des opportunités moins fréquentes d'échanger avec des soignant·es. En effet, si les milieux familial et scolaires jouent un rôle important pour les jeunes femmes, les professionnel·les de santé contribuent à l'éducation en santé sexuelle et reproductive tout au long de la vie des femmes.

## → Un lien de confiance et une qualité des soins à développer

Les entretiens réalisés avec des femmes immigrantes arrivées au Québec il y a moins de 10 ans montrent qu'il est plus difficile de se sentir en confiance, dans un nouveau contexte où les manières de faire et normes sociales diffèrent de celles auxquelles on est habitué. Il peut donc être plus difficile de faire des démarches d'accès aux soins, surtout si cela implique d'aborder le sujet intime de la sexualité et de la procréation. Ce lien de confiance est d'autant plus ténu que des expériences négatives ont pu être vécues au préalable, en raison du recours à des préjugés par des soignant·es, ou de conduites discriminatoires (Machado *et al.*, 2021). Plusieurs recherches internationales mettent en évidence que le manque d'habiletés interculturelles est un obstacle au bon déroulement des soins de santé reproductive (Betancourt *et al.*, 2013 ; Degni *et al.*, 2012 ; Dias *et al.*, 2010 ; Ilami et Winter, 2020 ; Mengesha *et al.*, 2017). Les

---

<sup>78</sup> <https://www.journaldemontreal.com/2022/05/02/laces-aux-soins-critique-par-les-medecins>

femmes interrogées ont mentionné avoir vécu des expériences négatives sur le plan de la qualité des soins relatifs à la contraception, altérant ainsi leur lien de confiance vis-à-vis du système de santé et leur volonté de recourir à des services.

### → Des facteurs structurels de risque de grossesse non planifiée régulièrement associés au fait d'avoir eu un parcours migratoire

Plusieurs facteurs associés au fait d'avoir eu un parcours migratoire créent des situations de vulnérabilité généralement corrélées à un plus grand risque de grossesse non planifiée. Ces dernières surviennent plus fréquemment chez les femmes ayant de faibles revenus (Dunn *et al.*, 2019 ; Finer et Zolna, 2016) et en contexte d'isolement social (Black *et al.*, 2020 ; Oster, 2013) – ces facteurs étant également corrélés au fait d'être immigrante. L'appartenance à des groupes racisés, pour une partie de la population immigrante, est également un facteur associé à un plus grand risque de grossesse non planifiée (Henshaw, 1998 ; Wu *et al.*, 2008). Il est notable que les facteurs de faible revenu et d'isolement social sont, tout comme l'immigration récente, des variables qui sont corrélées à un moindre accès aux soins (Dubé-Linteau *et al.*, 2013).

Au regard de l'intersection de ces différents facteurs, la dimension culturelle ne doit pas être surestimée (Viruell-Fuentes *et al.*, 2012), car les problématiques d'accès aux soins contraceptifs pour les femmes immigrantes sont étroitement liés à des facteurs structurels bien connus au niveau de l'analyse des inégalités de santé. Cette prise en compte intersectionnelle (Carde, 2021) des différentes dimensions liées aux pratiques contraceptives est importante pour ne pas "culturaliser" le facteur de l'immigration, c'est-à-dire de ne pas interpréter principalement les conduites comme résultant d'une appartenance culturelle. En effet, nous avons pu constater que les conditions de vie et la situation sociale s'avèrent déterminants, en interaction avec la variable de l'immigration. Les incidences de cette dernière ne peuvent donc être réduites à des enjeux interculturels. Ainsi, s'il est important que les soignant-es soient conscient-es que leurs repères culturels peuvent différer de ceux de personnes immigrantes, il est tout aussi important de tenir compte de leur situation économique et sociale, qui influence fortement les parcours de soins.

## 2. Pistes d'action

Au regard des principaux constats que nous avons dégagés, plusieurs pistes d'action peuvent être identifiées pour améliorer l'accessibilité de la contraception pour les femmes immigrantes souhaitant exercer un contrôle sur leur fécondité. Ces pistes se situent à différents niveaux : celui des pratiques, mais aussi au niveau de l'organisation et des politiques de santé. Nous commencerons par le niveau d'action collectif, avant de résumer les principaux moyens pouvant être mis en œuvre au niveau interpersonnel des pratiques.

### 2.1. Au niveau de l'organisation et des politiques de santé

#### → Améliorer l'accessibilité et la qualité du counseling en matière de contraception

De manière générale, l'offre de services de *counseling* spécialisé en matière de contraception est limitée, pour les femmes de plus de 25 ans<sup>79</sup>. Les femmes qui ont recours à l'avortement peuvent recevoir de l'information concernant les méthodes contraceptives, mais il serait préférable de prévenir davantage les grossesses non planifiées.

En effet, une consultation médicale en clinique sans rendez-vous permet difficilement de réaliser un *counseling* de qualité : celui-ci requiert de transmettre des informations sur diverses méthodes et de connaître minimalement les contextes de vie des femmes, ce qui dépasse le temps généralement imparti à une consultation (sans tenir compte de la durée plus longue pour intervenir auprès d'une population immigrante – cf. Battaglini 2007). Or, en 2010-2011, 37% seulement des immigrant-es récent-es avaient un médecin de famille (vs. 81% pour les Québécois-es né-es au Canada, Dubé-Linteau *et al.*, 2013<sup>80</sup>).

Par ailleurs, la possibilité d'obtenir une prescription par un-e infirmier-e, qui n'existe que depuis 2018, semble encore largement méconnue par les femmes immigrantes, car aucune de nos participantes ne l'a mentionné. Cette solution est pourtant pertinente pour obtenir un *counseling* spécialisé, compte tenu de la formation particulière suivie par les infirmier-es

---

<sup>79</sup> Les services de planification familiale offerts en CIUSSS et CISSS sont généralement destinés aux personnes moins de 25 ans.

<sup>80</sup> Il n'y a malheureusement pas de données plus récentes à ce sujet, selon les recherches que nous avons réalisées.

habilité-es à prescrire une contraception faisant l'objet d'un encadrement médical (contraception orale, stérilet, ou autre).

Globalement, l'offre de services publics et communautaires dédiés à la planification familiale pour les femmes de plus de 25 ans gagnerait à être développée, en tenant compte des réalités de la population immigrante.

### → Prendre en compte les réalités de la population immigrante dans l'organisation des services

En premier lieu, les outils manquent pour faire connaître aux nouvelles arrivantes les moyens d'accéder à un *counseling* en matière de contraception. La création de brochures et la disponibilité d'informations en ligne pourraient contribuer à clarifier les parcours de soins permettant d'obtenir des conseils. La diffusion de ces outils pourrait prendre appui sur les organismes communautaires et les réseaux des communautés culturelles, afin de faire circuler l'information.

En second lieu, il serait utile de reconnaître le temps supplémentaire requis pour des soins se déroulant dans un contexte interculturel : il peut aller jusqu'à 40% de plus lorsqu'une barrière de la langue, selon le rapport établi par Battaglini pour la Direction de santé publique et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2007). Dans le même ordre d'idées, il s'agirait de développer les moyens de lever la barrière de la langue (documentation traduite, équipes polyglottes, interprétariat).

En troisième lieu, les organismes publics et communautaires pourraient prendre appui sur l'optique de sécurisation culturelle actuellement promue pour les populations autochtones (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021), afin que les grands principes de cette approche soient également mis en œuvre avec la population immigrante. Les fondements de l'approche de sécurisation culturelle sont en effet valables pour l'interculturalité liée à un parcours migratoire, compte tenu de certains enjeux similaires (visions du monde et systèmes de valeurs potentiellement distincts, situation économique et sociale plus souvent précaires, relations possiblement influencées par des préjugés ou des logiques discriminatoires, pour ne nommer que certains de ces enjeux). L'application de ces principes au niveau interpersonnel, dans les pratiques, sera développée dans la prochaine section.

## 2.2. Au niveau des pratiques

### → Adapter les pratiques aux réalités spécifiques des néo-Québécoises et viser une sécurisation culturelle

Au fil de ce rapport, il a été mis en évidence que les néo-Québécoises sont plus touchées par la précarité économique et sociale : elles sont plus nombreuses à être dans des ménages à faible revenu et à vivre de l'isolement. Par ailleurs, elles sont également plus susceptibles de faire partie d'un groupe racisé : 65% des immigrant-es appartiennent à une minorité visible, la proportion étant de 30% pour les Québécois-es nés-es au Canada (ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, 2015). Finalement, la barrière de la langue, pour une partie des femmes immigrante, est également un facteur de précarité au plan social. Compte tenu de ces réalités, il est important de prêter attention aux contextes de vie des femmes immigrantes, qui jouent un rôle déterminant dans les parcours de soins : ces facteurs sont associés aux inégalités de santé.

Parallèlement à la prise en compte de ces dimensions structurelles, la dimension culturelle est également à considérer. Cependant, il ne s'agit pas de "culturaliser" les situations ou comportements des femmes, c'est-à-dire de les interpréter principalement selon leur appartenance culturelle, car il existe une diversité de points de vue, de conduites et de valeurs au sein d'un même groupe culturel. Il n'est donc pas possible de prédire ce que pense ou ce que veut une personne en fonction de son origine culturelle. L'approche de sécurisation culturelle vise à reconnaître cette diversité intragroupe, tout en prenant en considération les différences interculturelles pouvant susciter des incompréhensions ou malentendus.

Dans cette optique, un principe-clé est l'écoute des besoins et demandes de la personne, sans présumer de ses caractéristiques à partir de son appartenance sociale, culturelle, ethnique ou religieuse. Par ailleurs, il s'agit également de prendre en compte le différentiel de pouvoir existant dans une relation de soin, en vue de rééquilibrer ce lien asymétrique (Zielinsky, 2017)<sup>81</sup>. L'accès à l'information sur la contraception et sa prescription (le cas échéant, pour une contraception médicalisée) dépend en effet des compétences, savoirs et actes professionnels des soignant-es. Leur action vise ultimement le bien-être des femmes, mais il faut toutefois qu'un lien de confiance soit établi pour avoir l'assurance qu'un soin est réalisé dans son meilleur intérêt, et c'est pourquoi l'établissement de ce lien est essentiel pour la qualité des soins.

---

<sup>81</sup> Il y a, bien entendu, le pouvoir de prescrire ou pas, mais aussi le pouvoir associé à la maîtrise de certaines connaissances et à l'autorité conférée par le rôle joué au sein d'une institution (Zielinsky, 2017).

## → Des compétences généralistes particulièrement importantes en contexte interculturel

Les entretiens de recherche réalisées avec des néo-Québécoises ont amplement souligné l'importance de développer un lien de confiance, pour aborder les questions intimes liées à l'usage de la contraception. Se sentir écoutées et considérées, dans les interactions de soin, a été décrit comme un vecteur primordial d'une bonne communication – celle-ci étant indispensable pour atteindre les buts des soins, mais aussi pour développer une relation marquée par la confiance. Cette dernière repose plus particulièrement sur la conviction que les mêmes objectifs sont poursuivis, cette dernière pouvant être plus fragile en contexte interculturel. L'empathie, l'ouverture et le dialogue jouent donc un rôle crucial pour établir des bases relationnelles propices au bon déroulement des soins, ce qui a également été mis de l'avant par l'équipe infirmière du Centre de santé des femmes de Montréal.

Un autre aspect souligné par cette équipe soignante concerne le fait de donner tout le temps nécessaire pour transmettre des informations et valider leur bonne compréhension, compte tenu du contexte interculturel et de la barrière de la langue pour certaines femmes. Laisser aux femmes le temps de la réflexion, pendant ou après la consultation, s'avère aussi utile pour respecter leur autodétermination, ou autrement dit leur cheminement par rapport à la contraception – qui renvoie à des choix de vie importants.

En effet, la question de l'usage ou non d'une contraception, et laquelle, est multidimensionnelle : elle renvoie aux projets de vie, aux liens amoureux et familiaux, à la sexualité mais aussi à la situation économique et sociale des femmes, avant d'être un soin. Le contrôle de la fécondité est ainsi un levier important de l'autonomie des femmes, que le *counseling* en contraception peut soutenir, en étant à l'écoute de leurs souhaits et conditions de vie.

## Bibliographie

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

Battaglini, A. (2007). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate [Rapport]. Direction de santé publique et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/lintervention-de-premiere-ligne-a-montreal-aupres-des-personnes-immigrantes-estime-des-ressources/>

Bélangier, A. et S. Gilbert (2003). *La fécondité des immigrantes et de leurs filles nées au Canada* [Rapport]. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/91-209-X20020009227>

Bélangier, M. (2003). L'intervention interculturelle: une recherche de sens et un travail du sens. *Service Social*, 49(1), 70-93. <https://doi.org/10.7202/006878ar>

Berry, J. W. (2015). Acculturation. Dans J. E. Grusec et P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (p. 520-538). The Guilford Press.

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

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

Black, A., Costescu, D., Guilbert, E., Dunn, S., Norman, W. V., Trouton, K., ... & Blake, J. Consensus sur la contraception: Mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux [Lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada]. [https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted\\_FR%20Apr30.pdf](https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf)

Blackstone, S. R., Nwaozuru, U., et Iwelunmor, J. (2017). Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *International Quarterly of Community Health Education*, 37(2), 79-91. <https://doi.org/10.1177/0272684X16685254>

Carde, E. (2021). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, 39(1), 5-30.

Cohen-Emerique, M. (2015). Le choc culturel : révélateur des difficultés des travailleurs sociaux intervenant en milieu de migrants et réfugiés. *Politiques Sociales*, 2(3-4), 76-87.

Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>

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

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

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

Dunn, S., Xiong, A. Q., Nuernberger, K., et Norman, W. V. (2019). Non-use of contraception by canadian youth aged 15 to 24: findings from the 2009-2010 canadian community health survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(1), 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.05.021>

Finer, L. B., et Zolna, M. R. (2016). Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008–2011. *New England journal of medicine*, 374(9), 843-852.

Foran, T. (2019). Contraception and the media: lessons past, present and future. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 24(1), 80–82. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1563067>

François, J. et Audrain-Pontevia, A.-F. (2020). La santé numérique : un levier pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé au Québec. *Revue Organisations & territoires*, 29(3), 41–55. <https://doi.org/10.1522/revueot.v29n3.1196>

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

Gonin, A. et E. Jouthe (2013). Éthique et travail social. Enjeux, concepts et aspects méthodologiques. Dans E. Harper et H. Dorvil (dir.), *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques* (p. 69-88). Presses universitaires du Québec.

Gonin, A., Lespérance, P., Zennia, S. et Centre de santé des femmes de Montréal (2023a). Accès à la contraception et l'avortement pour les femmes immigrantes au Québec : Quels leviers et obstacles à l'autonomie procréative, du point de vue des néo-Québécoises ? Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours*



*migratoire* [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

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

Götmark, F. et Andersson, M. (2020). Human fertility in relation to education, economy, religion, contraception, and family planning programs. *BMC Public Health*, 20, 265 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8331-7>

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

Henshaw, S. K. (1998). Unintended Pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives*, 30(1), 24–46. <https://doi.org/10.2307/2991522>

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

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

Mkandawire-Valhmu, L. (2018). *Cultural Safety, Healthcare and Vulnerable Populations: A Critical Theoretical Perspective*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315708706>

Massé, R. (2017). L'éthique de l'intervention face à la pluralité des moralités et aux rapports de pouvoir. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 28(2), 123–137. <https://doi.org/10.7202/1041183ar>

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

Médecins québécois pour le régime public (2018). *La santé pour tous et toutes, sans exception! Étude des barrières à l'accès au système de santé public Québécois* [Rapport]. [https://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Rapport\\_MGRP\\_2018\\_La-sante%CC%81-pour-tous-et-toutes-sans-exception-3.pdf](https://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Rapport_MGRP_2018_La-sante%CC%81-pour-tous-et-toutes-sans-exception-3.pdf)

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

Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (2015). *Recueil de statistiques sur l'immigration et la diversité au Québec* [Rapport] Direction de la recherche et de l'analyse prospective du ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. [http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA\\_ImmigrDiversite\\_Politique.pdf](http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA_ImmigrDiversite_Politique.pdf)

Ministère de la santé du Canada (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada* [Rapport]. Presses officielles du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-santecanada-sommaire-executif.html>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit [Rapport]. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003056/>

Moukrim, S. (2017). Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de la santé. Dans J. Beacco, H. Krumm, D. Little et P. Thalgott (dir.), *L'intégration linguistique des migrants adultes: Les enseignements de la recherche* (p. 337-344). De Gruyter Mouton. <https://doi.org/10.1515/9783110477498-046>

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

Osei-Twum, J., Pulfer, E., & Banerjee, A. T. (2019). Exploring the applicability of indigenous cultural safety to immigrant health research. Dans K. B. Newbold et K. Wilson, *A Research Agenda for Migration and Health* (p.138-158). Edward Elgar Publishing.

Oster, M. L. (2013). Influence de la précarité sur l'observance de la contraception. [Mémoire pour obtenir le diplôme d'État de sage-femme, Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes]. <https://core.ac.uk/download/pdf/52194641.pdf>

Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B., Hemlin, I., et Institut national de santé publique du Québec (2013). *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies*. [Rapport]. Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2285441>.

Puccini, P., Vatz-Laaroussi, M. et Gélinas, C. (2022). La médiation interculturelle: Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques. Hoepli.

Rossin, B. (2021). Fake news et contraception. *Sexologies*, 30(3), 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.03.003>

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

Spinelli, A., Talamanca, I. F., et Lauria, L. (2000). Patterns of contraceptive use in 5 European countries. European Study Group on Infertility and Subfecundity. *American journal of public health*, 90(9), 1403–1408. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.9.1403>

Stick, M., Hou, F. et Kaida, L. (2021). La solitude autodéclarée chez les immigrants récents, les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada [Rapport]. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2021007/article/00001-fra.htm>

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

Street, M. C. (2015). *La relation entre la migration et la fécondité chez des immigrantes de première génération au Québec* [Thèse de doctorat, Institut national de la recherche scientifique - Centre Urbanisation Culture Société]. <https://espace.inrs.ca/3307/>

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

Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., et Abdulrahim, S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medecine*, 75(12), 2099–2106.

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

Wiebe, E. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in Canada. *Canadian Family Physician*, 59(10), 451–5.

Wu, J., Meldrum, S., Dozier, A., Stanwood, N., & Fiscella, K. (2008). Contraceptive nonuse among US women at risk for unplanned pregnancy. *Contraception*, 78(4), 284-289.

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

Zielinski, A. (2017). 7. Une éthique de la relation. Dans A. Bioy (dir.), *Soins palliatifs: En 54 notions* (p. 46-51). Dunod. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/dunod.bioyv.2017.01.0046>