

# Audrey Gonin



Biographie : Audrey Gonin (PhD psychologie sociale) est professeure à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal. Ses recherches portent sur le système de santé et de services sociaux et ses aspects éthiques : elle s'intéresse à la qualité des interventions et aux enjeux d'égalité dans l'accès aux soins, dans une optique de justice sociale et de respect des personnes, en particulier pour les femmes et la population immigrante. Elle assure par ailleurs la co-direction de la revue *Nouvelles pratiques sociales* ([www.nps.uqam.ca](http://www.nps.uqam.ca)).

*Accès aux soins de santé reproductive en  
contexte migratoire :*

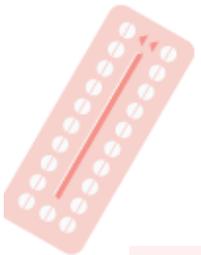
*Pratiques contraceptives et expériences de soin  
de femmes immigrantes au Québec*

**PROJET DE RECHERCHE PARTENARIAL (financement UQAM et CRSH) :**

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

## *Objectifs de la présentation*

1. Partager les résultats d'une recherche sur les barrières d'accès à la contraception pour les femmes immigrantes et leurs expériences des soins de santé reproductive
2. Présenter les outils de diffusion que nous avons élaborés : dossier web, fiches-synthèse et balado



## Mise en contexte



CENTRE DE SANTÉ  
DES FEMMES  
DE MONTRÉAL



- ▶ À l'origine du projet, le Centre de santé des femmes de Montréal :

*Constat de besoins spécifiques chez les femmes immigrantes, quel que soit leur pays de naissance, et volonté d'adapter les pratiques*

## Mise en contexte (suite)

- Population immigrante dans la région de Montréal \* : 34% en 2016
- Des inégalités d'accès aux soins pour la population d'immigration récente qui sont bien connues (réf. 1-4)
- Plusieurs recherches suggèrent que, au niveau pancanadien :
  - **les femmes immigrantes n'ayant pas l'intention d'être enceintes utiliseraient moins la contraception** (réf. 5- 9)
  - **des problématiques d'accès aux soins en SSR sont observables dans plusieurs provinces** (réf. 9- 13)

*...mais pas d'étude menée spécifiquement au sujet de l'accès à la contraception au Québec...*



\*[https://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/presse/Portrait-Immigration\\_Montreal.pdf](https://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/presse/Portrait-Immigration_Montreal.pdf)

## Objectifs du projet de recherche :

- ▶ Mieux connaître les pratiques contraceptives des femmes immigrantes et leurs parcours d'accès aux soins (ou pas !)
  - ❖ *Phase de recherche qualitative -> entretiens avec des femmes immigrantes concernant leurs expériences de soins de santé reproductive*
  - ❖ *Phase de recherche quantitative -> comparaison des pratiques contraceptives femmes immigrantes / nées au Canada*



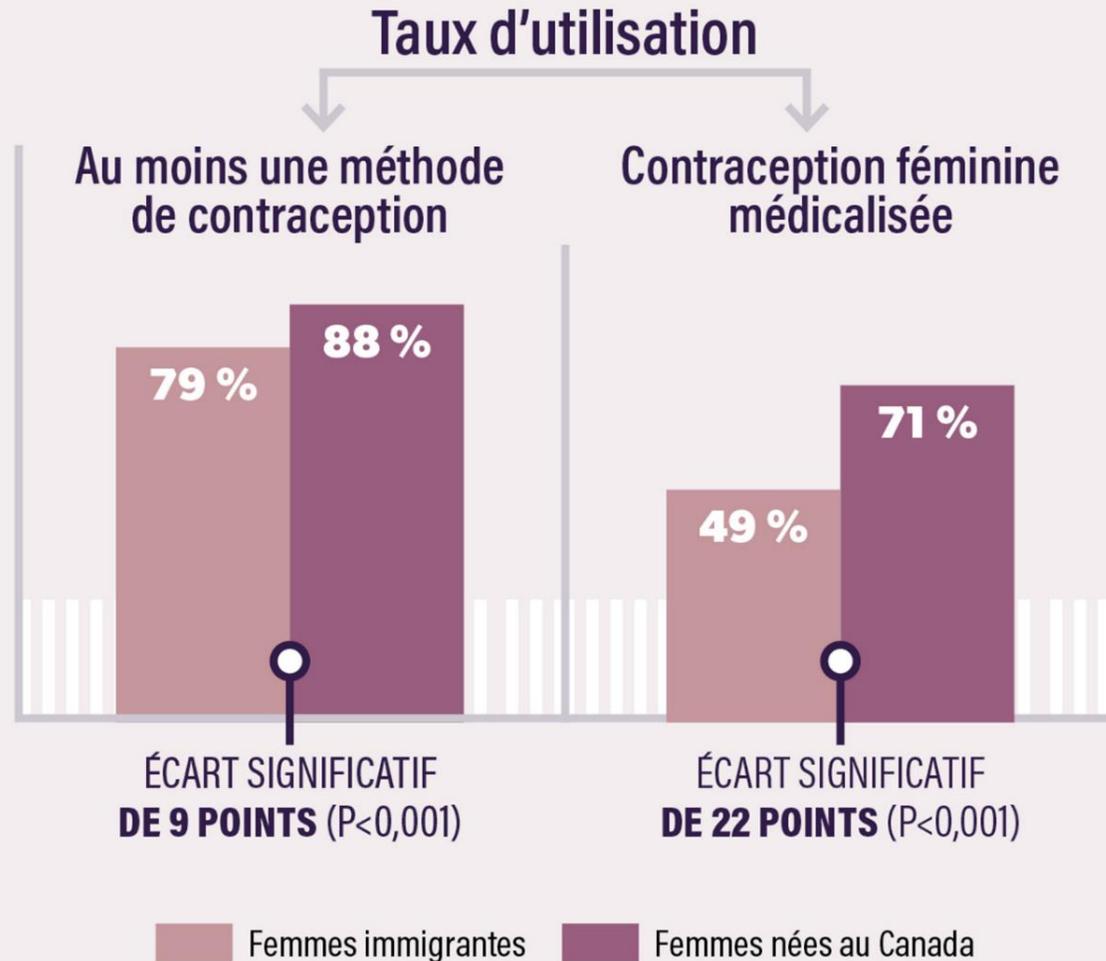
## *Méthode de la phase de recherche quantitative*

- ❖ Analyse secondaire des données concernant la contraception de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (2014-2015)
  - **But : identifier les caractéristiques des pratiques contraceptives des néo-Québécoises, par rapport aux Québécoises nées au Canada (15,73% vs. 83,27% de la population du Québec)**
- ❖ Population : femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives avec des hommes et qui ne sont pas enceintes -> N = 9 511 (enquête représentative de 98,8% de la population du Québec)



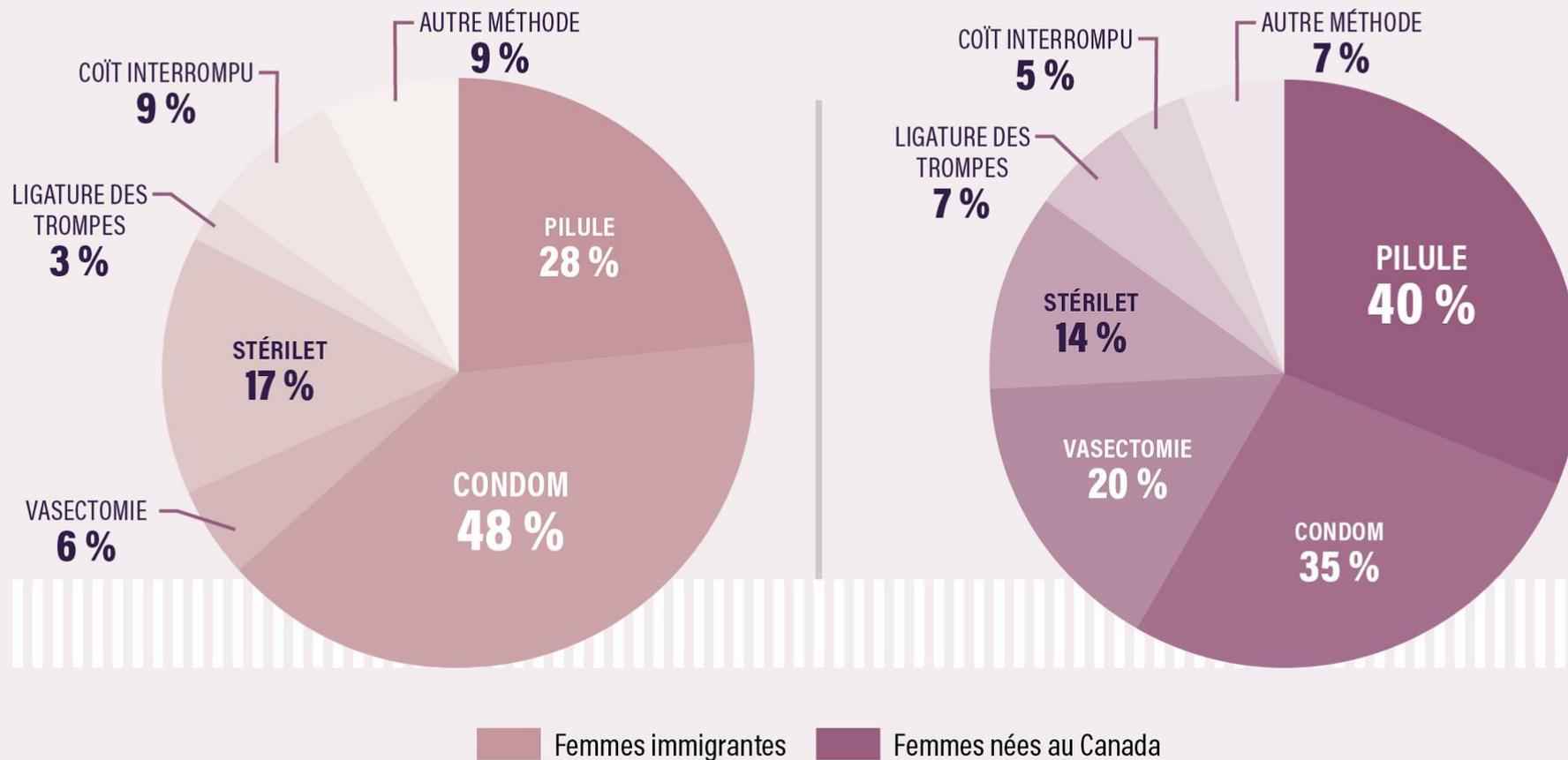
## Principaux résultats

1. Un moindre recours à la contraception



2. Une moindre utilisation de la contraception féminine médicalisée (pilule, stérilet, ligature des trompes)

## Taux d'utilisation des différentes méthodes contraceptives\*



Les femmes immigrantes utilisent **moins souvent** :

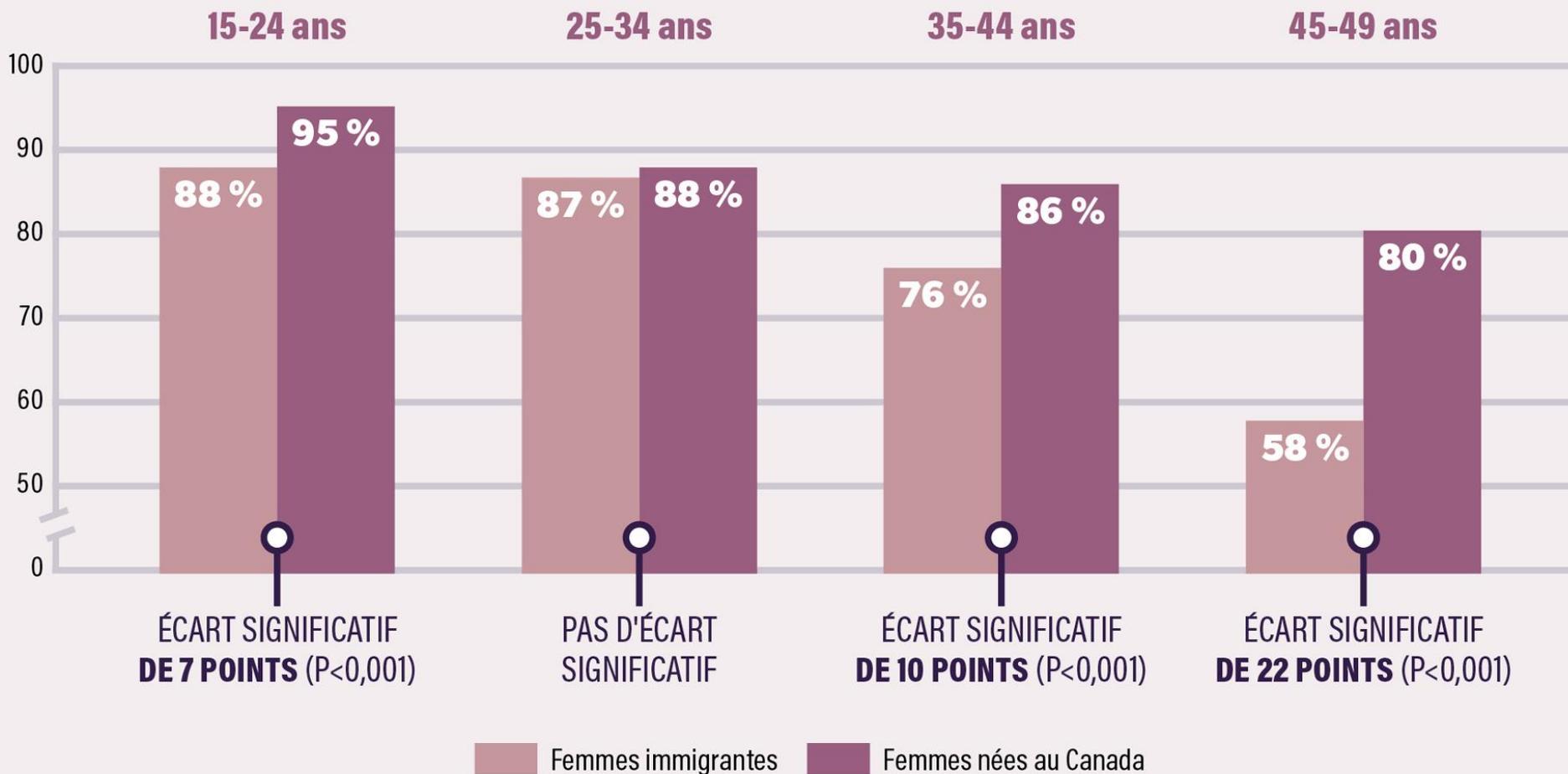
- la pilule : 12 points d'écart ( $p < 0.001$ )
- la vasectomie: 13 points d'écart ( $p < 0.001$ )
- la ligature des trompes : 4 points d'écart ( $p < 0.001$ )

mais **plus souvent** :

- le condom : 13 points d'écart ( $p < 0.001$ )
- le coït interrompu : 4 points d'écart ( $p < 0.001$ )

*L'utilisation du stérilet est comparable ( $p = 0.09$ )*

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



➤ Des écart significatifs pour toutes les tranches d'âge, sauf celle des 25 à 34 ans.

➤ On remarque des écarts plus marqués chez les femmes de plus de 35 ans.

***Éléments de contexte  
pouvant influencer  
les pratiques  
contraceptives :***

❖ ***Coût de la contraception***

- Il y a une surreprésentation des femmes immigrantes dans les ménages à faibles revenus (38,4% vs 19,2%,  $p < 0,001$ )
- Elles sont moins susceptibles d'occuper un emploi (67,5% vs 84,3%,  $p < 0,001$ )

❖ ***Accès à un médecin :***

- Les femmes immigrantes sont moins susceptibles d'avoir vu un médecin dans la dernière année (71% vs 77%,  $p < 0,001$ )

## *Principales conclusions de la phase quantitative*

- En prenant en compte l'influence des variables sociodémographiques (âge, composition du foyer, revenus, scolarité) dans des analyses multivariées :
  - ***Le fait d'être immigrante est un des principaux déterminants des pratiques contraceptives (utiliser ou non une méthode de contrôle de la fécondité, et laquelle)***
- Le fait d'avoir un faible revenu influence négativement l'utilisation de la contraception, chez les néo-Québécoises, et réduit la probabilité de recourir à une méthode féminine médicalisée pour toutes les Québécoises.

## *Méthode de la phase de recherche qualitative*

- ❖ 12 entretiens ont été réalisés avec des femmes nées dans différents continents : Afrique (Algérie, Tchad), Amériques (Haïti, Martinique, Mexique), Asie (Chine), Europe (Chypre, France, Norvège).
- ❖ Limite : pas de fonds pour rémunérer des interprètes, alors les entrevues ont été réalisées en français ou en anglais -> barrière de la langue...
- ❖ Données non représentatives, mais très informatives ! Elles ont été analysées en prenant appui sur le modèle d'accès aux soins de Lévesque et al. (2013).



*Des obstacles  
rencontrés à toutes  
les étapes  
du parcours :*

**1. Accessibilité des soins :**

 **La complexité du système  
de santé québécois**

- ▶ Information peu accessible

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

- ▶ Une difficulté à « naviguer » dans le système de santé

« 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. » (Camille)

*Des obstacles  
rencontrés à toutes  
les étapes  
du parcours (suite) :*

**2. Acceptabilité des soins**

 **Une confiance à établir**

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

**3. Disponibilité des soins**

 **Des problèmes de disponibilité  
des services**

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

***Des obstacles  
rencontrés à toutes  
les étapes  
du parcours (suite) :***

**4. Abordabilité**



**L'obstacle du coût de  
la contraception**

« Les stérilets ne sont pas couverts par certaines assurances r, ce qui fait que c'est cher. » (Mariam)

« J'ai recommencé la pilule parce que c'était plus simple pour moi, de me remettre sous pilule.

Q : Ok, qu'est-ce qui était plus simple ?

Ben de.... C'était plus, ah oui c'était plus simple parce que ça me coûtait moins cher, c'est ça. » (Mme H.)

**5. Pertinence des soins**



**Un manque de temps et d'écoute**

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

*Des obstacles  
rencontrés à toutes  
les étapes  
du parcours (suite) :*



**Des lacunes dans  
l'information donnée**

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



**Ne pas pouvoir opérer  
un choix libre et éclairé**

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

► Toutefois, les expériences sont variables et les participantes ont témoigné de leur appréciation de soins de qualité :

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

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

# *Pistes pour favoriser l'accès aux soins contraceptifs*

(accessibilité du *counseling* et de méthodes médicalisées)

- *Au niveau organisationnel et des politiques de santé :*

- Mieux informer sur les modalités d'accès au *counseling* en contraception
- Développer les services publics et communautaires offrant du *counseling* :
  - 1) spécialisé en contraception
  - 2) adapté aux réalités des néo-Québécoises.



- *Au niveau des pratiques :*

- Connaître les **défis spécifiques** rencontrés par les femmes immigrantes, pour en tenir compte dans la manière d'offrir les soins
- Importance de créer un bon **lien de confiance** :
  - 1) prendre le temps
  - 2) communication de qualité
  - 3) sécurisation culturelle des soins

## Outils pour la diffusion de ces connaissances :

<https://cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Dossier web sur le site du  
CREMIS, où trouver :

- 2 fiches-synthèse
- balado (20 min)
- présentation des principaux résultats
- rapport de recherche



### Contraception et immigration au Québec

[Accueil](#) / [Publications](#) / [Dossiers thématiques](#) / [Contraception et immigration au Québec](#)

Ce dossier porte sur les pratiques contraceptives des femmes immigrantes et les problématiques d'accès à la planification familiale rencontrées par cette population.

Il s'adresse aux soignant·es et intervenant·es qui abordent la santé sexuelle et reproductive avec des femmes nées à l'étranger, afin de :

- Sensibiliser les acteurs du domaine de la santé et des services sociaux aux difficultés d'accès aux soins contraceptifs pour cette population
- Proposer des pistes de solution

#### SECTIONS DU DOSSIER

- [Portrait des pratiques contraceptives](#) →
- [Obstacles rencontrés par les femmes](#) →
- [Pistes pour lever les obstacles](#) →
- [Productions et publications](#) →
- [Recherche et crédits](#) →

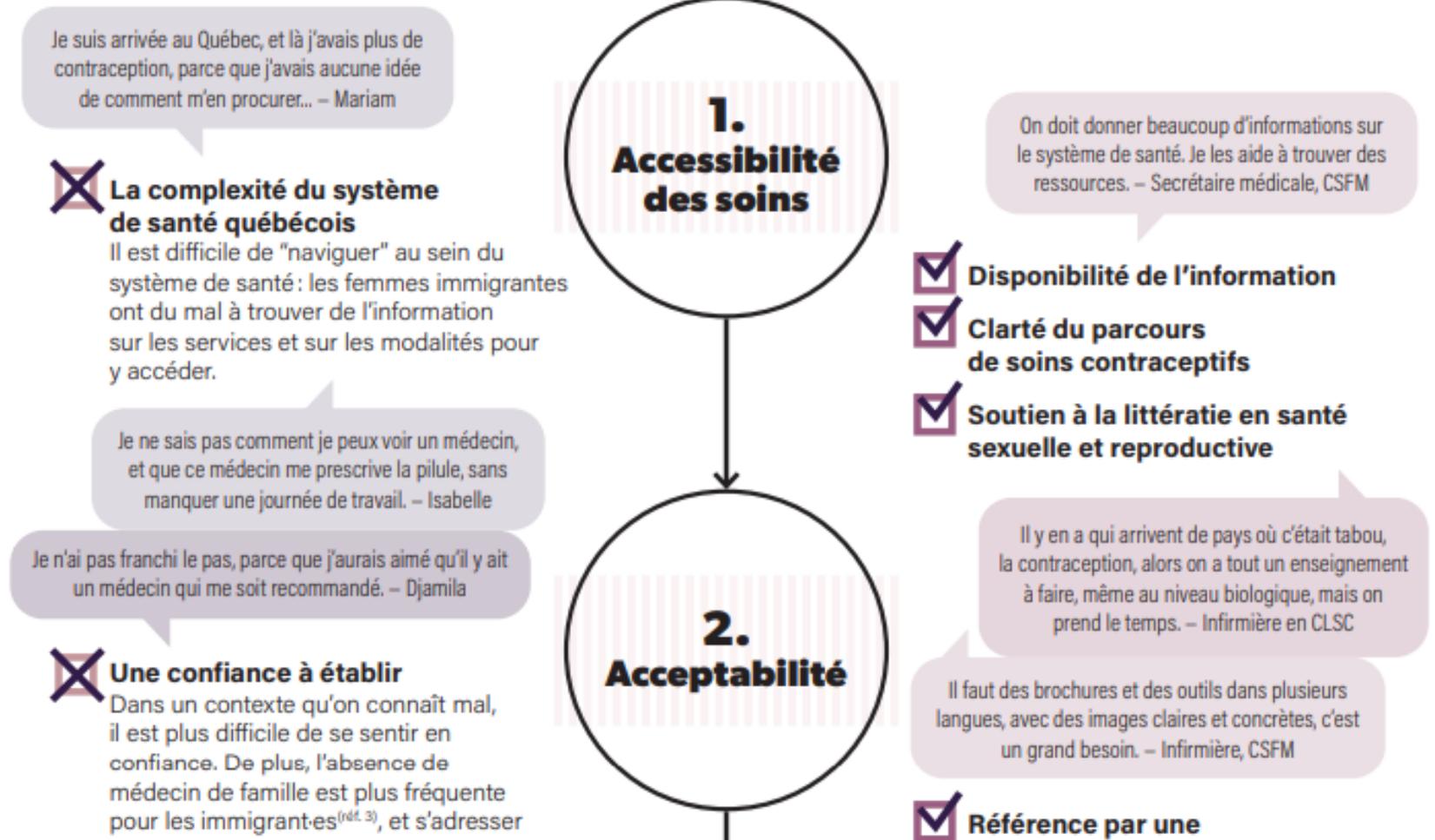
## Deux questions de recherche complémentaires

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

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

Fiche-synthèse accès aux soins contraceptifs :

<https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2023/03/Access-contraception-femmes-immigrantes.pdf>



## ***Références concernant l'accès aux soins de la population immigrante au Canada***

1. Gushulak, B.D., Pottie, K., Hatcher Roberts, J., Torres, S., DesMeules, M., Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. (2011). Migration and health in Canada: Health in the global village. *CMAJ*, 183(12), E952–E958. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090287>
2. Lecours, C. et Neil, G. (2015). État de santé, utilisation des services de santé et besoins non comblés des immigrants au Québec. *Zoom santé, bulletin de l'Institut de la statistique du Québec*, Québec : Institut de la statistique du Québec. Récupéré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201512.pdf>, le 25/12/2019.
3. Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., Narasiah, L., Kirmayer, L. J., Ueffing, E., MacDonald, N. E., Hassan, G., McNally, M., Khan, K., Buhrmann, R., Dunn, S., Dominic, A., McCarthy A. E., Gagnon, A. J., Rousseau, C., Tugwell, P., et les coauteurs de la Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*. 183(12), E824-E925.
4. Wu, Z., Penning. M. J., Schimmele, C. M. (2005). Immigrant status and unmet health care needs. *Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Santé Publique*, 96, 369–373.

## ***Références concernant l'utilisation de la contraception chez les femmes immigrantes au Canada***

5. Aptekman, M., Rashid, M., Wright, V., Dunn, S. (2014). Unmet contraceptive needs among refugees Crossroads Clinic experience. *Canadian Family Physician*, 60, e613-e619.

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

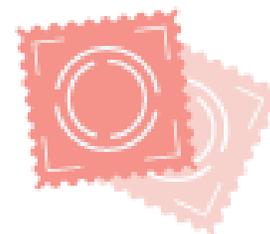
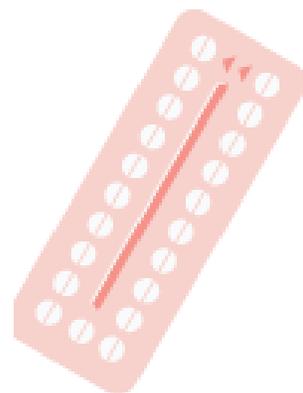
7. Lévesque, S., Mathieu-C., S., Guilbert, É., Lambert, G., Beaulieu Prévost, D., Blais, M., Boislard, M. et Lévy, J. (2017). Connaissances et utilisation des méthodes contraceptives et de la contraception d'urgence par les étudiantes québécoises de niveau collégial et universitaire : résultats de deux enquêtes complémentaires. *Service social*, 63(2), 50–70.

8. Martin, K., et Wu, Z. (2000). Contraceptive Use in Canada: 1984-1995. *Family Planning Perspectives*, 32 (2), 65-73.

9. Wiebe, E. R. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and non immigrant women in Canada. *Canadian Family Physician*, 59, E451-E455.

10. Hulme, J., Dunn, S., Guilbert, E., Soon, J., & Norman, W. (2015). Barriers and facilitators to family planning access in Canada. *Healthcare Policy*, 10(3), 48–63.
11. Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K. R., & 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>
12. Machado, S., Wiedmeyer, Ml., Watt, S. *et al.* (2021) Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008–2018). *J Immigrant Minority Health* . <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w>
13. Newbold, Bruce K. and Jacqueline Willinsky (2009). Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perceptions of healthcare providers. *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 11, No. 4, May 2009, 369–382. <https://doi.org/10.1080/13691050802710642>

## *Informations complémentaires*



# Régressions logistiques 1 et 2 – pratiques contraceptives selon l'immigration

(toutes les femmes susceptibles d'utiliser une contraception)

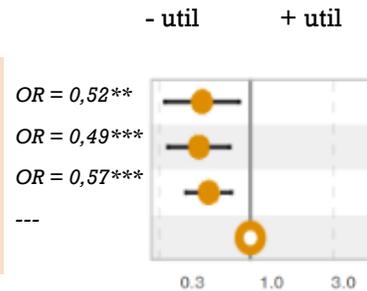
## Modèle de régression logistique qui inclut :

- âge,
- composition du foyer,
- revenus,
- occupation,
- niveau de scolarité,
- dernière consultation d'un médecin,
- être native du Canada ou immigrante (+nb d'année depuis l'immigration)

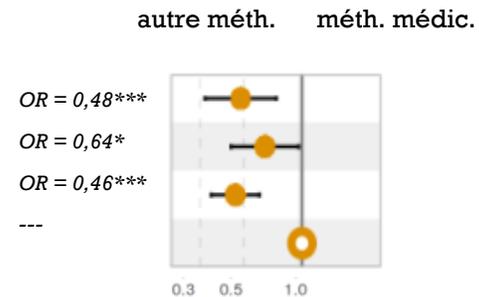
Immigr. < 5 ans :  
Immigr. 5-10 ans :  
Immigr. > 10 ans :  
Nées au pays :

Rmq : la catégorie « Nées au pays » est la valeur de référence à laquelle les autres catégories sont comparées

### RL1 : utilisation de la contraception ou non



### RL2 : méthode féminine médicalisée\* vs. autre contraception

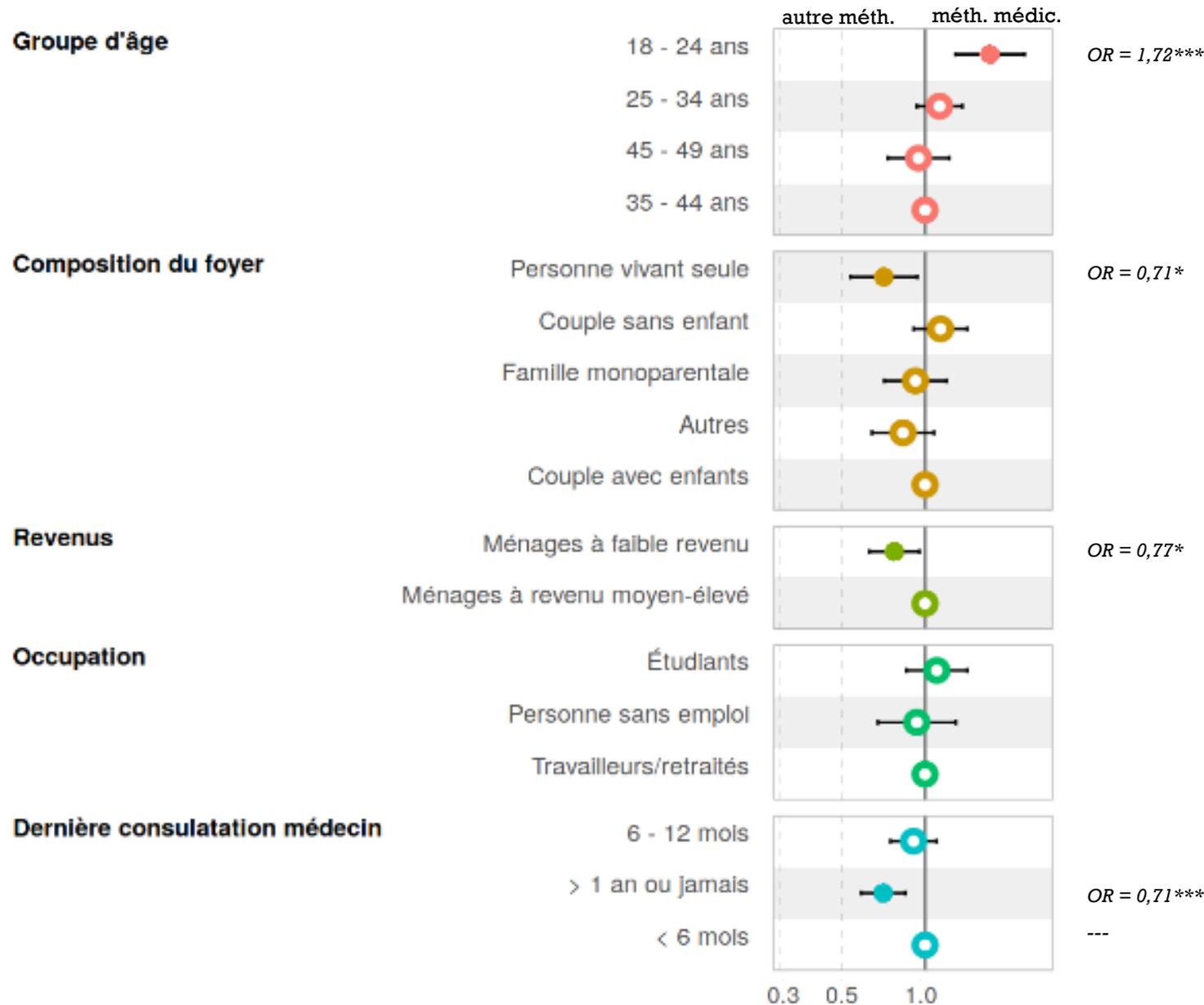


\* i.e. méthodes de contraception féminine qui requièrent le recours au système de santé (pilule, stérilet, ligature des trompes)

## Conclusions :

1. Moindre utilisation de la contraception
2. Moindre recours aux méthodes féminines médicalisées
3. Et ce, même si immigr. > 10 ans

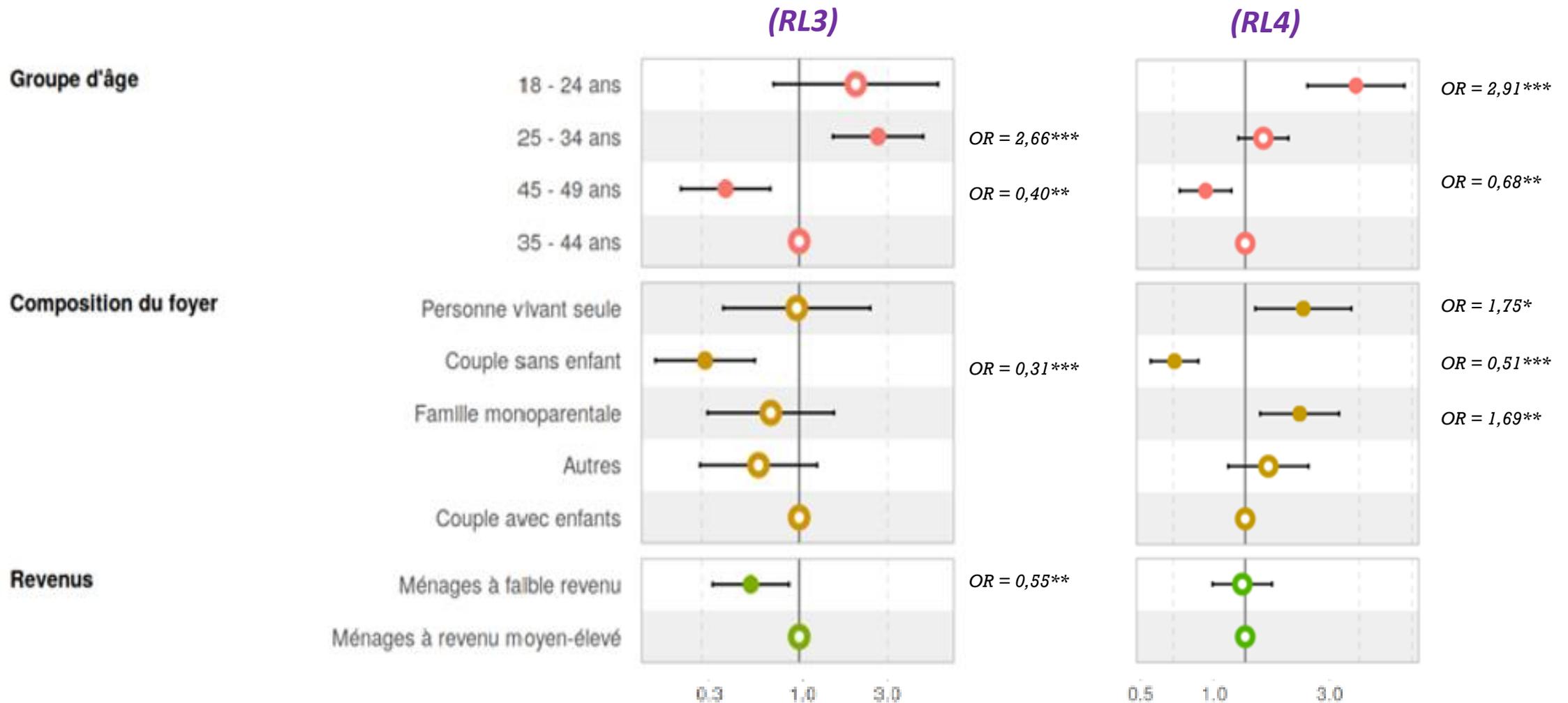
## RL2 utilisation d'une contraception féminine médicalisée vs. autre méthode *(toutes les femmes susceptibles d'utiliser une contraception)*



***L'utilisation d'une contraception féminine médicalisée, pour toutes les femmes, est :***

1. davantage utilisée chez les 18-24 ans
2. moins utilisée par les femmes qui vivent seules
3. moins utilisée quand faible niveau de revenu
4. moins utilisée quand consultation médicale il y a plus d'un an

# Utilisation de la contraception ou non – néo-Québécoises vs. Québécoises nées au Canada



→ Les profils des femmes immigrantes sont distincts, au niveau des variables liées à l'utilisation d'une contraception ou non.