

Identification des facteurs qui influencent l'utilisation  
des services de santé sexuelle et reproductive chez  
les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Sawadogo Martine

Thèse soumise à la

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Comme exigence partielle de la maîtrise en sciences infirmières avec  
spécialisation en études féministes et de genre

École des sciences infirmières  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa

© Martine Sawadogo, Ottawa, Canada, 2016

## Table des matières

Remerciements .....	v
Glossaire.....	vii
Résumé .....	ix
Summary.....	x
Chapitre 1: La problématique .....	1
1.1 Énoncé du problème de recherche .....	1
1.2 Considérations théoriques.....	7
1.3 But de la recherche .....	7
1.4 Questions de recherche.....	8
1.5 Position épistémologique : perspective féministe.....	8
Chapitre 2: Recension des écrits.....	10
2.1 Immigration des femmes d'ASS au Canada et à Ottawa.....	10
2.2 Constats et perspectives d'immigrants en santé .....	11
2.3 Santé sexuelle et reproductive des femmes d'ASS.....	13
2.4 Services de santé sexuelle et reproductive à Ottawa.....	16
2.4.1 Services disponibles.....	16
2.4.2 Utilisation inadéquate des services de SSR chez les femmes immigrantes.....	17
2.5 Pratiques infirmières et services de SSR .....	19
2.6 Cadre de référence : Adaptation du Modèle d'utilisation des services d'Andersen et Newman .....	20
Chapitre 3: Méthodologie.....	22
3.1 Devis de recherche .....	22
3.2 Population à l'étude, échantillon et caractéristiques .....	22
3.3 Milieu et recrutement .....	24
3.4 Méthode de collecte des données .....	25
3.5 Déroulement de l'étude.....	27
3.6 Analyse des données : Analyse de contenu .....	28
3.7 Considérations éthiques .....	30
3.7.1 Avantages.....	31
3.7.2 Degré d'immersion dans la recherche .....	31
3.7.3 Obstacles et solutions.....	32
Chapitre 4: Portrait des participantes de l'étude .....	35
4.1 Caractéristiques sociodémographiques des participantes de l'étude.....	35

<b>4.2 Principaux thèmes et sous thèmes identifiés dans les résultats.....</b>	<b>42</b>
<b>4.3 Principaux problèmes de SSR rencontrés par les participantes .....</b>	<b>43</b>
<b>4.4 Services de SSR utilisés par les participantes de l'étude.....</b>	<b>46</b>
<b>4.5 Principaux facteurs qui affectent l'utilisation des services de SSR chez les participantes.....</b>	<b>47</b>
<b>Chapitre 5 : Discussion.....</b>	<b>55</b>
<b>5.1 Adaptation du Modèle d'utilisation des services de santé de Andersen et Newman puis de Song et ses collègues.....</b>	<b>55</b>
<b>5.2 Culture comme toile de fond dans l'utilisation des services de santé.....</b>	<b>56</b>
<b>5.2.1 Influence du bagage socioculturel préexistant avant l'immigration.....</b>	<b>56</b>
<b>5.2.2 Tensions socioculturelles post migratoires en matière de SSR .....</b>	<b>58</b>
<b>5.3 Facteurs socioculturels qui limitent l'utilisation des services de SSR chez les femmes d'ASS durant la période post migratoire .....</b>	<b>60</b>
<b>5.3.1 Facteurs prédisposants .....</b>	<b>60</b>
<b>5.3.2 Facteurs habilitants .....</b>	<b>62</b>
<b>5.3.3 Besoins .....</b>	<b>65</b>
<b>5.3.4 Facteurs migratoires .....</b>	<b>66</b>
<b>5.4 Facteurs socioculturels qui favorisent l'utilisation des services de SSR des femmes d'ASS durant la période post migratoire .....</b>	<b>67</b>
<b>5.4.1 Facteurs prédisposants .....</b>	<b>67</b>
<b>5.4.2 Facteurs habilitants .....</b>	<b>70</b>
<b>5.4.3 Besoins .....</b>	<b>70</b>
<b>5.5 Facteurs qui limitent et /ou qui favorisent l'utilisation des services de SSR durant la période post migratoire.....</b>	<b>71</b>
<b>5.6 Impact de l'étude sur les participantes .....</b>	<b>73</b>
<b>5.7 Recommandations.....</b>	<b>75</b>
<b>5.7.1 Pour la pratique infirmière.....</b>	<b>75</b>
<b>5.7.2 Pour la formation infirmière.....</b>	<b>76</b>
<b>5.7.3 Pour la recherche .....</b>	<b>77</b>
<b>5.7.4 Pour la pratique infirmière de niveau avancé.....</b>	<b>77</b>
<b>5.8 Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>79</b>
<b>5.8.1 Forces.....</b>	<b>79</b>
<b>5.8.2. Limites .....</b>	<b>80</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>81</b>
<b>Références .....</b>	<b>82</b>
<b>Annexe 1: Lettres de demande de soutien au recrutement .....</b>	<b>95</b>
<b>Annexe 2: L'affiche publicitaire du projet d'étude .....</b>	<b>99</b>
<b>Annexes 3: Invitation à participer pour participante.....</b>	<b>100</b>
<b>Annexe 4: Formulaire de consentement .....</b>	<b>101</b>
<b>Annexe 5 : Texte de recrutement verbal.....</b>	<b>104</b>

<b>Annexe 6: Ressources en cas de détresse psychologique .....</b>	<b>105</b>
<b>Annexe 7: Texte à poster sur le site web des milieux.....</b>	<b>106</b>
<b>Annexe 8: Guide d'entrevue .....</b>	<b>107</b>
<b>Annexe 9: Liste de ressources communautaires pour femmes dans la Ville d'Ottawa.....</b>	<b>109</b>
<b>Annexe 10: Fiches des problèmes de SSR.....</b>	<b>113</b>
<b>Annexes 11: Définitions des termes .....</b>	<b>115</b>
<b>Annexe 12: Approbations éthiques (Université d 'Ottawa, Cité Collégiale).....</b>	<b>117</b>
<b>Annexe 13:Tableau 1 - Profil sociodémographique des participantes de l'étude .....</b>	<b>119</b>
<b>Annexe 14: Figure 2 - Arborescence des thèmes de l'étude .....</b>	<b>120</b>
<b>Figure 1 : Adaptation du Modèle d'utilisation des services d'Andersen et Newman (1973) et de Song &amp; al. (2010) .....</b>	<b>21</b>
<b>Tableau 2 : Les thèmes, les sous-thèmes et les codes.....</b>	<b>42</b>

### **Remerciements**

Je tiens à remercier Mme Viola Polomeno, Inf., PhD., ma directrice de thèse et Mme Denise Moreau, Inf., PhD., ma co-directrice de thèse. Vous avez été d’un soutien inestimable à tous les niveaux et je vous suis très reconnaissante non seulement pour vos connaissances et l’encouragement que vous m’avez montrée tout au long de ma maîtrise, mais aussi pour les conseils, l’empathie, l’écoute, et le mentorat que vous m’avez gracieusement témoignés depuis mes études au premier cycle. Reconnaissant votre engagement à mon succès au cours des quatre dernières années, je me sens si heureuse, si fière et privilégiée de connaître de si braves femmes et d’avoir reçu une telle considération. Mille mercis.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à Professeure Andrea Martinez, membre de mon comité de thèse, qui a fourni une rétroaction pertinente tout au long de ce processus afin d’accompagner mon avancement universitaire et la réalisation de cette thèse. Votre constante expertise est une source d’inspiration et de réconfort, et je vous remercie sincèrement pour le temps et les efforts investis en moi. Je vous garantis que cet effort n’est pas une peine perdue.

Ma reconnaissance va aussi aux douze femmes qui ont participé à cette recherche et aux quatre participantes qui ont contribué au prétest du guide d’entrevue. Sans leur courage et leur enthousiasme à partager leurs expériences et celles des femmes de leurs communautés, ce projet n’aurait pas vu le jour. Je trouve inspiration dans la force, la capacité de résilience et l’optimisme de ces femmes pour surmonter mes propres défis en tant que femme et immigrante.

J’aimerais sincèrement remercier l’École des sciences infirmières de l’Université d’Ottawa, le Réseau de Recherche Appliquée sur la Santé des Francophones de l’Ontario (RRASFO), le Consortium National de Formation en Santé (CNFS)-Volet Université d’Ottawa ainsi que l’Institut de recherche de l’Hôpital Montfort pour leur générosité et leur contribution financière et logistique à la réalisation de cette recherche. Je tiens aussi à souligner et à remercier La Cité, le Centre communautaire Vanier et l’École des adultes le Carrefour à Ottawa pour leur soutien au recrutement et aux entrevues des participantes de cette recherche.

Je remercie toute ma famille éloignée et rapprochée. Particulièrement, à mes frères Joseph et Victor Sawadogo, merci pour le soutien à la correction des premières ébauches de la thèse. Je remercie également mes parents biologiques et adoptifs qui ont cru constamment en

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

moi et en mes capacités de poursuivre ma voie et de surmonter les épreuves dans la vie. La fin de cette étude est une victoire que je suis certaine qu'elle rendra fière Nongdo et Agnès dans votre case à Somassi aussi bien que Cécile et Joanny dans votre demeure céleste.

Je remercie toutes et tous mes ami-e-s pour leur patience, leur amour et leur soutien constant tout au long de mes études. Particulièrement, je remercie Géraldine Bayala, Christian Soma, Aminata Cissoko, Nancy Paris, Miranda F. Dossou. B, Yalowan Dossa, Jaime Stewart, Darlene Summer, Marie-Claire Essebe, Franklin, G. Epape, Elema Bayala, Azaratou Sawadogo, Mahomed et Asmao Kagembega ainsi que Marthe Yaro Simard pour ne citer que quelques-uns qui ont su m'accompagner dans mon cheminement académique et m'encourager dans les moments difficiles. Cette recherche est aussi la vôtre pour tous nos débats stratégiques dans le but de changer positivement nos vies.

Enfin, je remercie Saturnin Toni, mon conjoint dont l'entrée dans ma vie d'étudiante chercheuse a nécessité beaucoup de défis et d'ajustements que tu as su montrer avec la patience et de l'affection. Je suis très consciente des efforts que tu as faits ces deux dernières années et je suis heureuse de vivre à tes côtés.

**Cette thèse est consacrée à ma mère, Marie Agnès Tapsoba, pour te rendre hommage de tous tes efforts et sacrifices et te dire simplement :**

**Je t'aime.**

**«Essayons de changer ce que signifie être une femme»**

**Waris Dirie**

## Glossaire

### Acronymes des termes :

**ACSP:** Agence Canadienne de Santé Publique.

**AIIC/CNA:** Association des Infirmiers et Infirmières du Canada/ Canadian Nurse Association

**AIAO/ RNAO:** Association des Infirmiers et Infirmières Autorisés de l'Ontario/ Registered Nurses Association of Ontario.

**AMREF:** African Medical Research Foundation.

**ASS:** Afrique Subsaharienne. L'Afrique subsaharienne est la partie de l'Afrique située au sud du Sahara. Elle est généralement appelée l'Afrique Noire et se compose de tous les pays à l'exception de *l'Égypte et du Maghreb*. Elle regroupe 48 pays. Les 19 pays francophones d'ASS sont le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, le Centrafrique, le Congo Brazzaville, le Congo Kinshasa, la Côte d'Ivoire, le Djibouti, le Gabon, la Guinée, la Guinée Équatoriale, le Madagascar, le Mali, le Niger, le Rwanda, le Sénégal, le Togo, et le Tchad.

**CÉSOC:** Conseil Économique et Social d'Ottawa-Carleton (accueil et établissement des immigrants).

**CHANGE:** The Center for Health and Gender Equity.

**CIC:** Citoyenneté et Immigration Canada.

**CIPD :** Conférence Internationale pour la Population et le Développement, tenue au Caire en Egypte en 1994 a permis d'affirmer le droit à la « santé sexuelle et reproductive ». Les 179 gouvernements participants se sont engagés à fournir l'accès universel à la santé reproductive pour 2015.

**CPSO:** Conseil de Planification Social d'Ottawa.

**FCFA:** Fédération des Communautés Francophones et Accadiennes du Canada.

**HWCYS:** The Healthy Women, Children and Youth Secretariat.

**IAG :** Infection de l'appareil génital

**ICREF:** Institut Canadien de Recherche sur les Femmes.

**IPA:** Infirmière en pratique avancée

**IPPF:** International Planned Parenthood Federation.

**IRIS :** Institut de recherche et d'informations socio-économiques.

**ITS:** Infections transmissibles sexuellement.

**MGF:** Mutilations génitales féminines.

**MICC:** Ministère de l'Immigration et de la Citoyenneté du Canada.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

**OIO:** Ordre des Infirmiers et Infirmières de l'Ontario.

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé.

**ONUSIDA:** Organisation des Nations Unies pour le SIDA.

**OWHN:** Ontario Women's Health Network.

**SIDA:** Syndrome de l'Immunodéficience Acquise.

**SPO:** Santé Publique Ottawa.

**SSR :** Santé Sexuelle et Reproductive.

**VIH:** Virus de l'Immunodéficience Acquise.

**WHWH:** Women's Health in Women's Hands.

## Résumé

La santé sexuelle et reproductive (SSR) est un enjeu préoccupant pour les femmes d'Afrique subsaharienne (ASS). Ces femmes sont les plus confrontées au VIH/SIDA, au manque de connaissances sur la SSR, aux ressources et services limités en matière de SSR et aux contraintes socioculturelles en matière de sexualité. Les femmes devenues relativement nombreuses dans l'immigration canadienne, plusieurs études soutiennent que la majorité d'entre elles tout comme les nouveaux arrivants, éprouvent des difficultés de navigation dans le système canadien de santé dues aux difficultés linguistiques, culturelles et aux connaissances limitées. Jusqu'à présent, peu d'études ont été faites auprès des femmes immigrantes d'ASS en tant qu'utilisatrices de services de SSR au Canada. Cette recherche vise à identifier les facteurs socioculturels qui influencent l'utilisation des services de SSR chez des femmes immigrantes francophones d'ASS d'Ottawa. Une approche qualitative exploratoire selon une perspective féministe a permis de répondre aux questions de recherche. Des entrevues individuelles auprès de douze femmes provenant d'ASS montrent que la culture est la principale toile de fond des facteurs prédisposants, habilitants, déclenchants et migratoires dans l'utilisation des services de SSR. Ce marquage culturel ancré dans l'éducation sexuelle, les connaissances, les croyances, les pratiques sur la sexualité et la reproduction influence la SSR des femmes. De plus, la maternité, déterminante tant pour la santé que pour l'identité de femme, fait de toute condition d'infertilité, une fatalité à résoudre en ASS. Enfin, un réseau social sélectif, homogène et culturel constitue une barrière considérable dans l'utilisation des services de SSR. Cette étude renforce l'importance pour les soins infirmiers, de considérer l'aspect culturel dans la prise en charge et la promotion de la SSR auprès des femmes immigrantes d'ASS.

### **Summary**

Sexual and reproductive health (SRH) is a serious issue for women from Sub-Saharan Africa (SSA). These women are the ones who are the most exposed to HIV/AIDS, to a lack of knowledge regarding SRH, to SRH limited resources and services, and to sociocultural restrictions regarding sexuality. These women having become relatively numerous in Canadian immigration. Several studies indicate that the majority of them like most recent immigrants, have problems navigating the Canadian health care system due to linguistic and cultural difficulties and limited knowledge. Till now, few studies have been conducted with women immigrants from SSA as users of SRH services in Canada. The aim of this study is to identify the sociocultural factors that influence the utilization of SRH services by francophone women immigrants from SSA living in Ottawa. A qualitative and exploratory approach based on a feminist perspective helped to answer the research questions. Individual interviews conducted with twelve women from SSA show that culture is the main backdrop for predisposing, enabling, triggering and migratory factors in the utilization of SRH services. This cultural labelling that is rooted in sexual education and in sexual and reproductive knowledge, beliefs, and practices influences these women's SRH. Also, motherhood which is a determinant of a woman's health as well as her identity, makes any condition of infertility a fatality that needs to be resolved in SSA. Finally, a selective, homogenous and cultural social network is a considerable barrier in the utilization of SRH services. This study reinforces the importance for nursing to consider culture in the care and the promotion of SRH with women immigrants from SSA.

## **Chapitre 1 : La problématique**

Dans ce chapitre, je vais présenter la situation de la santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes immigrantes en provenance d'Afrique Sub-Saharienne (ASS). J'exposerai le problème de recherche, présenterai le but de l'étude, les questions de recherche et la position épistémologique qui soutient cette étude.

### **1.1 Énoncé du problème de recherche**

Mes intérêts personnels et professionnels en tant que sage-femme au Burkina Faso et infirmière autorisée à Ottawa m'ont conduite à considérer le caractère fondamental de la santé sexuelle et reproductive dans la vie des femmes et spécialement celle des femmes d'Afrique subsaharienne. Mes intérêts sont soutenus par différents rapports internationaux qui reconnaissent qu'au plan mondial, la SSR reste une préoccupation de santé des femmes. Pour diverses raisons biologiques, socioéconomiques, culturelles et politiques, les enjeux de SSR touchent les femmes du monde entier de manière distincte (Giarni, 2002; OMS, 2009). L'OMS (2009) estime que biologiquement, les femmes rencontrent des problèmes de santé dont elles sont tenues principalement responsables et qui sont surtout liés à la contraception, à la grossesse et à l'accouchement. Plusieurs études soulignent aussi que la SSR des femmes est souvent affectée par certaines situations socioéconomiques et culturelles telles que la pauvreté, les pratiques et les normes culturelles sur la sexualité. Ces situations différentes d'un bout à l'autre du monde, limitent le choix des femmes et entraînent des comportements à risque pour ces dernières (Guiella, 2012; OMS, 2012; Statistique Canada, 2013). Encore de nos jours, dans plusieurs pays du monde, certaines normes et pratiques de santé affectent le bien-être sexuel et reproductif des femmes et rendent difficiles, voire souvent impossibles, la prise en charge et le

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

contrôle de leur santé sexuelle et reproductive (OMS, 2009; Sanghavi, Bhalla & Das, 2009). Selon l'OMS (2012), la santé sexuelle et la santé reproductive sont reliées.

La santé sexuelle et reproductive se définit comme un état de bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne doit pouvoir mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, être capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire (Rapport CIPD, 1994). L'Agence de Santé Publique du Canada (ASPC, 2008) ajoute que la santé sexuelle englobe les problèmes du VIH et les infections transmises sexuellement (ITS) ou les infections de l'appareil génital (IAG), les grossesses non désirées et les avortements, l'infertilité, les dysfonctions sexuelles ainsi que les cancers attribuables aux ITS. La santé reproductive quant à elle, suppose que les femmes et les hommes peuvent non seulement choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, mais avoir accès également aux services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé (PAHO/WHO, 2000; WHO, 2010).

Ces définitions représentent un idéal à atteindre pour optimiser la SSR. Cet idéal ne peut être atteint que dans le respect des dix droits sexuels proposés par l'OMS (WHO, 2010). Toutefois, les contextes socioculturels, économiques et politiques dans lesquels plusieurs femmes évoluent rendent très difficile l'atteinte de cet idéal (Giami, 2002). Par conséquent, les attentes en matière de SSR sont différentes d'une femme, d'une société et d'un pays à l'autre.

Au Canada, les statistiques des dernières années montrent une croissance de l'immigration féminine en provenance de l'Afrique. Entre 2001 et 2006, la population féminine canadienne a augmenté de 840 000 personnes. De ce nombre, environ 579 800 femmes étaient

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

des immigrantes (Chui, 2011; FCFA, 2010). Durant cette même période, on estime que le nombre de femmes immigrantes en provenance d'Afrique aurait connu une augmentation de 8 à 10 % constituant ainsi l'une des plus récentes vagues d'immigration canadienne (Chui, 2011; FCFA, 2010; Houle & Corbeil, 2010). C'est à Ottawa, qu'on a enregistré le plus grand nombre (41.5%) de femmes immigrantes francophones en provenance d'Afrique (Lindsay & Statistique Canada, 2007; Statistique Canada, 2011). La plupart de ces nouvelles immigrantes proviennent des pays d'ASS. Leur groupe hétérogène est formé de jeunes et de moins jeunes, de femmes mariées, de célibataires, et de femmes peu ou très scolarisées (FCFA, 2010). Elles sont entrées au Canada sous différents statuts d'admission. Or, depuis leur pays d'origine, ces femmes connaissent des défis rattachés aux barrières socioéconomiques et culturelles de la santé. C'est dans cette partie du monde, que les taux de mortalité maternelle et infantile demeurent les plus élevés, que les femmes qui vivent avec le VIH/SIDA sont les plus nombreuses, que perdurent la pauvreté, et un pauvre accès aux soins de santé et à l'éducation pour les femmes. (AMREF, 2010; Banque Mondiale, 2015; OMS, 2009, OMS, 2013).

Ces femmes qui immigreront ici au Canada, connaissent des changements importants. D'ailleurs, le manque de connaissances sur les problèmes de SSR ainsi que certaines valeurs et croyances culturelles ont été associées à des risques plus élevés de VIH chez les immigrantes d'ASS (Drummond, Mizan, & Wright, 2008; Yakubu, Simkhada, Teijlingen & Eboh, 2010).

Mis à part les personnes admises au Canada comme réfugiées au sens de la convention des Nations Unies outre frontière, la plupart des immigrants (hommes et femmes) arrivent au Canada en bonne santé conformément aux politiques canadiennes «*d'immigration choisie*». Cette politique assure une auto sélection de personnes jeunes et en santé, qui présentent un

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

niveau d'instruction relativement élevé et parlent le français ou l'anglais (Ali, McDermott, & Gravel, 2004; Béji et Pelerrin, 2010; CIC, 2009 a et b; Lebrun, 2010).

En général, comme tous les immigrants, les femmes doivent traverser de nombreux défis d'adaptation. Au *niveau individuel*, on note le stress d'acculturation qui accompagne le processus d'adaptation des immigrantes devant les premières années d'immigration ainsi que les modifications dans les habitudes de vie qui affectent significativement la recherche d'aide en matière de santé (Lebrun, 2010). Au *niveau institutionnel*, plusieurs auteurs avancent que les barrières linguistiques, le manque de familiarité avec le système de santé ainsi que des programmes peu adaptés aux besoins des immigrants constituent les principaux obstacles qui influencent l'utilisation des services de santé par les immigrants (Asanin & Wilson, 2008; Dean & Wilson, 2010; Gagnon, 2002; Maticka-Tyndale, Khosro Refaie Shirpak & Chinichian, 2007; Reitmanova & Gustafson, 2008; Setia, Quesnel-Vallee, Abrahamowicz, Toussignant & Lynch, 2011). Pour Gagnon (2002), ces différents défis contribuent à la détérioration de la santé de l'immigrant au fur et à mesure que son séjour se poursuit au Canada.

Les nouvelles immigrantes d'ASS qui s'installent au pays arrivent avec leur bagage personnel ainsi que leurs bagages économique et culturel qui ont un impact sur leur bagage de santé et l'utilisation des services de santé.

Les relations inégales entre hommes et femmes, les normes sociales qui réduisent les possibilités d'éducation et d'emploi rémunéré, une vision des femmes centrée sur leur rôle procréateur ainsi que les violences physiques, sexuelles et émotionnelles dont elles peuvent être victimes composent le bagage personnel de plusieurs femmes d'ASS (OMS, 2012). Quant à leur bagage économique, il repose sur un faible pouvoir économique et une dépendance importante aux hommes en tant que pourvoyeurs et décideurs (OMS, 2012). Enfin, le bagage culturel porte

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

sur certaines structures sociopolitiques patriarcales, présentes dans plusieurs sociétés africaines qui continuent de promouvoir la vision procréatrice de la sexualité des femmes d'ASS.

Plusieurs chercheurs africains soulignent comment certains facteurs constituant les bagages d'ordre personnel, économique et culturel sont interreliés et contribuent à une certaine négligence de la santé des femmes (Adanu, Seffah, Lince, & Blanchard, 2012; Alemayehu, Belachew & Tilahun, 2012; Chipetal, Chimwazal, & Kalilani-Phiri, 2010; Sidze, Lardoux, Speizer, Faye, Mutua & Bbadji, 2014). Pour ces auteurs, de telles circonstances continuent d'exposer les femmes d'ASS aux problèmes d'accessibilité à la contraception, à l'avortement et aux soins de SSR puis engendrent un impact négatif sur leur bien-être sexuel et reproductif. Certains auteurs affirment aussi que ces conditions influencent de manière cruciale la capacité des femmes à prendre des décisions sur leur sexualité et leur vie reproductive (Dias, Gama, & Rocha, 2010; Izugbara, 2008; Izugbara, Ochako, & Izugbara, 2011; Thomas, Crook, & Cobia, 2009). L'impact du pouvoir patriarcal sur la sexualité, associé aux conditions économiques défavorables des femmes d'ASS, constituent un fardeau qui pèse sur le pouvoir de négociation de relations sexuelles sécuritaires chez les femmes (Darteh, Doku & Esia-Donkohet, 2014; Guiella, 2012; Guiella & Woog, 2006; Hattori & Derose, 2008). Ainsi, la gestion de la SSR et la promotion des droits sexuels fondamentaux des femmes demeurent problématiques dans plusieurs régions d'ASS (Kabagenyi, Jennings, Reid, Nalwadda, Ntozil & Atuyambe, 2014). Ces femmes arrivent au Canada avec leurs valeurs, leurs pratiques de santé et leur état de SSR, avec lesquels elles doivent s'intégrer au système canadien de santé. Mais notre système de santé présente des différences importantes pour ces femmes et pour s'adapter, les nouvelles immigrantes doivent d'abord développer une bonne compréhension du système de santé canadien.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Selon plusieurs auteurs, la majorité des nouveaux arrivants éprouvent des difficultés à naviguer dans le système de santé canadien, limitant ainsi l'utilisation appropriée des services de santé (Asanin & Wilson, 2008; Dean & Wilson, 2010; Gagnon, 2002; Maticka-Tyndale, Khosro Refaie Shirpak & Chinichian, 2007; Reitmanova & Gustafson, 2008; Zanchetta & Poureslami, 2006).

Les femmes immigrantes semblent être le groupe de femmes qui utilisent le moins les services appropriés pour leur bien-être malgré qu'elles soient les plus enclines à vivre des grossesses non planifiées, une dépression postnatale, et des accouchements prématurés (Fung & Dennis, 2010; Howard, Lytwyn, Lohfeld, Redwood-Campbell, Fowler & Karwalajtys, 2009; Khadilkar et Chen, 2013; O'Mahony & Donnelly, 2010; Urquia, O'Campo, & Heaman, 2012).

À ce jour, malgré l'importance reconnue de la SSR au plan mondial et au Canada, les programmes éducatifs et sanitaires ciblent surtout les sous-groupes de la population adolescente et la population scolarisée (Boucher, 2003; Martinez & Phillips, 2009). Peu d'études ont été faites sur la SSR et sur l'utilisation des services de SSR des nouvelles immigrantes en provenance d'ASS. De plus, dans la région d'Ottawa comme ailleurs au pays, les services de santé communautaires pour les immigrants semblent avoir une faible compréhension des besoins particuliers en matière de SSR des femmes immigrantes d'ASS et offrent peu de services pour satisfaire ces besoins. Cette étude est pertinente puisqu'elle se propose de faire une analyse approfondie des différents facteurs qui affectent la SSR et l'utilisation des services de SSR chez les femmes de ce groupe communautaire. J'estime qu'une telle recherche permettra d'interroger les programmes et les politiques de santé qui visent la prévention des maladies, la protection de la santé et la promotion de la SSR chez les femmes d'ASS nouvellement immigrées au Canada.

## **1.2 Considérations théoriques**

Pour contextualiser cette étude, le Modèle d'utilisation des services d'Andersen et Newman (1973) adapté par Song et ses collègues (2010) a été choisi pour guider l'identification des différents facteurs prédisposants, habilitants et déclenchants dans l'utilisation des services de santé d'une personne. Cette approche théorique a déjà été utilisée dans plusieurs études canadiennes et américaines pour comprendre l'utilisation des services chez des adultes et des immigrants. Ce modèle de base qu'Andersen et Newman ont élaboré en 1973, englobe plusieurs concepts sociaux (tels la langue, la culture, le statut socioéconomique) qui influencent la capacité d'une personne à utiliser et à accéder aux soins de santé (Andersen & Newman, 1973; Ontario Women's Health Network, 2009; Song, Han, Lee, Kim, Kim, Ryu & Kim, 2010). De plus, les composantes « durée d'immigration et priorités de la vie » (voir Figure 1, page 33) proposées par Song et ses collègues en 2010 soutiennent l'analyse des réalités rattachées au contexte de l'immigration des participantes à cette étude. Enfin, ce modèle théorique permet de clarifier la position du genre dans l'utilisation des services de santé communautaire en insistant sur l'importance accordée aux caractéristiques sociodémographiques des femmes immigrantes.

Dans cette étude, ce modèle théorique servira à construire le guide d'entrevue, à déterminer les questions principales de l'entrevue semi-structurée et à organiser l'analyse des données.

## **1.3 But de la recherche**

Cette étude a pour but d'identifier les facteurs socioculturels qui favorisent et ceux qui limitent l'utilisation des services de SSR chez des femmes immigrantes francophones d'ASS.

#### **1.4 Questions de recherche**

- 1) Quelles sont les principales préoccupations de SSR rencontrées par les femmes immigrantes francophones d'ASS qui vivent dans la région d'Ottawa?
- 2) Quels sont les services de SSR utilisés par les femmes immigrantes francophones d'ASS qui vivent dans la région d'Ottawa?
- 3) Quels sont les facteurs socioculturels qui limitent l'utilisation des services de SSR par ces dernières?
- 4) Quels sont les facteurs socioculturels qui favorisent leur utilisation des services de SSR?

#### **1.5 Position épistémologique : perspective féministe**

Un devis descriptif exploratoire selon une approche qualitative et s'appuyant sur les valeurs et les principes de la recherche féministe proposés par Ollivier et Tremblay (2000) a été utilisé pour la présente étude. Cette étude s'intéresse aux réalités de vie sexuelle et reproductive des femmes d'ASS, aux expériences, aux attentes et aux responsabilités des femmes et des hommes. Les femmes d'ASS tenues responsables de la reproduction et de la contraception sont les plus affectées par les problèmes de SSR (OMS, 2012). Le genre chevauche plusieurs facteurs de santé et produit un éventail d'expériences et d'états de santé au sein des populations (Institute of Gender Health, 2009). D'ailleurs, l'analyse de genre permet de comprendre comment les expériences des femmes et des hommes peuvent être identiques ou différentes. Cette analyse considère les rôles et les responsabilités que les femmes et les hommes ont dans la société, y compris les différences évidentes et subtiles de pouvoir et de capacité de prise de décision en ce qui concerne leur santé. Cette analyse va éclairer les différences sur l'état de santé des femmes et les déterminants de la santé, l'utilisation des soins de santé par rapport aux perceptions des besoins en matière de santé ainsi que la gestion de la santé, et démontrer l'impact de la nature

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

des relations socioéconomiques sur la santé des femmes, leur accès et l'interaction avec le système de santé (Haworth-Brockman, Isfeld, PAWO, PWHCE, 2008; Nova Scotia Advisory Commission on AIDS, Nova Scotia Advisory Council on the Status of Women, 2005).

J'ai la conviction qu'une approche féministe, fondée sur l'expérience vécue, fournit les fondements théoriques pour l'inclusion des voix des femmes immigrantes d'ASS, si l'on veut développer des politiques et des programmes en matière de promotion de services et d'éducation en SSR. Appuyée ainsi sur les principes de la recherche féministe de l'Institut Canadien de Recherche sur les Femmes ([ICREF], 2006), j'estime que cette recherche engagera ma réflexion sur des stratégies d'intervention en SSR plus inclusives. En tant que projet féministe, je suis d'accord avec Oxman-Martinez et ses collègues (2000) pour aborder la nécessité de stratégies culturellement appropriées aux interventions qui touchent les expériences et les difficultés dont font face les femmes immigrantes. La démarche féministe emboîtée dans cette étude s'accorde aussi avec les visions d'Ollivier et Tremblay (2000) et de Corbeil et Marchand (2006), comme porteuse d'un projet de production des « connaissances situées » qui découlent de la perspective des participantes et d'un « projet politique » à la quête d'une meilleure justice sociale en matière de stratégies de promotion de la SSR pour les nouvelles immigrantes. Cette perspective féministe guidera mon processus de recherche et contribuera à exploiter chacune des réponses aux questions d'ordre ontologique, épistémologique et méthodologique de cette étude (Hankivsky, 2012a; Ollivier et Tremblay, 2000; Ontario Women's Health Network, 2009).

## **Chapitre 2 : Recension des écrits**

Dans ce chapitre, je présente la recension des écrits sur l'immigration et la santé des femmes originaires d'ASS au Canada. Par la suite, j'identifie les services de SSR et la pratique infirmière associée à la SSR ici en Ontario. Enfin, j'aborde le cadre de référence utilisé pour cette étude.

### **2.1 Immigration des femmes d'ASS au Canada et à Ottawa**

Les deux dernières décennies ont été marquées par l'accroissement de la mobilité des populations en réponse à la mondialisation. En 2010, on a estimé à plus de 280 000 le nombre de nouveaux arrivants au Canada (Chui, 2011). Le recensement de 2006 a montré que les femmes ayant immigré au Canada constituent 20,3% de la population féminine. Cette proportion d'immigrantes n'avait pas atteint un niveau semblable depuis 1931, année où 20,2% de la population féminine était aussi des immigrantes (Chui, 2011). Cette présence plus importante de femmes dans le profil démographique canadien s'accompagne d'un mouvement migratoire non européen (Chui, 2011; CPSO, 2010). Statistique Canada indique que de 2001 à 2006, la population féminine canadienne a augmenté de 840 000 personnes. De ce nombre, environ 579 800 femmes étaient des immigrantes. Celles-ci représentaient 69 % de la croissance de la population canadienne de sexe féminin et également 52% de la population totale immigrante de cette période (Chui, 2011). Bien que la croissance démographique de femmes immigrantes au Canada ne soit pas récente, celle des femmes provenant d'Afrique francophone est récente et enregistre une augmentation depuis 1996 (Chui, 2011; FCFA, 2010; Houle & Corbeil, 2010). La proportion d'immigrantes récentes en provenance d'Afrique quoique relativement faible est passée de 8% à 10 % entre 2001 et 2006 (Chui, 2011). L'Ontario a particulièrement connu une augmentation d'immigrants francophones de l'ordre de 40 % ayant servi de moteur au

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

développement de sa francophonie (CPSO, 2010; Houle & Corbeil, 2010; Statistique Canada, 2010). Toutefois, c'est à Ottawa qu'on enregistre le plus grand nombre (41.5 %) de femmes immigrantes francophones en provenance d'Afrique (Lindsay & Statistique Canada, 2007; Statistique Canada, 2011).

### 2.2 Constats et perspectives d'immigrants en santé

Tel que signalé précédemment, il semble que les immigrants arrivent généralement au Canada en bonne santé. Ce phénomène est connu et appelé « effet de l'immigrant en santé » (Gagnon, 2002; Ng, 2011). En réalité, à l'exception des personnes admises au Canada comme réfugiées au sens de la convention des Nations-Unies outre frontière, la plupart des immigrantes arrivent au Canada en bonne santé conformément aux politiques « *d'immigration choisie* ». Dans cette perspective, la plupart des personnes sélectionnées ont un profil jeune et en santé, un niveau d'instruction relativement élevé et parlent le français ou l'anglais (Ali, McDermott, & Gravel, 2004; Béji et Pelerrin, 2010; CIC, 2009 a et b). Les critères de base de santé sont physiques et associés aux examens médicaux et de laboratoire requis pour l'admission (CIC, 2009 a et b). La plupart des femmes d'ASS doivent parcourir les différentes étapes d'adaptation telles que se trouver un logement, un emploi et relever certains défis d'acculturation dans la nouvelle société, notamment apprendre et parler une autre langue officielle, vivre avec peu ou pas de soutien social, composer avec des régimes alimentaires différents et de nouvelles structures éducatives pour les enfants (Sathoud, 2010).

Pourtant, le nouveau système de santé présente des différences structurelles et politiques qui nécessitent de la part des nouvelles immigrantes, une compréhension du modèle de couverture sanitaire canadien. Plusieurs études ont démontré le déclin de la santé des immigrants au fur et à mesure que se prolonge le séjour en terre d'accueil (Ali, McDermott, & Gravel, 2004;

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Dean & Wilson, 2010; Gagnon, 2002; Ng, 2011; Newbold, 2009; Newbold & Danforth, 2003 ; Spitzer, 2006). Ces auteurs avancent qu'en l'espace d'à peine dix ans, beaucoup d'immigrants auparavant en bonne santé se retrouvent avec des problèmes de santé cardiovasculaire chroniques et des problèmes de santé mentale. Dans la période post migratoire, les causes expliquant ce phénomène sont nombreuses. Elles comprennent par exemple, les difficultés liées à la recherche d'emploi, le stress de l'acculturation, les barrières linguistiques et culturelles, les problèmes de navigation dans le système canadien de santé, les ressources éducatives et informationnelles peu adaptées ainsi qu'un réseau de soutien social pauvre (Ali, McDermott, & Gravel, 2004; Newbold & Danforth, 2003; Zanchetta & Poureslami, 2006).

Au *niveau individuel*, le stress d'acculturation qui accompagne le processus d'adaptation des immigrantes, ainsi que la période d'adaptation et les habitudes culturelles affectent significativement la recherche d'aide pour des soins médicaux dans ces communautés, selon divers auteurs (Ali, McDermott, & Gravel, 2004; Newbold & Danforth, 2003; Zanchetta & Poureslami, 2006). Aussi, le manque de connaissances sur les conditions et les conséquences négatives des problèmes de SSR ont déjà été associés à des risques plus élevés de VIH parmi les groupes d'immigrants d'ASS en Australie et au Royaume-Uni (Drummond, Mizan, & Wright, 2008; Yakubu & al, 2010). Au *niveau institutionnel*, plusieurs auteurs soutiennent que la barrière linguistique, le manque de familiarité avec le système de santé ainsi que des programmes peu adaptés aux besoins des immigrants, constituent les principaux facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé des immigrants (Asanin & Wilson, 2008; Dean & Wilson, 2010; Gagnon, 2002; Maticka-Tyndale, Khosro Refaie Shirpak & Chinichian, 2007; Reitmanova & Gustafson, 2008; Setia & al, 2011). Ces éléments explicatifs ont été également associés à une utilisation inadéquate des services de santé par les immigrants (Ali, McDermott,

& Gravel, 2004; WHWH, 2011). Or, la SSR est un aspect important de la santé des femmes et de ce fait l'est aussi pour les femmes immigrantes. Pourtant, seulement quelques études au Canada ont touché à l'utilisation des services de SSR par des immigrantes en provenance d'ASS, une population à qui l'on attribue pourtant des taux élevés de VIH/SIDA endémique et bien d'autres problèmes de SSR (Krentz & Gill, 2011; ONISIDA, 2009).

### **2.3 Santé sexuelle et reproductive des femmes d'ASS**

La SSR est un sujet bien étudié dans le monde pour son étroite relation avec la sexualité humaine. La SSR est une importante préoccupation chez les femmes en ASS. Dans cette partie du monde, la persistance des inégalités entre les femmes et les hommes ainsi que certains contextes socioculturels, politiques et économiques défavorables pour les femmes persistent et influencent constamment la SSR de ces femmes. Différents rapports internationaux (OMS, 2012; ONUSIDA, 2009) indiquent une incidence élevée (60 %) de cas de VIH/SIDA chez les femmes en ASS et cette condition constitue la première cause de décès chez les femmes de cette région. Selon une étude faite par l'OMS (2012), plusieurs facteurs socioculturels concourent à défavoriser la santé des femmes. Il s'agit : (1) des relations inégales persistantes entre les hommes et les femmes; (2) des normes sociales réduisant les possibilités d'éducation et d'emploi rémunéré pour les femmes; (3) une vision de la femme centrée exclusivement sur son rôle procréateur; et (4) l'existence des formes de violences physique, sexuelle et émotionnelle envers les femmes.

Plusieurs chercheurs africains abondent dans le même sens et soulignent que de tels facteurs contribuent à une négligence de la santé des femmes par le système de santé et continuent d'exposer ces dernières aux problèmes d'accessibilité à la contraception, à l'avortement et aux soins de SSR (Adanu, Seffah, Lince, & Blanchard, 2012; Alemayehu &

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Tilahun, 2012; Biddlecom, 2008; Chipetal, Chimwazal, & Kalilani-Phiri, 2010; Sidze & al, 2014; Sow & Bop, 2004). Ces auteurs s'entendent d'ailleurs sur l'impact négatif de la précarité économique et des barrières socioculturelles et familiales sur le bien-être sexuel et reproductif des femmes. Certains estiment aussi que la présence remarquable de plusieurs structures sociopolitiques patriarcales dans les sociétés africaines continue de promouvoir une vision procréatrice de la sexualité des femmes d'ASS. De plus, cette vision entrave une gestion efficace de la SSR et une promotion des droits sexuels fondamentaux des femmes dans les pays du continent africain au sud du Sahara (Sidze & al, 2014; Sow & Bop, 2004). Plusieurs auteurs soulignent que ces perspectives influencent de manière cruciale la capacité des femmes à prendre des décisions sur leur sexualité et leur vie reproductive (Dias, Gama, & Rocha, 2010; Izugbara, 2008; Izugbara, Ochako, & Izugbara, 2011; Thomas, Crook, & Cobia, 2009).

À cette dynamique du pouvoir patriarcal, s'ajoutent des conditions économiques défavorables pour plusieurs femmes en ASS. Dans plusieurs cas, les femmes dépendent économiquement des hommes pour leurs besoins essentiels et cette dépendance représente parfois chez elles, un fardeau pour la négociation de relations sexuelles sécuritaires (Guiella, 2012; Guiella & Woog, 2006; Hattori & DeRose, 2008). Ces faits influencent à court ou long terme la SSR en ASS et expliquent, entre autres, les incidences élevées de VIH/SIDA parmi les femmes. Les lacunes de connaissances sur les problématiques de SSR et l'étroitesse des ressources de santé ou leur inexistence pour la gestion de la SSR sont d'autres barrières au bien-être sexuel et reproductif des femmes d'ASS (Adanu, Seffah, Lince, & Blanchard, 2012; Alemayehu, Belachew & Tilahun, 2012; Biddlecom, 2008; Chipetal, Chimwaza1, & Kalilani-Phiri, 2010). Enfin, plusieurs auteurs s'entendent pour souligner que certaines pratiques et attitudes socioculturelles contribuent à dévaloriser l'autonomie sexuelle des femmes, à

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

encourager et à maintenir des inégalités entre les sexes (Dias, Gama, & Rocha, 2010; Duffy, 2005; Izugbara, 2008; Izugbara, Ochako, & Izugbara, 2011; Pettifor & al., 2005; Thomas, Crook, & Cobia, 2009). Ce déséquilibre semble clairement augmenter le fardeau relié au VIH/SIDA ainsi que sa prévalence observable en ASS. Dans différentes recherches, ces difficultés sont qualifiées d'énormes barrières à la prévention efficace du VIH/SIDA et des ITS, à la prévention des grossesses non planifiées et des avortements clandestins (Guiella, 2012; Guiella & Woog, 2006; Hattori & DeRose, 2008). De plus, certaines pratiques et attitudes sociales semblent diminuer le pouvoir des femmes à s'affirmer dans leur vie sexuelle et reproductive. Jusqu'à présent, les expériences de SSR des femmes en ASS sont fortement liées aux inégalités et aux transgressions des droits de la personne et des droits sexuels fondamentaux.

L'arrivée relativement récente de femmes immigrantes originaires d'ASS en Ontario pourrait présenter de nouveaux défis de soins de SSR si on pense déjà à la détérioration connue du phénomène de *l'immigrant en santé*. En Ontario déjà, plusieurs études soulignent le manque de soins adaptés aux besoins linguistiques et culturels des francophones comme une situation qui contribue à la précarité de la santé des franco-ontariens (Bouchard, Gagnon-Arpin, & Makvandi, 2012; Leclerc, 2007; Picard & Allaire, 2005; Younes, 2004). Cette réalité est aussi valable pour les femmes immigrantes francophones en Ontario confondues dans ce « tout » qu'est la communauté immigrante. Or la sexualité, tout comme la SSR, suit à la fois les tendances socioculturelles, mais aussi les perspectives sociopolitiques des pays (Giami, 2002). Cette caractéristique laisse entrevoir la possibilité de problèmes et de besoins en matière de SSR mal délimités dans la prise en charge de la santé des femmes immigrantes.

Diverses études soulignent une forte présence de jeunes femmes provenant d'ASS atteintes de VIH au Canada (ASPC, 2009; Krentz et Gill, 2011). De plus, des études

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

australiennes et hollandaises auprès des femmes immigrantes d'ASS confirment les attitudes culturelles des immigrantes et le manque de connaissances reliées aux problèmes de SSR comme de véritables barrières à leur bien-être sexuel (Boateng, Nicolaou, Dijkshoorn, Stronks & Agyemang, 2012; Drummond, Mizan, & Wright, 2008; Drummond, Mizan, Brocx, & Wright, 2011). Pour Maticka-Tyndale et ses collègues (2007), les besoins insatisfaits en matière d'éducation sexuelle des femmes irano-canadiennes témoignent des défis importants que doivent relever le système éducatif et le système canadien de santé en matière de SSR des immigrantes. Même si Boucher (2003), Martinez et Phillips (2009) avaient antérieurement souligné l'importance de repenser les programmes inclusifs d'éducation sexuelle pour les différents groupes de la population canadienne, il semblerait que jusqu'à présent, c'est surtout la population adolescente et scolarisée qui retient l'attention de ces programmes.

En sciences infirmières, les stratégies d'interventions en matière de promotion de SSR auprès des femmes immigrantes d'ASS sont méconnues dans la pratique clinique. Considérant l'importance des soins infirmiers holistiques et culturellement adaptés pour répondre aux normes de pratiques infirmières au Canada (OIIO, 2009), cette situation en matière de SSR demeure une limite. Ces réalités associées à l'insuffisance des services pour la population néo franco-ontarienne suscitent des inquiétudes. Elles laissent entrevoir la nécessité de se questionner sur l'impact d'une telle situation auprès des populations immigrantes francophones comme celle d'ASS, récemment installée à Ottawa, une ville majoritairement anglophone.

### **2.4 Services de santé sexuelle et reproductive à Ottawa**

#### **2.4.1 Services disponibles**

La Ville d'Ottawa offre plusieurs services gratuits en matière de SSR. Ces services englobent l'étendue et la complexité de la SSR. Les cliniques de santé sexuelle couvrent la

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

majorité des programmes de prévention, de dépistage et de traitement des ITS, des programmes de contraception et de prise en charge du VIH/SIDA, hépatite B et C (voir City of Ottawa 2001-2013). De plus, les services de gynéco-obstétrique couvrent la plupart des besoins associés à la grossesse, à l'accouchement, aux consultations pré et post natales, à la planification familiale, à la fertilité ainsi qu'aux soins gynécologiques. Les cliniques d'avortement assurent des interruptions sécuritaires de grossesse tandis que d'autres programmes de Santé Publique Ottawa (SPO) travaillent sur la promotion de l'allaitement et sur le développement sain de l'enfance. Finalement, le Centre de santé des femmes Shirley Greenberg rattaché à l'Hôpital d'Ottawa – Campus Riverside offre cinq services hautement spécialisés composés de cliniques de ménopause, d'ostéoporose, d'urogynécologie, de gynéco-oncologie et de la clinique de la vulve (voir l'Hôpital d'Ottawa, 2010). Les infirmières ainsi que les autres professionnel-le-s de la santé travaillent en collaboration interprofessionnelle, mais non de manière intégrée pour optimiser les besoins de SSR des femmes de la région.

### **2.4.2 Utilisation inadéquate des services de SSR chez les femmes immigrantes**

Ce sont pourtant les femmes immigrantes qui semblent utiliser le moins les services de SSR. Mais est-ce que les services proposés sont appropriés aux réalités et aux besoins éducatifs des femmes immigrantes? Il semble que les barrières linguistiques et culturelles empêchent encore les immigrantes d'utiliser adéquatement les services de santé au Canada (Khadilkar & Chen, 2012; Zanchetta & Poureslami, 2006).

En effet, deux tendances émergent de la littérature et il apparaît que la période d'immigration y contribue fortement. Puisque les immigrants arrivent généralement en santé, la première tendance porte sur une sous-utilisation des services de santé, plus observée dans les premières années suivant l'immigration au Canada (Howard et al, 2009; Khadilkar & Chen,

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

2012; Reitmanova & Gustafson, 2008; Zanchetta & Poureslami, 2006). La deuxième tendance survient plusieurs années après l'intégration au Canada et se caractérise par une sur-utilisation des services de santé remarquée dès que l'immigrante s'est installée dans sa terre d'accueil et a commencé à développer des maladies cardiovasculaires chroniques, des problèmes métaboliques et de santé mentale (Man Wai, 2004; Reitmanova & Gustafson, 2008; Setia & al, 2011). La tendance à la sous-utilisation des services est prédominante chez les nouvelles immigrantes en ce qui a trait à la SSR et cette attitude est généralement associée aux difficultés de familiarité avec le système de santé (Khadilkar & Chen, 2012; Reitmanova & Gustafson, 2008). Cette sous-utilisation des services a été observée auprès des nouvelles immigrantes présentant des conditions de dépression postnatale, d'accouchements prématurés et est accompagnée d'un faible intérêt pour le test de dépistage annuel du cancer du col utérin (Howard et al, 2009; Khadilkar & Chen, 2012; O'Mahony & Donnelly, 2010). À cela, le programme torontois 'Women's Health in Women's Hands' (WHWH, 2011), indique de réelles difficultés d'accès et d'utilisation des services de santé chez les « femmes noires et de couleur » en Ontario, en raison de conditions socioéconomiques et d'immigration défavorables.

Enfin, l'observation clinique que j'ai faite lors d'un stage entre janvier et mars 2011 au Centre de santé des femmes Shirley Greenberg, de même qu'un court sondage informel de la clientèle (mené auprès de deux cliniques de santé sexuelle) soutient l'hypothèse d'une utilisation insuffisante des services de SSR par les femmes originaires d'ASS. Certaines études internationales ont dû reconsidérer des approches communautaires utilisant les groupes ethniques pour impliquer davantage les femmes immigrantes d'ASS dans la promotion de leur SSR. Ces approches se sont révélées nécessaires pour améliorer les connaissances et l'accessibilité des services aux femmes immigrantes d'ASS (Beck, Majumdar, Estcourt, & Petrak, 2005; De Jesus,

2009; De Jesus, 2010; Drummond, Mizan, & Wright, 2008). Cependant, retenons qu'à Ottawa, les services de santé communautaire pour les immigrantes ainsi que les services de promotion de la santé offrent encore peu ou presque pas de services intégrés et adaptés aux besoins particuliers en matière de SSR des femmes immigrantes d'ASS.

## **2.5 Pratiques infirmières et services de SSR**

La pratique infirmière en SSR s'articule autour des soins cliniques, de l'éducation, de la recherche et du plaidoyer pour les droits des clientes. La pratique infirmière vise la promotion des habiletés et aptitudes sexuelles et reproductives positives et sécuritaires, ainsi que la prévention des maladies et les mesures de protection de la santé (ACSP, 2010). Au Canada, ces préoccupations représentent un défi de taille pour les infirmières et la santé publique pour deux raisons : 1) d'une part, la diversité ethnoculturelle canadienne augmente les défis de recherche de stratégies de promotion et de gestion de la SSR équitable et holistique, centrée sur la personne et ses besoins; 2) d'autre part, la sexualité demeure un sujet complexe, tabou et réduit au silence (Corbeil & Marchand, 2006; Giami, 2002; Thomas, Crook, & Cobia, 2009). Malgré l'importance de la promotion de la SSR, peu de recherches portent sur l'utilisation des services de SSR des sous-groupes minoritaires et particuliers, tel celui des femmes immigrantes d'ASS. Il convient en outre de rappeler les lacunes en matière de formation soutenue et continue en santé sexuelle dans les programmes de base en sciences infirmières et aussi dans la pratique infirmière (Magnan & Reynolds, 2006; Polomeno & Dubeau, 2009). Selon l'Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario (OIIO), les réalités socioculturelles de l'individu font partie intégrante des soins infirmiers (OIIO, 2009; Potter & Perry, 2010). Au regard des problèmes recensés, cette étude vise à identifier différentes caractéristiques socioculturelles, susceptibles d'influencer l'utilisation des services de SSR chez les femmes immigrantes de la région d'Ottawa.

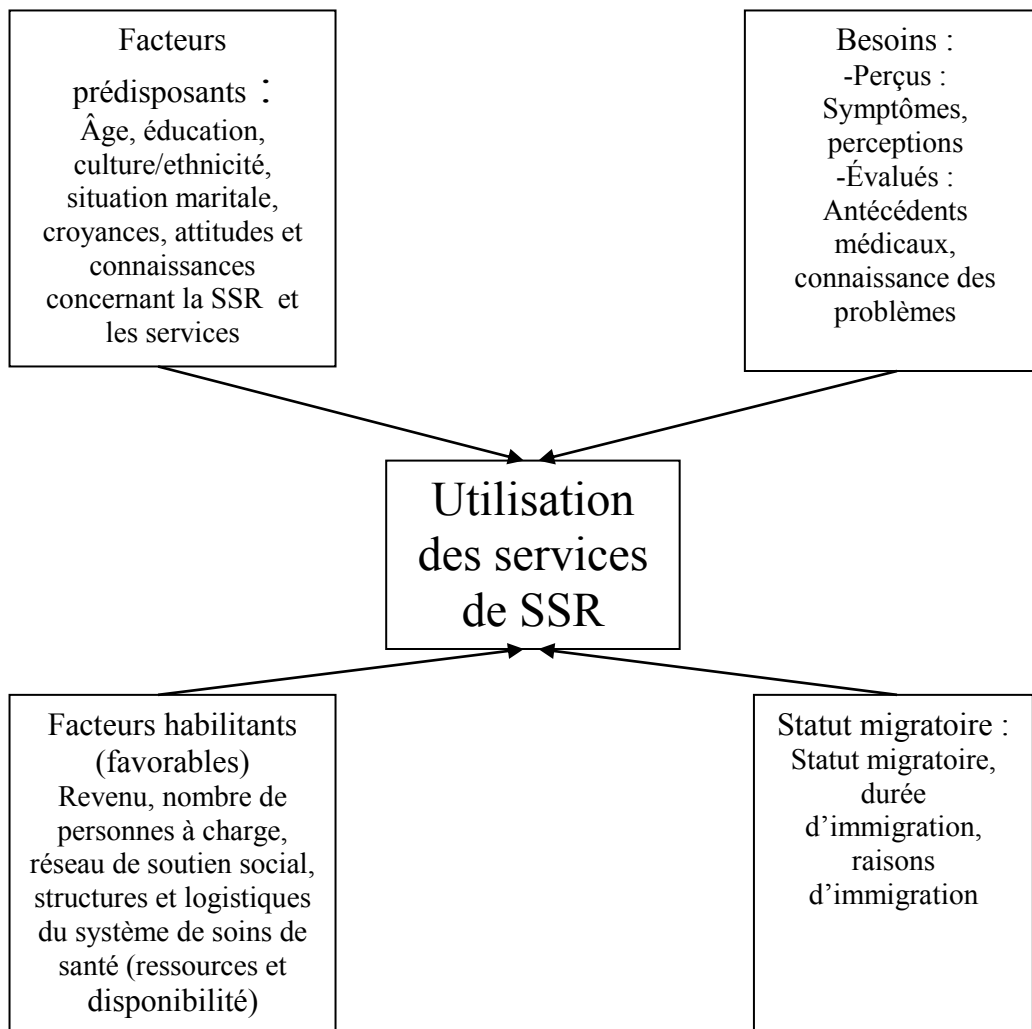
## **2.6 Cadre de référence : Adaptation du Modèle d'utilisation des services d'Andersen et Newman**

Le Modèle d'utilisation des services proposé par Andersen et Newman en 1973 et adapté par Song et ses collègues en 2010 est ici retenu pour explorer l'utilisation des services de SSR des femmes immigrantes d'ASS. Ce modèle trouve son fondement théorique dans les études américaines en psychologie. Son but est de développer un profil d'accès et d'utilisation des services de soins de santé d'un individu, basé sur les caractéristiques personnelles et environnementales et sur celles du système de soins de santé. Ce modèle a subi plusieurs modifications périodiques, mais je retiens pour cette étude, les trois caractéristiques principales du modèle de base de 1973. Il s'agit : (1) des facteurs prédisposants associés aux caractéristiques socioculturelles préexistantes avant les problèmes de santé : l'âge, l'éducation, la culture/ethnicité, la situation maritale, les croyances, les attitudes et les connaissances concernant la SSR; (2) des facteurs de capacité (habilitants) reliés aux aspects logistiques, économiques et au soutien social que l'individu disposent en temps réel dans son environnement : le revenu, le nombre de personnes à charge, le réseau de soutien social, les structures et logistiques du système de santé; et (3) des facteurs déclenchants sont associés aux besoins perçus et/ou évalués qui poussent l'individu à rechercher de l'aide (Andersen & Newman, 1973).

Song et ses collaborateurs (2010) ont adapté ce modèle pour l'étude de la santé cardiovasculaire d'immigrants coréens aux États-Unis. Ils ont ainsi considéré deux autres composantes associées aux réalités de l'immigration que sont « la durée d'immigration et les priorités de la vie » (voir Figure 1). Ces deux composantes additionnelles ont démontré l'influence des caractéristiques d'adaptation des immigrants dans leur profil d'utilisation des services de santé. Cette approche a ainsi servi pour identifier les deux thèmes principaux de la collecte des données, à savoir l'expérience d'immigration et les expériences socioculturelles de

SSR. Guidée par ces thèmes, nous avons construit un guide d'entrevue de manière à obtenir des participantes, l'information sur des facteurs prédisposants, habilitants et d'identifier des besoins en SSR dans leur histoire de vie. Puisque Man Wai (2004) s'est servi aussi du modèle pour clarifier la position importante du « genre » dans l'utilisation des services de santé communautaires, j'estime que ce modèle devrait contribuer à cerner les caractéristiques propres aux femmes immigrantes d'ASS.

**Figure 1 - Adaptation du Modèle d'utilisation des services d'Andersen et Newman ong & al. (2010)**



Inspiré du Modèle d'utilisation des services de santé et adapté par Song et al, (2010, p. 517).

### **Chapitre 3 : Méthodologie**

Le présent chapitre présente les différentes caractéristiques méthodologiques de cette étude. Dans cette section, seront d'abord présentés le devis de recherche, la population à l'étude et la méthode d'échantillonnage ainsi que les milieux de l'étude et la méthode de recrutement. Ensuite, la méthode de collecte des données, le plan d'analyse des données et le déroulement de l'étude seront exposés. Enfin, les considérations éthiques ainsi que les limites et obstacles méthodologiques de l'étude seront débattus.

#### **3.1 Devis de recherche**

Un devis descriptif exploratoire selon une approche qualitative et s'appuyant sur les valeurs et les principes de la recherche féministe proposés par Ollivier et Tremblay (2000) a été utilisé pour la présente étude. Ce devis flexible et dynamique permet d'explorer l'utilisation des services de SSR chez les femmes immigrantes originaires d'ASS, un sujet peu étudié.

#### **3.2 Population à l'étude, échantillon et caractéristiques**

Les femmes immigrantes provenant de la région d'ASS francophone et vivant au Canada représentent la population à l'étude. De cette population, un échantillon de douze femmes résidant dans la région d'Ottawa est retenu pour l'étude.

Un nombre de douze (12) participantes semble satisfaisant pour aborder une étude qualitative utilisant l'entrevue individuelle selon Guest et ses collègues (2006). Il n'y a pas de lignes directrices pour déterminer la taille de l'échantillon d'une étude qualitative. Cependant, plusieurs auteurs indiquent que la « saturation » constitue la meilleure méthode pour parvenir à déterminer la taille appropriée (Fortin & Gagnon, 2016; Guest & al. 2006). Cette saturation a lieu lorsqu' « une nouvelle information collectée de manière qualitative n'ajoute rien à la

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

compréhension du phénomène étudié » (Fortin, 2010, p. 602). Pour Morse (1994) et Creswell (1998), la « saturation » pourrait être obtenue autour de trente (30) à cinquante (50) entrevues dans une étude. Par contre, Guest et ses collègues (2006) ainsi que Francis et ses collègues (2010) avancent que dans leurs recherches six (6) à treize (13) entrevues permettent d'atteindre la « saturation » d'une étude qualitative. L'accent est généralement mis sur la profondeur plutôt que sur l'étendue de l'échantillon, sur la richesse des sources d'information et non seulement sur la possibilité d'en tirer des résultats statistiquement significatifs (Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche, 2015; Guetterman, 2015). Considérant l'étude de Guest et ses collègues (2006) qui ont utilisé une population de femmes provenant de deux pays d'Afrique de l'Ouest, j'ai considéré faire douze (12) entrevues individuelles. Dès la cinquième entrevue, j'ai pu constater une redondance thèmes dans les réponses des participantes, ce qui m'a permis de retenir un échantillon final de douze participantes.

Une stratégie d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné (Damaris, 2001; Fortin, 2010) a été utilisée pour recruter les douze participantes. Cette stratégie consiste à approcher et à sélectionner par convenance, les participantes selon les critères retenus dans de cette étude.

Les critères d'inclusion pour cette étude sont les suivants :

- (1) L'âge requis de participation qui est de 18 ans et plus afin de faciliter l'obtention d'un seul consentement;
- (2) Être une femme immigrante originaire d'ASS;
- (3) La durée de l'immigration au Canada se situe entre un (1) et six (6) ans. Cette période, considérée critique dans le processus d'intégration d'un immigrant

influence le niveau de familiarité avec le système de santé et la capacité à utiliser les services disponibles (Gagnon, 2002);

- (4) Le type de statut d'immigrant est soit résidente permanente soit réfugiée au sens de la convention. Selon Gagnon (2002), ces statuts procurent des privilèges et des droits distincts qui influencent la recherche d'aide chez l'immigrant ;
- (5) La langue de communication orale est le français.

### **3.3 Milieu et recrutement**

Le milieu de l'étude était composé d'établissements d'enseignement et de centres communautaires de la région d'Ottawa. L'étude a ciblé certaines classes d'une école secondaire pour adultes, et d'un collège d'Ottawa ainsi que deux centres de services communautaires de la Ville d'Ottawa. Ces différents milieux étaient tous fréquentés par des femmes immigrantes en provenance d'ASS. Avant d'entreprendre la recherche, un contact a été fait par courriel (voir Annexe 1) auprès des différents milieux ciblés pour le recrutement. Le courriel indiquait brièvement le but de l'étude, les retombées possibles et la méthode de recrutement des participantes. Suivant l'approbation des milieux, à l'exception d'un seul d'entre eux, des communications par affiche (voir Annexe 2) ont été apposées afin de soutenir le recrutement.

Le recrutement proprement dit s'est déroulé sur une période de six mois, de mai 2014 à octobre 2014. Les participantes ont été identifiées par contact direct lors des journées de recrutement planifiées dans les différents milieux par l'étudiante chercheuse que je suis. Une fois sur le terrain du recrutement, des invitations à participer (voir Annexe3) ont été distribuées et indiquaient les caractéristiques recherchées dans l'étude. À chaque fois qu'une femme se prononçait favorablement, une brève présentation orale du sujet de l'étude lui était fournie (voir le texte de recrutement verbal en Annexe 5). Pendant ce temps, la participante potentielle était

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

invitée à lire le contenu du feuillet en toute tranquillité et à reprendre contact avec moi selon les coordonnées présentées sur la feuille.

Si la femme reconnaissait avoir les caractéristiques recherchées et que le projet l'intéressait, elle était alors invitée à prendre contact avec moi aux coordonnées indiquées dans l'invitation. J'ai recruté toutes les participantes directement par contact personnel.

Lorsqu'une femme acceptait de participer, un temps était planifié avec elle pour faire l'entrevue. Avant de commencer l'entrevue, je prenais soin de revoir le formulaire de consentement (Annexe 4) avec la participante et je m'assurais de la compréhension puis de l'obtention des signatures de la participante. Toutes ces étapes ont été réalisées une fois que l'approbation du Comité d'éthique en recherche (CER) de l'Université d'Ottawa a été obtenue en mai 2014 (voir Annexe 12).

### **3.4 Méthode de collecte des données**

Les données de cette recherche ont été recueillies par entrevue individuelle semi-structurée et enregistrées ou non selon le choix de la participante. Les entrevues ont toutes été réalisées par l'étudiante chercheuse que je suis. La durée des entrevues était d'au moins soixante minutes, mais ne dépassait pas quatre-vingt-dix (90) minutes pour chaque participante. Seulement trois entrevues n'ont pas été enregistrées, mais des notes ont été prises pour chacune d'elles. L'entrevue constitue en soi un moyen de vivre des expériences de conscientisation et d'action en vue d'un changement social (Ollivier & Tremblay, 2000). Pour Damaris (2001), l'entrevue individuelle est la meilleure méthode pour explorer les expériences personnelles. Pour Gaussoit (2008), Ollivier et Tremblay (2000) ainsi que Ramazanoglu et Hollande (2002), l'entrevue invite les femmes à s'engager pleinement dans une véritable expérience d'*autonomisation* en leur fournissant un climat de confiance et un éveil de conscience sur leurs

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

réalités face à certains sujets. Pour Ollivier et Tremblay (2000), l'entrevue donne « une voix aux sans voix » (p.127). L'entrevue permet aux femmes de relater leur expérience et leurs points de vue sur la SSR et les facteurs qui influencent leur utilisation des services de SSR.

Inspiré de la version d'utilisation des services d'Andersen et de Newman de 1973, adapté par Song et ses collègues (2010), le guide d'entrevue (voir Annexe 8) que j'ai élaboré, a servi de repère pour mener les entretiens et pour organiser deux thèmes clés retenus pour aborder l'étude. D'abord, le thème de l'expérience d'immigration est retenu pour englober les raisons d'immigration et la dynamique de l'expérience migratoire pour ces femmes. Il sert à apporter des éclaircissements sur différents facteurs (individuels et structurels) associés à l'intégration des immigrantes et à exposer les stratégies d'adaptation utilisées par les femmes ainsi que les différences qu'elles observent par rapport à leur pays d'origine. Ensuite, le thème des expériences socioculturelles en SSR est retenu pour mieux cerner les points de vue des participantes sur l'influence des facteurs socioculturels dans leurs réalités de vie sexuelle et reproductive d'une part, et le rôle de ces facteurs dans leur décision d'utiliser ou non des services de SSR d'autre part. Ce second thème est nettement marqué par l'interrelation entre les expériences personnelles vécues en matière de SSR, les besoins perçus en SSR et les connaissances que possèdent les femmes en la matière. Le guide d'entrevue a été prétesté à deux niveaux : d'abord, auprès de la directrice de thèse et ensuite, auprès de quatre femmes immigrantes en provenance d'ASS recrutées séparément. Ces femmes avaient toutefois immigré depuis plus de cinq (5) ans et connaissaient assez bien les services de SSR de la Ville d'Ottawa. Ce prétest a permis de raffiner le guide, de reformuler certaines questions moins bien comprises et de délimiter des questions clés pour rencontrer les caractéristiques théoriques proposées dans le modèle d'utilisation des services de santé. Nous pouvons conclure que les questions ouvertes

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

ont permis d'explorer les expériences des femmes (l'influence des connaissances, des croyances socioculturelles et du statut d'immigrant dans l'utilisation des services de SSR). En revanche, les questions fermées ont servi à recueillir surtout les données sociodémographiques des participantes et à vérifier leur familiarité avec les services de SSR d'Ottawa.

### 3.5 Déroulement de l'étude

Le lieu et le moment de l'entrevue individuelle ont été choisis en collaboration avec chaque participante dès le jour du recrutement. L'entrevue s'est déroulée au lieu de préférence de la participante. Toutes les entrevues se sont déroulées dans une salle réservée dans un centre communautaire ou dans une salle d'étude réservée dans une bibliothèque universitaire. Le stationnement était gratuit pour la participante. Aucune participante n'a choisi une entrevue à domicile. Les lieux retenus étaient sécuritaires, privés et calmes à la fois pour la participante et l'étudiante chercheuse, et permettaient d'assurer également la confidentialité des données à recueillir.

Au début de chaque rencontre, une activité brise-glace féministe appelée « Comment ça va...!<sup>1</sup> » permettait à la participante et moi, à tour de rôle de détendre le climat, de mettre en confiance la participante et de déconstruire le rapport de pouvoir inévitable existant entre la participante et moi (Ramazanoglu & Hollande, 2002). C'est durant cette période que je faisais une brève autorévélation qui avait pour but de contribuer à une pratique de *réflexivité* afin d'équilibrer les rapports de pouvoir, de minimiser les inconvénients associés à la recherche et de reconnaître le positionnement de la chercheuse tout au long du processus (Acker, 2000). Un retour sur le consentement et la durée de la rencontre était nécessaire pour l'obtention des signatures du formulaire de consentement et pour débiter l'entrevue.

---

<sup>1</sup> « Comment ça va...! » est un outil de communication utilisé par le CALACS francophone d'Ottawa dans les groupes de soutien et dans les réunions de bénévole pour symboliser la solidarité féminine et féministe.

Si des révélations de situations difficiles ou de besoins particuliers se manifestaient, la participante pouvait être dirigée avec son accord, vers des ressources pouvant répondre à ses besoins d'ordre psychologique (voir Annexe 6). Une feuille de ressources d'aide psychologique avait d'ailleurs été préparée à cet effet. Deux participantes ont manifesté visiblement des moments d'inconforts psychologiques durant l'entrevue, mais ont refusé toute aide subséquente. À la fin de l'entrevue, chaque participante a reçu un livret que j'ai élaboré et qui regroupait une panoplie de services et de ressources en SSR de la Ville en guise de remerciement pour sa contribution à cette recherche (voir Annexe 9).

### **3.6 Analyse des données : Analyse de contenu**

L'analyse de contenu a été faite selon une perspective féministe en utilisant la méthode d'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2012). Après la transcription exacte des verbatim, j'ai effectué une lecture exhaustive de chacune des entrevues. Ensuite, toutes les données ont été compilées et gérées manuellement suivant la méthode d'analyse de contenu décrite par Paillé et Mucchielli (2012). Pour ces auteurs, cette démarche permet d'organiser les discours provenant des entrevues de manière à identifier des codes (mots ou expressions d'un propos d'ensemble) et à les regrouper progressivement en thèmes afin de ressortir des catégories pour chaque entrevue. Par la suite, cette catégorisation permet d'établir des liens entre les thèmes pour définir leur statut au sein du corpus (Paillé et Mucchielli, 2012). La compréhension de l'organisation des thèmes entre eux m'a conduite à la classification en arborescence ou arbre thématique qui permet de présenter l'essentiel des propos recueillis dans les entrevues pour identifier la place des deux thèmes principaux et de situer les thèmes secondaires dans l'étude (Figure 2). Pour Paillé & Mucchielli (2012), cette représentation schématique et globale de l'étude est désignée sous l'appellation *consolidation*. Elle se construit progressivement pour répondre à l'objectif de l'étude et aux

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

questions de recherche. Pour des fins de triangulation<sup>2</sup>, ces données ont été validées par des allers-retours auprès des participantes afin d'exécuter l'analyse de contenu.

J'ai retenu la perspective féministe proposée par Ollivier et Tremblay (2000) comme la perspective de référence pour supporter l'analyse de contenu des données de cette étude. Cette perspective m'a permis de porter attention aux différences et aux interactions socioculturelles qui s'appliquent à la SSR des participantes comme plusieurs chercheuses féministes le souhaitent (Bilge, 2009; Hankivsky, 2012 a et b; Harper, 2012; Ollivier & Tremblay, 2000).

Pour approfondir la rigueur scientifique souhaitée par Damaris (2001) dans une étude à caractère qualitatif, certaines stratégies proposées par Fortin (2016) ont été adoptées afin de bâtir une fiabilité, une crédibilité et une confirmabilité dans cette étude. D'abord, la conception d'un guide d'entrevue et des entrevues pilotes ont permis de rechercher une constance et une exactitude pour la *fiabilité* des résultats de l'étude. Ensuite, la transcription exacte des verbatim, les allers retours auprès de certaines participantes pour valider les propos, la vérification externe par les deux directrices de thèse ont été fort utiles pour renforcer la crédibilité des données recueillies dans les entrevues. Enfin, la vérification de l'interprétation des résultats auprès de plusieurs participantes m'a permis de confirmer les points de vue réels des participantes et non les miens.

Ainsi, à travers ces stratégies, toute l'information obtenue fut organisée selon le Modèle d'utilisation des services de santé développé par Anderson et Newman (1973) et adapté par Song et ses collègues (2010) et analysée sous une perspective féministe qui considère la place du genre dans la vie des femmes. De plus, l'utilisation des verbatim ajoute une valeur de « *connaissances*

---

<sup>2</sup> La triangulation est souvent utilisée en sciences sociales pour indiquer que deux ou plusieurs méthodes sont utilisées dans une étude pour mieux décrire les résultats.

*situées*<sup>3</sup>»; et contribue à l'effort de compréhension des réalités des femmes. Ensemble, ces démarches constituent des stratégies « réflexives » dans un processus de recherche féministe (Ollivier & Tremblay, 2000).

### **3.7 Considérations éthiques**

J'ai pris toutes les dispositions nécessaires pour respecter l'intégrité du discours des participantes. Le consentement, la participation et le choix d'enregistrement des données ont été clairement expliqués. Le consentement a été obtenu de manière éclairée avant le début de chaque entrevue. Aucune pression n'a été faite sur les participantes, les laissant libres de s'impliquer dans cette recherche puis choisir le temps et le lieu de l'entrevue. Celles-ci ont été informées de leur droit de se retirer du projet à leur gré et à tout moment. En tant qu'étudiante chercheuse, j'ai transcrit toutes les données en utilisant un code alphanumérique (tel que Participante 01) pour chaque transcription. Ce qui ne permettait pas de retracer l'identité de la participante. La version électronique des transcriptions est conservée de manière confidentielle sur un disque dur externe et sur deux clés USB cryptées pour toute la durée de l'étude et jusqu'à cinq ans suivant la fin de cette étude. Les transcriptions en format papier sont conservées sous clés dans le bureau de ma directrice de thèse pour une période de cinq ans. À la fin de cette période, les données enregistrées sur le disque dur externe et les deux clés USB cryptées seront détruites par effacement sécuritaire et les documents papier par déchiquetage.

#### **3.7.1 Avantages**

Cette étude a donné aux participantes l'occasion de réfléchir à leurs besoins en matière de SSR. Les participantes ont pu discuter plus librement de la sexualité, un sujet généralement

---

<sup>3</sup> Gausson (2008) stipule que « l'épistémologie de la connaissance située / du point de vue abandonne l'idée de neutralité, de détachement pour poser que toute connaissance est nécessairement située dans le temps et l'espace et ancrée dans des conditions matérielles d'existence spécifiques à un groupe et à une époque donnée ».

tabou, privé et inconfortable. Sur le plan pratique, les femmes ont obtenu un répertoire d'informations et de services sur la SSR qu'elles pourront utiliser ultérieurement. Chaque participante semblait avoir un intérêt particulier à contribuer à cette étude. Certaines femmes ont trouvé une opportunité pour poser des questions afin d'obtenir une information spécifique se rattachant à la SSR ou aux services de SSR. D'autres étaient plus curieuses au sujet de la sexualité soit pour exprimer leur niveau de satisfaction, soit pour découvrir d'autres possibilités de parvenir à la satisfaction sexuelle. Certaines participantes ont appuyé cette étude dans le but de mieux revendiquer leurs réalités, elles étaient heureuses de contribuer à la production des connaissances. Enfin, cette étude a donné l'occasion de réfléchir à la nécessité des approches intégrées de promotion de la SSR et du bien-être des immigrantes à travers les systèmes (de santé, social, d'éducation et d'immigration) par le développement, le renforcement et la coordination de partenariats entre ces différents secteurs.

### **3.7.2 Degré d'immersion dans la recherche**

Considérant la typologie du positionnement féministe proposée par Sandra Acker (2000), je me situe en tant qu'étudiante chercheuse dans la catégorie dite « indigenous insider » (p. 197). Cette catégorie reflète mon appartenance à la communauté de femmes en tant que femme immigrante d'ASS et mes expériences sexuelles antérieures, imprégnées de valeurs et croyances socioculturelles. Une autorévélation superficielle au début de chaque entrevue (dans «mon comment ça va!») a permis de créer un climat de confiance et d'appartenance avec les participantes et de préciser nos intérêts communs (Ollivier et Tremblay, 2000). Acker (2000) souligne l'importance de demeurer dans une pratique de *réflexivité* pour équilibrer les rapports de pouvoir, minimiser les inconvénients associés à ce rapport et reconnaître le positionnement de la chercheuse tout au long du processus. Cette réflexivité a également fait l'objet de la

déconstruction des hiérarchies en reconnaissant le pouvoir inévitable qui existe entre l'étudiante chercheuse (ma position privilégiée d'infirmière et d'étudiante aux études supérieures) et les participantes (leur position de nouvelles immigrantes à la recherche de soi). Pour opérer la réflexivité, j'adhère aussi à la pensée de Ramazanoglu et Hollande (2002) qui proposent de demeurer attentive et d'avoir une réponse appropriée à la relation chercheuse-participante. Cet exercice demeure nécessaire pour prendre en considération mes responsabilités face à la recherche et mon intérêt pour les participantes. Somme toute, la réflexivité permet de reconnaître les privilèges, droits et inégalités qui empiètent dans la relation chercheuse-participante. Voici quelques questions importantes auxquelles j'ai dû répondre dans cette démarche réflexive: quelle relation ai-je avec les participantes? Quelles influences ont ma présence et mes connaissances sur le sujet de recherche? De qui suis-je redevable des connaissances que je produis? (Ramazanoglu & Hollande, 2002). Enfin, la validation continue avec les participantes (pendant ou après l'entrevue) était cruciale pour positionner les points de vue réels des participantes (ICREF, 2004, 2006).

### **3.7.3 Obstacles et solutions**

Quatre obstacles majeurs se posaient dans cette étude à savoir, la sensibilité du sujet, le temps, le contexte de recherche auprès de femmes immigrantes et les biais méthodologiques. Les solutions présentées ci-dessous ont permis de les réduire considérablement.

Face à la sensibilité et à l'inconfort du sujet à l'étude, des difficultés ont clairement été identifiées pour le recrutement et l'entrevue. D'abord, le recrutement était long et laborieux, mais l'implication de milieux diversifiés a néanmoins permis de rejoindre 12 participantes. Aussi, il a fallu obtenir la confiance des participantes puis leur accorder le temps de s'impliquer

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

librement dans le processus de la recherche afin d'assurer la validité et la crédibilité des données, tout en veillant à éviter toute forme de coercition.

Le temps représentait un autre défi, eu égard aux différents processus de demandes d'approbation pour le recrutement. Cependant la création d'un climat de confiance avec les potentielles participantes est capitale dans un processus de réflexivité (Damaris, 2001). Comme le rappellent Merry et ses collègues (2011), il est souvent nécessaire de prévoir du temps additionnel lors des entrevues avec des nouvelles immigrantes. Ainsi, jusqu'à trois ajournements d'entrevue ont été acceptés afin de clarifier les questions de confidentialité, de rassurer les participantes du déroulement de la recherche et d'obtenir leur confiance. Cela, au prix d'une prolongation de ma recherche (les entrevues ayant dû s'étaler sur une période de six mois).

Un troisième obstacle porte sur le contexte dans lequel les entretiens se sont déroulés. Puisque cette étude s'intéresse à des femmes immigrantes en provenance d'ASS, j'ai tenu compte de certains aspects proposés par Lussier et Lavoie (2012) tels que le temps, l'environnement, la réponse indirecte, la familiarisation et la confiance qui sont importants lors des entretiens avec ces femmes. Ces mêmes auteurs estiment qu'il est pertinent de reconnaître la fluidité du temps et l'importance de la socialisation. Un climat de confiance a été établi avec chaque participante à travers mes fréquentes prises de contact. De plus, il m'a fallu assurer le transport de quelques participantes et socialiser avec d'autres avant ou après l'entrevue. Les participantes n'ont pas toujours répondu directement aux questions lors des entrevues. Selon Lussier et Lavoie (2012), cette façon de répondre est connue et reflète l'inconfort de la participante. Par conséquent, il est important de reformuler les questions et de valider les réponses des participantes afin de relater les points de vue réels.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

La dernière difficulté concerne les biais méthodologiques. Le biais de désirabilité sociale<sup>4</sup> était un obstacle à considérer en raison de mon appartenance à cette communauté d'immigrantes en provenance d'ASS. Durant cette étude, j'ai pris conscience de la nécessité d'exercer une pratique réflexive et de réduire ma position privilégiée de chercheuse étudiante (Ramazanoglu & Hollande, 2002). Afin de donner aux participantes un plein pouvoir sur le déroulement de l'entrevue, ces dernières ont eu le choix d'accepter ou de refuser l'enregistrement tout comme la possibilité de choisir le lieu et le moment de l'entrevue. Enfin, pour exclure toute forme de coercition, aucune personne de mon entourage n'a été recrutée et aucun incitatif financier n'a été offert.

---

<sup>4</sup> La désirabilité sociale est une tendance, consciente ou inconsciente, qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. (Voir l'article de Cassagne sur : [http://www.centraltest.fr/ct\\_fr/desirabilite-sociale.php](http://www.centraltest.fr/ct_fr/desirabilite-sociale.php)). La SSR fait partie du domaine privé et de l'intimité. Ainsi, nous nous attendons à ce que les participantes veuillent bien paraître. Il devient nécessaire de démystifier la sexualité pour détendre les participantes au début des rencontres.

#### **Chapitre 4 : Portrait des participantes de l'étude**

Ce chapitre présente les caractéristiques sociodémographiques des participantes, les problèmes de SSR rencontrés par ces femmes, les différents services de SSR utilisés par ces dernières ainsi que les différents facteurs qui affectent leur utilisation des services de SSR.

##### **4.1 Caractéristiques sociodémographiques des participantes de l'étude**

Les douze participantes de cette étude proviennent de 8 pays différents d'ASS à savoir, le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Djibouti, la République Démocratique du Congo (RDC) et le Sénégal. Chacune des femmes appartient à l'une des ethnies suivantes : Bamiléké, Baoulé, Bassa, Bissa, Ganwa, Goun, Luba, Sérère, Somalie, Tagbana et Tutsi. Une seule participante a refusé de fournir son origine ethnique. Ottawa était la principale destination de sept participantes alors que les cinq autres ont d'abord immigré au Québec avant de venir s'établir à Ottawa. L'immigration féminine se produit généralement au cours de l'âge adulte pendant lequel les femmes aspirent à de meilleures conditions de vie socioéconomiques. Au moment de l'entrevue, les douze participantes étaient des adultes âgées de 24 à 57 ans, jouissaient du statut de résidente permanente au Canada et y vivaient depuis au moins un an. Parmi les douze femmes interviewées, la moitié d'entre elles possèdent une éducation de niveau collégial et l'autre moitié ont une formation universitaire. Neuf participantes vivent en couple hétérosexuel dont huit sont des mères avec au moins un enfant à charge. Deux des trois femmes célibataires sont les plus jeunes participantes de l'étude. Au moment des entrevues, sept des douze femmes sont aux études et fréquentent des établissements d'enseignement ou de formation professionnelle tandis que quatre femmes sont sur le marché de l'emploi. Le Tableau 1 en annexe 13 présente un bref résumé du profil sociodémographique des participantes de l'étude.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Les participantes de cette étude ont immigré au Canada non seulement de manière volontaire, mais aussi avec un statut légal. Toutes les femmes sont résidentes permanentes au Canada au moment des entrevues. Une participante détient un statut de citoyenneté canadienne, tandis que les onze autres sont résidentes permanentes et trois sont arrivées au Canada avec un statut d'étudiante étrangère, une comme visiteuse et une dernière comme réfugiée. Les principales raisons qui animent l'immigration de ces femmes sont des raisons de sécurité et des raisons économiques, familiales et d'études. Les plus jeunes participantes (24, 27 et 31 ans) sont célibataires et possèdent un visa d'étudiante étrangère à leur arrivée au Canada. Le jeune âge à l'immigration est principalement associé à des raisons d'études. Les autres participantes plus âgées (32 ans et plus) ont immigré avec leur famille surtout pour des raisons économiques ou de sécurité. Seulement deux participantes ont immigré seules et l'une d'entre elles a laissé derrière elle ses enfants. L'âge adulte est propice à l'immigration et cadre avec les raisons d'immigration émises par les participantes de l'étude. Les propos suivants témoignent de la volonté d'immigration de ces femmes.

Je suis arrivée ici à cause de la guerre qui s'est passée dans mon pays pour retrouver la sécurité et la paix. Participante 2.

Je cherchais une protection pour échapper à la guerre et aux violences sexuelles qui se sont passées dans mon pays, car je faisais partie des femmes activistes pour la protection des droits des femmes [...] Participante 7.

J'ai immigré ici au Canada pour explorer et avoir une meilleure vie. Participante 4.

Dans mon pays, j'aspirais à mieux [...] et la possibilité d'évolution professionnelle était moindre. J'avais vraiment envie d'évoluer. Par conséquent, je me suis dit pourquoi ne pas essayer une nouvelle expérience. Participante 5.

Ce constat sur l'immigration des femmes d'ASS concorde avec les politiques canadiennes d'immigration. En effet, l'épine dorsale des politiques d'immigration qualifiées d'immigration choisie recrute la plupart des personnes auto sélectionnées qui parlent le français ou l'anglais,

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

qui ont un profil jeune et un niveau d'instruction relativement élevé (Béji et Pelerrin, 2010; Chui, 2011). Ce caractère volontaire montre un double avantage pour le Canada et les femmes immigrantes d'ASS. Il représente un privilège pour les participantes qui résident légalement et qui ont trouvé au Canada une protection humanitaire et/ou un accueil pour un avenir prospère (Sathoud, 2010). Ces nouvelles immigrantes contribuent au renouvellement de la population canadienne vieillissante et au soutien de l'accroissement économique canadien par la force de sa main d'œuvre (Belhassen 2008; Sathoud, 2010). Ces réalités placent les femmes immigrantes à la croisée de deux faits :1) elles jouissent maintenant en terre canadienne de privilèges de sécurité et de bien-être social, et 2) elles affrontent, entre autres, des difficultés d'intégration au marché du travail.

Au plan économique, quatre des douze participantes de l'étude occupent un emploi permanent et deux femmes en sont à la recherche. Le revenu familial annuel de dix participantes est inférieur ou égal à 40 000 \$ tandis que celui de deux participantes s'élève à 40 000 \$ et plus. Les participantes de cette étude rapportent se sentir en sécurité au Canada, mais présentent en même temps des inquiétudes au niveau socioéconomique. Certains de leurs témoignages montrent cette dichotomie entre privilèges et désavantages dans leurs conditions de vie actuelles.

Je suis tout de même protégée, mais je ne savais pas que cela pouvait représenter toute une longue démarche à faire pour les papiers. Je pensais qu'en tant que mère, mes enfants me suivraient automatiquement. Mais ce n'est pas le cas et cela me fait mal au cœur et je suis vraiment stressée. Participante 7.

Je suis en sécurité oui! Par contre, il y a un point avec lequel je ne suis pas du tout satisfaite. C'est quand on arrive au Canada [...], on vous rabaisse [...]. On ne trouve pas facilement du boulot. On est obligé de recommencer à zéro. Participante 2.

Les femmes de cette étude ont également mentionné les difficultés qu'elles rencontrent en tant qu'immigrantes à leur arrivée au Canada. Certaines de ces difficultés sont directement rattachées aux barrières d'intégration au marché du travail. Aux obstacles de recherche d'emploi

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

s'arriment ceux de la reconnaissance des diplômes d'études et de l'expérience acquise, ainsi que l'absence d'expérience canadienne et les difficultés linguistiques. Toutes ces barrières constituent des «stresseurs» importants dans la vie de ces immigrantes. Les propos suivants démontrent ce stress.

Il me fallait retourner aux études pour avoir un certificat d'ici pour chercher ne serait-ce qu'un petit boulot et c'est ce que je suis en train de faire en ce moment. Participante 7.

J'ai dû faire d'autres études ...et j'ai même trouvé difficilement un travail [...]. Je suis sur appel [...]. Et je rencontre des difficultés d'emploi et financières, c'est vraiment difficile. Participante 2.

Bon c'est vrai je suis arrivée, je suis allée dans un centre communautaire qui a essayé plus ou moins de m'aider sur le plan professionnel, car si tu as cette liberté financière et professionnelle, tu peux chercher d'autres sources d'épanouissement social. Tant que tu n'as pas cette liberté, tu ne peux pas vivre d'abord [...] et je travaille là-dessus pour m'intégrer. Participante 5.

En outre, plusieurs recherches qualifient d'élevé, le niveau d'éducation des immigrants comparativement à l'ensemble de la population canadienne (Ali & al, 2004; Béji & Pelerrin, 2010; Belhassen, 2008). Toutefois, le niveau d'éducation n'attire pas toujours un salaire satisfaisant pour une majorité des participantes qui ont un revenu annuel familial faible et incertain (40 000 \$ ou moins). De telles barrières économiques sont considérées par certains auteurs comme des obstacles qui entraînent la discrimination et l'inégalité chez les immigrants et les minorités visibles (Belhassen, 2008; IRIS, 2012). Les difficultés à intégrer le marché de l'emploi exposent les participantes à une certaine précarité économique durant leur période de transition en tant qu'immigrante adulte. Cette situation explique sans doute les multiples retours aux études entrepris par les immigrants pour satisfaire les exigences du marché de l'emploi (Belhassen 2008). Ainsi, sept participantes indiquent les privilèges éducatifs qui leur ont permis d'immigrer au Canada. Toutefois, depuis leur arrivée au Canada, plusieurs font face à un retour aux études et/ou à un changement de carrière pour satisfaire les exigences du marché canadien

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

de l'emploi. Ces exigences, comme l'estime Belhassen (2008), résultent de politiques publiques et de politiques d'immigration discriminatoires qui rendent très difficile l'accès à un emploi et quasiment impossible l'accès aux ordres professionnels, entraînant ainsi un accroissement de l'exclusion des immigrants au marché de l'emploi. En témoignent les citations suivantes.

Je ne savais pas que les diplômes des études secondaires et post secondaires étaient si dénigrés ici, tout cela je n'étais pas informée et je ne m'étais pas préparée à ce recommencement [...] Participante 7.

J'ai attendu longtemps et je continue d'attendre et il (l'ordre professionnel) demandait des documents justificatifs de mes diplômes à chaque fois. Il me fallait les envoyer afin de concilier ce que j'ai fait dans mon pays par rapport à ici. C'est vraiment dur, car je ne m'étais pas préparée à cela. Participante 8.

De plus, les différences culturelles constatées par les participantes entre leurs pays d'origine et le Canada entraînent un sentiment de confusion qui affecte leur intégration à la société canadienne. Phaneuf (2013) qualifie ce sentiment de confusion, d'«incongruence culturelle» et elle spécifie que ce type de sentiment est une expérience difficile pour l'immigrant qui se sent «en désaccord avec ses propres valeurs, sans être en harmonie avec celles du pays d'accueil» (p. 11). Les participantes de cette étude soulignent plusieurs avantages appréciables d'une société égalitaire et plus juste pour les femmes canadiennes, mais elles s'inquiètent en même temps de l'absence de certains de leurs repères socioculturels dans la socialisation et la vie communautaire au Canada. Les verbatim suivants montrent ces différences.

C'est un peu une société individualiste par rapport à chez moi, car chez moi il y a un peu cette chaleur-là où tu peux demander de l'aide à quelqu'un, un membre de ta famille ou même à quelqu'un que tu ne connais pas trop. Mais vraiment ici au Canada, ce n'est pas ça et il faut vraiment avoir quelqu'un de confiance qui puisse te guider quelque part. Participante 8.

Ici ils n'ont pas cet esprit de famille où la famille est présente et les parents sont impliqués dans tout ce que tu dois faire quand tu es enfant. Les parents décident tout pour l'enfant et ils sont toujours derrière toi, même si tu as 20 ou 21 ans. Ils sont derrière toi et veulent parfois te pousser et même choisir pour toi. Ici c'est différent, dès que l'enfant a 16 ans, il est déjà indépendant et à 16 ans les jeunes travaillent déjà, parfois à 15 ans. Ils

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

sortent de la maison et ce qui est vraiment différent et presque impossible en Afrique. Participante 1.

Au Canada, il y a une diversité culturelle, mais je remarque que les Chinois marchent entre eux, les Canadiens blancs entre eux, les Africains entre eux, les Haïtiens entre eux. Le mélange ne se fait pas vraiment. Tu verras qu'on vit ensemble, mais est-ce qu'il y a vraiment socialisation? On trouve rarement un Africain dans un groupe de Chinois. Néanmoins, les enfants d'immigrants qui sont nés ici ou ont grandi ici, on voit avec eux ce mélange-là. Ils sont nés ici, ils vivent les mêmes réalités, mais nous autres qui venons d'ailleurs, ce n'est pas trop possible. Participante 5.

Ces «incongruences culturelles» touchent aussi la vie sexuelle et reproductive des immigrantes. Plusieurs différences coiffent la vision de la sexualité et la place des femmes dans la société, comme l'indiquent les propos suivants.

Pour les enfants qui grandissent ici, il y a beaucoup de liberté de sorte que ce n'est pas facile de les contrôler, car chez nous les enfants doivent rester au sein de la famille et suivre l'éducation des parents. Participante 3.

C'est comme si la femme est au service de l'homme chez nous et ici c'est différent, car les femmes sont indépendantes. Les femmes mènent leur vie sans l'homme alors que la femme dépend de l'homme chez nous. La femme est responsable de la famille ici et c'est comme si l'homme a changé de rôle et la femme a changé de rôle. Participante 4.

Tu ne peux pas dire que tu es une femme sans mari et sans enfant en Afrique... Alors qu'ici, les femmes vivent seules. Elles choisissent et peuvent avoir des enfants et être seules, chefs de famille et on ne les juge pas. Participante 5.

Il est important de souligner que pour les femmes d'ASS, le mariage hétérosexuel, la relation de couple et les rapports homme/femme sont au cœur de la vie sexuelle et reproductive. La féminité se manifeste surtout autour d'une vie conjugale hétérosexuelle. Dans cette étude, les femmes mariées disent être satisfaites de leur vie sexuelle et reproductive, car elles ont au moins un enfant. Il semble que le mariage leur offre un statut privilégié et une reconnaissance sociale (Belhassen, 2008; Sow & Bop, 2004). Toutes les participantes disent que la sexualité est plus ouverte au Canada alors qu'elle est considérée taboue dans leur pays d'origine. Dix femmes soulignent d'ailleurs dans leur récit, le caractère restrictif de l'éducation sexuelle familiale pour

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

la fille et constatent que cette éducation est plus permissive pour les enfants au Canada. Les propos de la Participante 11 en attestent.

J'ai grandi avec des valeurs comme ne pas passer la nuit chez un copain, pas de rapport sexuel avant le mariage, on peut se faire des petits bisous, mais ne jamais coucher ensemble avant le mariage. Mes premières impressions au Canada sont que mes amies (Canadiennes) parlaient ouvertement de leur sexualité. Elles étaient plus ouvertes et aussi, leur sexualité était trop précoce comme elles vivaient avec leurs copains dès 16 - 18 ans. Participante 11.

Il est visible qu'un rapport constant s'exerce entre la sexualité et la maternité pour ces femmes selon leurs propos. La maternité semble être une preuve vivante de valorisation sociale des femmes et une richesse familiale. Dans plusieurs sociétés africaines, avoir des enfants est à la fois signe de richesse sociale et preuve de féminité (Sow & Bop, 2004). Ces femmes nouvellement immigrées au Canada se confrontent à d'autres valeurs sociales sur la sexualité et la maternité. Certaines participantes se disent perplexes devant l'éducation sexuelle canadienne alors que d'autres réfléchissent davantage aux considérations sociales sur la valeur des enfants comme une richesse familiale. Les propos qui suivent font état des différences de contextes soulevées par les participantes.

Généralement au Canada, on constate qu'avant de faire un enfant, il nous faut réfléchir doublement. ... Par exemple, une femme qui quitte l'Afrique et qui envisageait d'avoir 4 enfants, lorsqu'elle vient ici, elle se résignera inévitablement à en avoir que deux, compte tenu des conditions de vie, du manque d'aide en famille et des différences sociales. Participante 12.

Moi je ne suis pas d'accord avec la manière d'éduquer les enfants, c'est vrai qu'on dira que chez nous c'est un peu rigide, mais ça a fait ses preuves, car en voulant donner trop de liberté, on n'arrive plus à canaliser les enfants et ensuite c'est des débordements... On arrive ici, on a peur dans l'intégration. Tu ne veux pas coincer tes enfants, mais ce nouveau système-là t'impose des choses alors que tu aurais voulu faire d'une autre manière que tu as apprise et ce marché-là n'est pas toujours facile. Participante 5.

Qu'il soit prévisible ou non, le parcours migratoire des femmes de cette étude présente de nombreux défis durant la période d'intégration. Ces défis, en relation directe avec leur transition

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

dans la nouvelle société, s'inscrivent dans le temps et peuvent avoir un impact sur leur santé (Sathoud, 2010).

### 4.2 Principaux thèmes et sous-thèmes identifiés dans les résultats

La présentation des résultats s'organise autour des thèmes et des sous-thèmes suivants

Tableau 2 – Les thèmes, les sous-thèmes et les codes

Thèmes principaux	Sous-thèmes		Codes
<b>Expérience de l'immigration</b>	La familiarité avec le système de santé canadien	Différences socio culturelles	Confusion et Incompréhension du fonctionnement du système canadien de santé Attentes différentes en matière de services Incongruences culturelles Problèmes de reconnaissance des acquis professionnels Promotion visible de l'égalité homme femmes, la présence et la disponibilité des ressources pour les femmes Les choix et diversités
<b>Réseau social</b>	Caractéristiques du réseau social	Approches et connaissances du réseau	Conjoint, Famille, Communauté culturelle et/ ou religieuse Réseau axé sur le traditionalisme ou conservation des cultures africaines : sur la sexualité, la reproduction et l'identité genrée
<b>Expériences socioculturelles de SSR</b>	Importance de la maternité pour l'identité de genre	Croyances et pratiques culturelles sur la sexualité et la maternité	L'infertilité vue comme une fatalité. Femme = mère Approches culturelles valorisées pour la contraception, la sexualité, la grossesse, l'accouchement et le post natal. Croyances et pratiques culturelles sur la sexualité taboue, la virginité, l'abstinence, la confiance et la fidélité au conjoint, le mariage.

#### 4.3 Principaux problèmes de SSR rencontrés par les participantes

Plusieurs problèmes de santé physique SSR ont été identifiés chez les femmes durant les entrevues. Parmi les douze participantes, sept d'entre elles affirment avoir des menstruations douloureuses de façon régulière. Trois participantes ont eu des infections vaginales et des avortements spontanés alors que deux femmes ont subi une hystérectomie post accouchement et une dernière a récemment eu des kystes mammaires. D'autres conditions de SSR ont été identifiées telles les symptômes de ménopause chez trois participantes, et des difficultés de lubrification et de sécheresse vaginale chez trois autres femmes ménopausées ou ayant subi l'excision. Une participante a révélé avoir reçu un diagnostic de fibromes utérins dans son pays d'origine tandis qu'une autre vit un problème d'incontinence urinaire. En outre, il ressort de plusieurs entrevues que l'infertilité est vécue comme une « fatalité » par les femmes d'ASS. Cela s'observe dans les récits de toutes les participantes qui mentionnent que les problèmes liés à la fertilité et à la conception comme des préoccupations majeures dans la vie sexuelle et reproductive d'une femme d'ASS. Le passage suivant tiré de l'entrevue avec la Participante 5 illustre cette inquiétude.

Pour moi, mes préoccupations de santé sexuelle et de santé reproductive s'articulent autour des problèmes de fibromes que je vis ... et je dois faire le suivi, car je ne veux pas que ça empêche ma capacité d'avoir des enfants. Participante 5.

Plusieurs de ces problèmes physiques et particulièrement ceux d'ordre reproductif conduisent à des difficultés psychologiques et sociales. Le discours des participantes montre de *l'anxiété* devant certaines préoccupations qui touchent la capacité reproductive des femmes. Ces inquiétudes dérivent de ce qu'«être une femme» signifie dans le contexte africain. Les problèmes d'infertilité et de conception, les avortements ainsi que les fibromes et les cancers

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

gynécologiques constituent des préoccupations stressantes identifiées par la moitié des participantes malgré qu'elles ne vivent pas forcément ces problèmes. Les participantes de cette étude ont démontré durant les entrevues que l'infertilité est une catastrophe pour l'identité féminine. La féminité s'exprime donc autour d'une vie conjugale hétérosexuelle, mais surtout autour de la maternité. Ainsi, genre, sexualité et maternité riment ensemble. Cette vision nourrit la pensée des participantes et alimente l'anxiété et les inquiétudes surtout pour les participantes qui n'ont pas encore d'enfant. Les verbatim suivants en témoignent.

Une femme dans la société africaine n'est en réalité entièrement accomplie que dans une relation maritale. Tu ne peux pas dire que tu es une femme sans mari et sans enfant en Afrique. On ne te donnera même pas la parole, tu seras étiquetée et on va te donner une mauvaise réputation [...] Participante 5.

Oui, pour moi une femme est faite pour avoir des enfants. Sauf si elle n'est pas capable d'en avoir, car je trouve qu'une femme avec des enfants est une femme heureuse [...]. Participante 8.

Selon toutes les participantes, l'*infertilité* est perçue comme une fatalité qui fait référence à l'incapacité chez une femme, d'avoir des enfants, d'être une mère et par conséquent, d'être une « vraie femme ». L'infertilité constitue un problème majeur de SSR. Certaines participantes laissent entrevoir l'existence d'un poids social exercé sur la fertilité et la maternité, qui participe au maintien d'une philosophie du «devenir mère» chez toutes les femmes sexuellement actives. Neuf femmes de l'étude insistent sur l'importance de «devenir mère» en tant que femmes et attribuent à la sexualité, un rapport direct entre la féminité et la maternité dans leur société d'origine. Ces femmes verbalisent que les attentes de la société à cet égard créent une pression sociale et un stress pour les femmes, qu'elles vivent ou non en couple. Les propos suivants font état de ce poids social qui rallie la sexualité à la maternité.

Les mamans parlent souvent de commencer à penser aux enfants à mon âge.  
Participante 1.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Oui c'est important d'avoir des enfants mon père m'appelle tous les jours pour me dire cela... car on dit que c'est ton enfant qui te donnera ton dernier verre d'eau avant ta mort et il ne t'abandonnera jamais durant les moments difficiles. La pression sociale est là et est très exigeante. ... La pression d'avoir un enfant est encore plus fort que ce soit dans le mariage ou pas. Participante 5.

En plus de l'infertilité, les participantes relatent certaines attitudes culturellement apprises qui sont liées aux expériences de la vie sexuelle et reproductive des femmes dans leurs sociétés. Les témoignages de plusieurs participantes permettent de dégager un phénomène de contrôle de la sexualité des jeunes femmes, à travers une éducation sexuelle familiale restrictive. Les propos de la Participante 3 montrent la peur d'une sexualité active en tant qu'adolescente.

On ne vit pas la sexualité n'importe comment, si tu es une fille. Dans ma culture, tu dois rester vierge pour pouvoir rencontrer ton mari de choix, c'est là où tu es une bonne fille bien éduquée. Chez moi la famille a des attitudes restrictives sur la sexualité. La famille, les grands frères et grandes sœurs nous mettent de la pression pour ne pas se tenir avec les garçons et éviter les grossesses. Participante 3.

Aussi, le discours de la Participante 11 nous éclaire sur la transmission d'un modèle comportemental de « la femme » socialement docile et séduisante.

La fille apprend très jeune à être coquette. Les tantes lui apprennent comment plaire à son mari. Il y a même des objets qui se vendent : robe de chambre, des perles à la taille pour séduire, tout cela sont des signes de féminité. La séduction est très importante dans ma culture. Les tantes te donnent des astuces pour séduire : encens, perle, pagne avec des motifs sensuels comme « chéri regardent mon dos ». Les tantes te cultivent à l'idée qu'une fille doit être « une aiguille et non une lame pour tisser, réparer et non briser et déchirer ». Pour dire qu'une fille doit être douce, et pas tout le temps être sur la défensive. Participante 11.

En conclusion, l'infertilité est vécue comme une calamité puisque la maternité joue un rôle capital au niveau personnel et social chez les femmes d'ASS. Il s'agit là d'une situation préoccupante qui pourrait poser des problèmes de SSR au sein de ces communautés, car elle affecte l'identité de genre.

#### 4.4 Services de SSR utilisés par les participantes de l'étude

Les services de SSR connus et utilisés par les participantes sont en majorité ceux associés aux services généraux de santé ou de maternité. Lors des entrevues, cinq participantes mentionnent avoir eu recours aux cliniques de médecine familiale. D'ailleurs, les services de médecine familiale au Canada utilisés lors des suivis annuels ont permis à quelques participantes de bénéficier du dépistage des cancers gynécologiques (le test Papanicolaou ou test PAP) et des ITS (VIH, chlamydia). Trois femmes spécifient avoir consulté des services spécialisés de gynécologie tandis que trois autres qui ont accouché au Canada affirment avoir utilisé les services hospitaliers associés à l'accouchement (maternité et centre de naissance). Les services directement reliés à la reproduction sont ceux que les participantes semblent avoir le plus utilisés en matière de SSR. Ces services sont généralement utilisés lors d'une grossesse ou d'un accouchement. Toutefois, les femmes mères de cette étude, mentionnent avoir déjà fait appel à certains services de santé reproductive tels la maternité et les cliniques prénatales, les cliniques de gynécologie et d'obstétrique que ce soit au Canada ou dans leur pays d'origine. Comme le rapportent la plupart des participantes, l'utilisation des services varie en fonction des besoins perçus et des priorités de santé de chaque femme.

Les participantes de l'étude indiquent qu'elles accordent une attention particulière pour les services de santé reproductive. Les femmes semblent être surtout préoccupées par les problèmes d'ordre reproductif qui concernent le « *devenir mère* ». Ces types de problèmes nécessitent l'utilisation des services de SSR selon leur propos. La Participante 5 expose cette priorité comme suit :

Pour mes fibromes, je cherche un gynécologue. Bon je n'ai pas encore eu quelqu'un et je comptais sur mes copines pour me trouver un gynécologue. Mais je sais maintenant qu'il

me faudra parler avec un médecin de famille pour avoir une référence vers les services de gynécologie [...] Participante 5.

On constate également que les participantes plus jeunes semblent ne pas avoir besoin de services de SSR, sous prétexte qu'elles n'ont pas encore d'enfant.

Le problème est que je ne m'y intéresse pas, mais le fait que tu m'en parles ça me conscientise, mais je ne me questionnais pas du tout de ce que c'est si j'ai des besoins ou pas ? C'est acquis pour moi... je ne m'informe pas. Participante 1.

Des études antérieures ont démontré que l'utilisation des services de SSR chez les immigrantes est généralement influencée par leurs connaissances en matière de SSR, leur familiarité avec le système de santé, la langue et la culture (Boateng & al, 2012; Drummond, Mizan, & Wright, 2008; Drummond, Mizan, Brocx, & Wright, 2011; Khadilkar & Chen, 2013; Zanchetta & Poureslami, 2006). Les résultats de cette étude permettent de confirmer que dans une grande mesure, le manque de familiarité avec le système de santé canadien ainsi que certains aspects culturels semblent faire obstacle à l'utilisation des services de SSR. Les principaux facteurs qui limitent ou qui, au contraire, favorisent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive seront présentés au chapitre 5.

### **4.5 Principaux facteurs qui affectent l'utilisation des services de SSR chez les participantes**

Il est clair dans le discours des participantes de l'étude que ce sont d'abord les problèmes reproductifs qui les amènent à recourir aux services de SSR. En effet, le *manque de familiarité avec le système de santé canadien* est un aspect important qui semble entraver l'utilisation des services de SSR pour la moitié des participantes de cette étude. Celles-ci verbalisent que les services ne fonctionnent pas de la même manière que dans leur pays d'origine. Cela se remarque entre autres dans les propos des deux participantes ci-après.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Le système de la santé est différent ici par rapport à mon pays. Dans mon pays d'origine, l'accès aux soins médicaux est plus facile. Je pense qu'ici, les difficultés d'accès sont causées par les longues listes d'attente et le temps mis aux urgences. On n'est pas habitué à voir cela. Participante 12.

Mais moi j'ai été choquée par une chose...c'est vrai qu'il nous manquait beaucoup de choses en terme de matériel, de personnel qualifié et de ressource dans mon pays, mais on essayait de recevoir rapidement le client. C'était une priorité. Par contre ici, la chose est qu'avec plus de ressources, je ne sais pas quel est le problème qui fait que l'on doit avoir de si longues heures d'attente aux urgences pour expliquer nos problèmes et recevoir des soins de santé. Et cela m'a aussi choquée de voir que je ne peux pas rencontrer un gynécologue comme je le veux. Participante 5.

Gagnon (2002), Zanchetta et Poureslami (2006) ont déjà posé les problèmes du manque de familiarité avec le système de santé canadien dans leurs études auprès des immigrants. Ces auteurs pensent d'ailleurs que cette condition contribue au maintien d'un faible niveau d'utilisation des services de santé par les immigrants. Dans cette étude, une confusion quant aux stratégies de navigation du système de santé canadien se fait remarquer dans certains propos des participantes. Ceux de la participante 7 évoquent un besoin de s'informer sur la gestion de la ménopause et sur le fonctionnement du système de santé en général.

Je suis arrivée avec une douleur aux genoux... et jusqu'ici je voulais voir un spécialiste et c'est difficile d'avoir un rendez-vous. Il fallait attendre d'abord la carte de santé et je suis maintenant dans les démarches pour le voir et ça fait presque 2 ans et demi que j'attends pour le voir. C'est impossible cela. Participante 7.

De plus, la Participante 5 suite au manque de compréhension du fonctionnement des services de santé au Canada va jusqu'à proposer l'idée suivante durant l'entrevue.

On devrait avoir plus d'information sur la santé dans le cahier d'intégration reçu à l'arrivée au Canada. Il serait important d'ajouter les services importants de santé. Participante 5.

Certains *aspects culturels* semblent aussi également influencer l'utilisation des services de SSR des participantes. Ces aspects culturels touchent plusieurs dimensions de la sexualité et de la reproduction des femmes d'ASS et s'observent tant dans la contraception que dans la grossesse, la maternité et les soins post-partum.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Dans les récits des participantes, trois types d'approches en matière de contraception ont été observés. Il y a d'abord, une approche traditionnelle basée sur la *confiance et la fidélité aux conjoints*, utilisé comme stratégies de contrôle des naissances chez les femmes mariées et vivant en couple. Cette première approche limite l'utilisation de méthodes contraceptives modernes chez plusieurs participantes parce que les croyances associées à la confiance et la fidélité du conjoint bouleversent la nécessité et la capacité de consulter pour obtenir une méthode sûre de contraception moderne comme la pilule. L'abstinence est une autre approche contraceptive couramment utilisée pour éviter les grossesses chez les jeunes filles célibataires et les réputation sociales associées aux grossesses hors mariage. Il y a ensuite, l'utilisation de certaines méthodes contraceptives traditionnelles telles que la méthode de l'allaitement maternel exclusif et la méthode du calendrier. L'allaitement maternel exclusif utilisé comme méthode contraceptive traditionnelle est lié aux connaissances des femmes à considérer l'allaitement maternel comme une méthode « assez sûre » de prévention des grossesses. Les femmes se sentent donc protégées lorsqu'elles allaitent. Quant à la méthode du calendrier, plusieurs participantes semblent maîtriser leur cycle menstruel de manière à mieux prévoir une fourchette de périodes fertiles. Enfin, l'utilisation de méthodes contraceptives modernes se rapporte généralement aux condoms masculins utilisés principalement par les trois jeunes participantes ainsi que l'insertion du stérilet par une seule participante. À l'exception du stérilet, aucune de ces méthodes ne nécessite un recours aux services de santé.

Deuxièmement, l'influence culturelle se répand sur plusieurs croyances et pratiques de soins en matière de gestion du bien-être des femmes. À cet effet, les sept participantes qui présentent des douleurs menstruelles précisent faire l'auto gestion de leurs douleurs menstruelles soit par des analgésiques en vente libre, soit par des tisanes traditionnelles chaudes. Les femmes

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

dans cette étude se fient à une gamme de perspectives culturelles du soin dans la gestion des situations de SSR qui ne nécessite pas forcément l'utilisation des services de santé. Elles relatent l'utilisation de certaines pratiques de soins traditionnels en post-partum, telles que décrites par la Participante 4.

Pour aider à l'écoulement du sang de l'utérus après l'accouchement, il y a une plante spéciale dont les feuilles sont brûlées et la femme doit enfumer son siège et périnée avec cela pendant plusieurs jours...De plus elle ne doit pas consommer de café après l'accouchement, elle doit surtout manger plus de soupe, de bouillie d'avoine... L'allaitement, on l'utilise comme moyen de contraception et de repos après l'accouchement. Participante 4.

En outre, les propos de huit participantes illustrent le fait que la sexualité demeure un sujet tabou dans les sociétés africaines. Cette vision continue d'influencer les croyances sur la sexualité et la reproduction des femmes. En effet, les croyances sur la virginité et sur l'abstinence avant le mariage, les pratiques de l'excision jadis obligatoire chez la jeune fille dans plusieurs sociétés africaines, les douches vaginales post menstruations et avant les relations sexuelles sont quelques-unes des croyances et pratiques culturelles élaborées par les participantes qui touchent à leur bien-être sexuel et reproductif. À titre d'exemple, notons le récit suivant sur l'importance de la virginité.

On ne vit pas la sexualité n'importe comment si tu es une fille. Dans ma culture, tu dois rester vierge normalement pour pouvoir rencontrer ton mari de choix, c'est là où tu es une bonne fille bien éduquée. Participante 3.

Les discours des participantes montrent également que ces valeurs et croyances sont véhiculées dans l'éducation sexuelle faite en famille, qui privilégie la relation de couple et la capacité de procréation d'une femme. Cette priorité éducative se reflète dans les propos de la Participante 5 qui, l'idée que les fibromes constituent une fatalité pour sa maternité, recherche désespérément des services appropriés pour résoudre sa condition.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Une femme dans la société africaine n'est, en réalité, entièrement accomplie que dans une relation maritale et tu ne peux pas dire que tu es une femme sans mari et sans enfant... Les fibromes me préoccupent beaucoup, car je ne veux pas que ça empêche ma capacité d'avoir des enfants. Participante 5.

D'autres pratiques culturelles telles que le camouflage de la grossesse dans les 3 premiers mois et le massage utérin post-partum sont décrits par les participantes comme des pratiques culturelles associées au bien-être et à la santé de la femme lors de la grossesse et des soins périnataux. Les propos suivants reflètent ces perspectives culturelles en lien avec le bien-être de la femme.

La grossesse ne sera pas exposée, on se dit qu'il y a des mauvais esprits qui tournent autour... Chez nous on dit que c'est une période où la vie de la femme et du bébé à venir est fragile. Donc la femme va vivre recluse et ne sortira pas dehors... Elle va cacher son ventre dans des boubous. Participante 5.

Quand la femme accouche sa mère ou sa belle-mère doit faire un massage de l'utérus pour aider à évacuer le sang. Participante 8.

Après l'accouchement, il faut serrer le ventre avec un tissu pour le maintenir. On doit faire des compressions avec des compresses chaudes pour aider à descendre le ventre. Participante 3.

Aussi, plusieurs participantes laissent transparaître dans leurs entrevues que certaines normes religieuses influencent les connaissances en matière de SSR et l'utilisation des services de SSR tels qu'illustrés dans les propos ci-dessous.

Ma religion décourage le port des condoms et d'autres moyens de contraception cela m'a découragée d'utiliser les services de santé sexuelle pendant longtemps... Je demande de l'aide difficilement et... Je vais vraiment consulter physiquement quand c'est important comme la conception. Participante 8.

J'ai utilisé le stérilet et après, on (...) nous a dit que c'est très mauvais d'utiliser le stérilet, car à chaque fois qu'il y a des conceptions, le stérilet tue le fœtus. Quand j'ai su cela, j'ai arrêté nettement d'utiliser le stérilet. Participante 9.

Aux aspects culturels, *le réseau de soutien social* concourt également à affecter l'utilisation des services de SSR chez les femmes immigrantes d'ASS de cette étude. Le réseau social des participantes joue un rôle important dans leur capacité à utiliser ou non les services de

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

SSR selon leur propos. Les participantes ont cité leur famille proche, leurs amies et les membres de leur communauté culturelle et/ou religieuse pour faire référence aux personnes incluses dans leur réseau de soutien social. Le conjoint s'il est présent, détient la première place dans ce réseau suivi des parents s'ils sont présents ou vivants. Cette influence du réseau social peut être positive et entraîner l'utilisation des services de SSR chez les nouvelles immigrées, en contribuant à fournir des repères et de l'information utile dans leur nouvel environnement. Le discours de la Participante 1 témoigne d'une influence positive du réseau social.

La première fois que j'ai fait un test de dépistage du SIDA, c'est parce que je parlais régulièrement avec une amie qui elle, fait régulièrement un check up avec son médecin. C'est elle qui m'a encouragée à en faire. Et il y avait une campagne de sensibilisation et de dépistage c'est là où je l'ai fait mon premier test de VIH ici à Ottawa. Participante 1.

Mais le réseau social peut aussi agir comme une barrière morale et dissuader l'utilisation de certains services pouvant contribuer au bien-être de la femme et cela en raison de connaissances limitées en matière de SSR et de services disponibles. Les propos de la Participante 9 rapportent cette influence dissuasive d'utiliser les services de santé pour gérer ses symptômes de pré ménopause.

Il y a une amie qui m'a dit de boire du lait de soja que ça aide durant la ménopause et que ça empêche d'avoir les bouffées de chaleur et ça marche vraiment depuis que je l'utilise. Participante 9.

Les priorités accordées aux approches traditionnelles et socioculturelles de la vie sexuelle et reproductive montrent l'importance de la maternité pour les femmes d'ASS de cette étude. Dès lors, la recherche des services de SSR vise surtout à combler les attentes socioculturelles pour la maternité. L'absence de consultation dans un service de santé pour les symptômes d'infections vaginales et de dyspareunie montre aussi un manque de connaissance des conséquences possibles de ces types de problèmes chez trois participantes. Tout porte à croire que le bien-être sexuel des

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

femmes est une préoccupation secondaire. Cette construction sociale du corps reproductif des femmes associe les notions de genre et de maternité. Les femmes dans cette étude ne s'estiment « femmes » qu'à travers leur docilité aux attentes socioculturelles prévues dans les relations de couple hétérosexuel et dans la capacité procréatrice de leur corps. Ainsi, les femmes de cette étude qui sont mères se sentent privilégiées et satisfaites de leur SSR. Cette culture de satisfaction s'illustre dans les propos de sept participantes. D'autre part, trois participantes qui n'ont pas encore d'enfants et qui expriment de la satisfaction dans leur vie sexuelle demeurent préoccupées par leur avenir reproductif. Une telle préoccupation oppressante est illustrée par la Participante 8 face à un avortement spontané.

Ma vie reproductive n'est pas satisfaisante parce que j'aurais voulu avoir un enfant et je ne l'ai pas encore eu (long silence). Donc c'est une période inquiétante pour moi. Ça a failli être, mais ne s'est pas passé comme il fallait (pleure)...participante 8.

Les récits de plusieurs participantes laissent entrevoir que des pressions sociales sur la relation de couple, la satisfaction sexuelle du conjoint, le sentiment de devoir conjugal, la fertilité et la maternité, sont des situations qui exigent des femmes une utilisation des services de SSR comme en témoignent les propos ci-dessous.

La maman ne veut pas savoir comment sa fille est satisfaite dans sa vie sexuelle. Elle va demander par exemple si tu t'occupes bien de ton homme. En Afrique, le problème est que la femme doit satisfaire surtout son homme en premier. Participante 1.

Oui c'est important d'avoir des enfants quand on est une femme. La pression sociale est là et est très exigeante. Les parents peuvent passer par-dessus la pression du mariage, mais la pression d'avoir un enfant est encore plus forte que ce soit dans le mariage ou pas. Participante 5.

Cette tension constante entre les privilèges et les conditions accablantes de sexualités restrictives et associées à la maternité chez les femmes d'ASS est éloquent dans les expériences de vie des différentes participantes. Pour les femmes qui jouissent des privilèges associés à leur satisfaction reproductive, elles doivent associer les préoccupations stressantes de la maternité pour combler les

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

pressions sociales liées à la relation de couple et au devenir mère. Il apparaît que cette tension contribue à englober le genre dans ses carcans normatifs préétablis.

Même si les femmes interviewées rapportent être en santé, cette recherche souligne que peu de problèmes physiques sont portés à l'attention des professionnels de la santé. Il s'agit principalement de problèmes physiques qui touchent à la reproduction et peuvent mener à l'infertilité. Ces problèmes d'infertilité semblent être des inquiétudes importantes de SSR pour les femmes d'ASS qui suggèrent et interpellent à une prise en charge plus médicalisée. L'utilisation du système de santé semble être une solution de dernier recours lorsqu'aucune pratique traditionnelle n'a offert de résultats satisfaisants. Ainsi, il apparaît important de remettre en cause la perception de certains problèmes sexuels vus comme étant privés, « normaux », ou bien trop honteux pour être discutés dans les coulisses des services de santé par les participantes. Les passages suivants illustrent ces perceptions.

Pour obtenir plus d'informations sur la SSR, j'utilise mes connaissances personnelles et l'internet. Quand j'ai des besoins en matière de SSR, je ne parle pas avec personne de cela sauf à mon conjoint. Participante 10.

Je suis une personne timide. Je demande de l'aide difficilement et quand j'ai des préoccupations, je préfère aller sur internet et chercher ce que je veux savoir plutôt que de demander de l'aide verbalement. Je vais vraiment consulter physiquement quand c'est important. Participante 8.

Selon les résultats de cette étude, plusieurs aspects socioculturels jouent un rôle déterminant dans la vie sexuelle et reproductive des femmes d'ASS. Ces aspects vont sans doute contribuer à créer des situations uniques en matière de SSR et d'utilisation des services de SSR chez ces femmes.

## **Chapitre 5 : Discussion**

Le but de ce chapitre est de discuter les résultats présentés au chapitre quatre (4) sur les différents facteurs qui influencent l'utilisation des services de SSR de la population à l'étude. Cette discussion se fera à la lumière de la littérature actuelle et du Modèle d'utilisation des services de santé proposé par Andersen et Newman (1973) et adapté par Song et ses collègues (2010). La discussion des résultats vise à montrer comment les différents facteurs prédisposants, habilitants, déclenchants et migratoires sont interreliés et comment ils affectent l'utilisation des services de santé entraînant parfois une santé sexuelle et reproductive empreinte de discrimination et d'oppression chez les femmes immigrantes d'ASS.

### **5.1 Adaptation du Modèle d'utilisation des services de santé d'Andersen et Newman puis de Song et ses collègues**

L'utilisation des services de soins de santé renvoie à l'interaction entre les consommatrices (les femmes) et les fournisseurs de soins dans un environnement organisationnel donné (Oleske, 2009). C'est le point de rencontre dans le système de santé où les besoins des clientes sont en partie répondus par les professionnel-le-s de la santé, selon les caractéristiques sociales des individus (Andersen et Newman, 1973; Babitsch, Gohl & Von Lengerke, 2012; Oleske, 2009). Dans cette étude, c'est la version adaptée par Song et collègues (2010) du Modèle d'utilisation des services développé par Andersen et Newman en 1973 qui est retenue pour l'analyse des données parce que ce modèle adapté permet de considérer les réalités reliées à l'immigration et d'ajuster les analyses à une population immigrante. Ce modèle est « non normatif», il nous permet de découvrir de manière spécifique, les facteurs réels qui facilitent ou limitent l'utilisation des services de santé d'un individu (Andersen, 1995). La culture en tant qu'élément prédisposant de la structure sociale est un facteur important à considérer dans

l'analyse de l'utilisation des services de santé des individus (Andersen, 1995). Son impact dans la gestion des problèmes de SSR est fondamental à l'étude de l'utilisation des services de santé chez les femmes immigrantes d'ASS.

## **5.2 Culture comme toile de fond dans l'utilisation des services de santé**

Andersen et Witham (2011) formulent que la culture est un ensemble de traits distinctifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Ces traits distinctifs sont soutenus par un ensemble de valeurs et de croyances apprises et organisées dans les structures de pouvoir. Comme une sève, la culture s'insère dans l'éducation et infiltre le réseau social des individus. La culture est l'arène éducative qui transforme et circonscrit les connaissances en matière de sexualité et de procréation. Elle impose des pratiques et des comportements qui se reflètent dans plusieurs aspects de la vie dont la sexualité et la santé sexuelle et reproductive. Les représentations sociales que la culture dicte, commandent une façon d'être et de faire les choses qui est propre à chaque société et poussent les individus à faire comme le veut la tradition et la culture (Andersen et Witham, 2011).

### **5.2.1 Influence du bagage socioculturel préexistant avant l'immigration**

Dans cette étude, force est de constater que les participantes arrivent au Canada, munies d'un certain bagage socioculturel de santé qui repose sur des facteurs prédisposants et habilitants qui influencent l'utilisation des services de santé. Selon la littérature, en Afrique sub-saharienne, les facteurs prédisposants s'accordent avec une vision de « la femme » centrée sur son rôle procréateur et sur l'exercice d'une certaine passivité face aux violences physique, sexuelle et émotionnelle dont elles sont souvent victimes (OMS, 2012). Les facteurs habilitant l'utilisation des services de SSR en ASS sont caractérisés par des normes sociales qui découragent les

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

possibilités d'éducation et d'emploi chez les femmes entretenant ainsi une dépendance économique et le maintien des relations inégales entre les hommes et les femmes (OMS, 2012; Sathoud, 2008; Sow & Bop, 2004). Ces facteurs prédisposants et habilitants enfouis dans le bagage socioculturel pré migratoire interagissent avec et construisent les valeurs et les croyances culturelles en matière de SSR de ces nouvelles arrivantes d'ASS. À titre d'exemple, les discours des participantes révèlent que les jeunes filles reçoivent une éducation sexuelle qui prône l'abstinence et la virginité avant le mariage dans l'attente du mari idéal pour se reproduire. Les mères, les tantes et l'entourage féminin des jeunes filles enseignent à ces dernières l'importance de satisfaire « leur homme ». La totalité des participantes ont souligné que l'infertilité est une fatalité dans la santé sexuelle et reproductive des femmes. Les participantes expriment que devenir mère est une condition essentielle à leur identité genrée.

Les aspects culturels concernant les femmes immigrantes d'ASS démontrés dans l'étude de Dune et ses collègues (2015) confirment que pour certaines cultures africaines, la sexualité des femmes n'existe que pour la satisfaction des hommes et pour la procréation. Le plaisir sexuel de la femme semble être peu valorisé au détriment du plaisir de l'homme. À l'instar des travaux de Bop et Sow (2004), de Guiella (2012) et de Sambieni (2012), plusieurs propos des participantes confirment que les valeurs et les croyances culturelles sur la sexualité transforment les comportements et les pratiques sexuelles des femmes. D'autres auteurs estiment que de telles représentations sociales et culturelles de la sexualité, limitent les choix des femmes et favorisent des comportements à risque pour des ITS, le VIH et des grossesses non désirées (Guiella, 2012; OMS, 2012). Ainsi, il semble que le bagage socioculturel pré-migratoire des femmes d'ASS entraîne une faible utilisation des services de SSR à leur arrivée au Canada. Il convient toutefois de reconnaître qu'en raison du caractère sélectif de l'immigration canadienne, ces

femmes doivent présenter des conditions de santé optimale, ce qui fait qu'elles présentent moins de besoins en matière de santé et de SSR durant les premières années d'établissement au Canada.

### **5.2.2 Tensions socioculturelles post migratoires en matière de SSR**

Dans cette étude, il ne fait aucun doute que les femmes sont soumises à des représentations identitaires, sexuelles et reproductives particulières et qu'elles vivent ces représentations comme une pression dichotomique constante. Qu'elles soient jeunes ou âgées, les participantes sont tiraillées entre les valeurs et les croyances socioculturelles de leur pays d'origine et celles de leur nouvelle terre d'accueil quant à leur "identité genrée" ainsi que leur identité sexuelle et reproductive dans la société. Cette recherche a montré que les premières cinq années de transition sont marquées par une sous-utilisation des services de SSR sauf pour des besoins de reproduction. Plusieurs auteurs attestent que la recherche de logement, d'emploi stable et d'appartenance sociale sont prioritaires durant cette période (Belhassen, 2008; Lebrun, 2010; Madibbo, 2009). Les questions de sexualité et de reproduction ne semblent pas prioritaires à leur bien-être. L'utilisation des services des SSR semble se limiter aux situations d'urgence et à la gestion de la période périnatale. Toutefois, un clivage se présente dans le discours des participantes plus jeunes pour qui la sexualité ne se résume pas à la reproduction. Leur vision de la SSR renforce leurs choix et concourt à leur bien-être en élargissant leur satisfaction sexuelle au-delà du *devenir mère*. Ces participantes sont d'abord préoccupées par leur situation économique plutôt que par la planification des naissances.

Des chercheurs australiens et hollandais affirment que certains valeurs, croyances, et comportements culturels chez les immigrantes d'ASS peuvent constituer de véritables barrières à leur bien-être et les prédisposer à une sous-utilisation des services de SSR (Boateng et al, 2012;

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Drummond, Mizan, & Wright, 2008; Drummond, Mizan, Brocx, & Wright, 2011). Plusieurs participantes utilisent des stratégies traditionnelles pour gérer leur SSR. Cette réalité est décrite durant les entrevues lorsque les participantes mentionnent utiliser leurs approches traditionnelles d'espacement des naissances et de contraception, de gestion de soins en période périnatale. Il est clair pour ces femmes que leur vision de la SSR est différente de la vision nord-américaine. La plupart des femmes de cette étude se sont dites satisfaites de leur vie sexuelle et reproductive puisqu'elles vivent en couple et ont des enfants. Dans les cultures d'ASS, on a vu qu'il s'agit d'une situation idéale et privilégiée pour une femme. À cela, cinq participantes ajoutent que l'utilisation des services de SSR se fait seulement en situation *d'extrême nécessité comme la maladie*. Ceci pourrait justifier pourquoi les cas de douleurs et/ou de sécheresse vaginale lors des relations sexuelles n'ont pas fait l'objet d'une consultation particulière en termes de bien-être et de santé dans les propos de certaines participantes. Cette perspective manifeste que l'utilisation des services de santé répond aux *besoins genrés* de la maternité. Les femmes de cette étude ont clairement démontré que les besoins qui ne concernent pas la santé reproductive et la capacité de devenir mère ne sont pas des besoins prioritaires pour leur équilibre sexuel et reproductif.

Stern et ses collègues (2015) confirment que l'éducation sexuelle des filles en Afrique est encore assurée par la famille. D'ailleurs, selon les participantes de la présente étude, la famille, suivie du réseau social et d'une professionnelle de santé sont, dans l'ordre, les recours auxquels elles font appel quand survient une préoccupation de santé. Dans bien des cas en ASS, le réseau social immédiat de la femme est constitué des membres de sa propre famille, de sa belle-famille, et avec en sa tête un décideur masculin qui peut être son père ou son conjoint. Ici en contexte migratoire, le réseau social des femmes interviewées est composé des membres de leur famille, ceux de leur diaspora ainsi que de leur communauté religieuse. Toutes les femmes de l'étude ont

exprimé une dépendance face au soutien familial et/ou social, tant dans les aspects de la vie sociale que dans leur intégration comme immigrantes. Qui plus est, le mode de vie communautaire auquel se sont habituées ces femmes dans leur pays d'origine invite toujours à s'identifier à ce type de réseau sélectif et homogène.

### **5.3 Facteurs socioculturels qui limitent l'utilisation des services de SSR chez les femmes d'ASS durant la période post migratoire**

#### **5.3.1 Facteurs prédisposants**

Les facteurs prédisposants englobent les valeurs et les croyances culturelles sur la sexualité et la reproduction. Ils interfèrent sur les connaissances et les décisions de ce qui est important pour la santé des femmes et de ce fait sur les besoins en services de santé. Dans cette étude, sans que d'aucune façon il ne soit possible de conclure que les préoccupations de santé reproductive des participantes soient représentatives de celles des autres femmes d'ASS, leurs discours sur ce sujet, montrent que la culture exerce un pouvoir sur la SSR. L'éducation sexuelle trace les limites de l'équilibre sexuel et reproductif par le simple fait de son pouvoir restrictif et normatif pour certaines femmes. L'éducation sexuelle des filles par leurs familles et la société, se présente ici comme une structure sociale de contrôle du corps des femmes à travers leur sexualité. Harper (2012) appelle ce type de contrôle, un pouvoir disciplinaire. Ce type de pouvoir établi par la culture représente un marqueur hiérarchique, patriarcal et de domination qui légitime les valeurs et les croyances et essentialise le corps des femmes comme corps reproductif. Ce facteur prédisposant est transporté d'expériences en expériences de SSR par les femmes d'un pays à un autre et ne peut être soustrait de l'analyse de leurs situations de SSR. Dans les sociétés africaines, les femmes sont valorisées dans leur rôle de procréatrices, car les enfants représentent une richesse sociale. Les femmes se sentent responsables de la procréation et mettent tout en

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

œuvre pour combler cette mission sociale. Elles déterminent ce qui leur semble prioritaire pour leur bien-être sexuel et reproductif. Elles exercent alors selon Harper (2012), un pouvoir interpersonnel qui s'articule bien au pouvoir éducatif (disciplinaire) de la culture pour déterminer ce qui est prioritaire pour le bien être sexuel et reproductif des femmes d'ASS. L'intersection de ces trois formes de contrôle (hégémonique, interpersonnel et éducatif) contribue à maintenir et à renforcer les rapports d'inégalité entre les hommes et les femmes, mais également à déterminer les besoins en SSR.

L'ensemble des facteurs culturels qui enserrent l'éducation sexuelle affecte les connaissances sur la sexualité et la reproduction et dicte des rapports sociaux de genre et de pouvoir qui façonnent la SSR de ces femmes. La culture, telle que décrite par les participantes, montre un faible degré d'ouverture à la sexualité en ASS et justifie la honte, la crainte et les préjugés entourant les problématiques de SSR. Le passage suivant illustre cet impact culturel :

Je suis une personne timide. Je demande de l'aide difficilement et quand j'ai des préoccupations, je préfère aller sur internet et chercher ce que je veux savoir plutôt que de demander de l'aide verbalement. Je vais vraiment consulter physiquement quand c'est important...quand on a grandi dans une société où il n'est pas facile de parler sexualité, on se retient un peu, on a un peu honte de la perception de l'autre et de son jugement. Participante 8.

Les besoins perçus en matière de bien-être sexuel chez les femmes d'ASS semblent être filtrés à travers l'entonnoir culturel qui englobe les valeurs, les croyances et les attitudes envers la sexualité et la reproduction, propre à chaque groupe culturel. Les aspects culturels de la sexualité influencent les connaissances et les stratégies de gestion de la SSR que les femmes vont entreprendre. Plusieurs auteurs reconnaissent que certaines conditions ont aussi un impact négatif sur le bien-être sexuel et reproductif des femmes d'ASS (Adanu, Seffah, Lince, & Blanchard, 2012; Alemayehu & Tilahun, 2012; Chipetal, Chimwazal, & Kalilani-Phiri, 2010; Sidze & al, 2014). Les travaux de De Jesus (2009, 2010), de Guiella (2012), de Lebrun (2010) et de Yakubu

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

et ses collègues (2012), rapportent que les immigrantes d'ASS utilisent les services de SSR surtout en période périnatale. D'autres recherches indiquent que les femmes d'ASS continuent à naviguer en alternance, dans des structures de santé traditionnelles et modernes de leurs pays d'origine (Bop, 2005; Engelking, 2008).

### **5.3.2 Facteurs habilitants**

L'analyse du discours des participantes montre qu'elles sont confuses et parfois insatisfaites du système de santé canadien faute de repères. Ces femmes arrivent avec des habiletés particulières et des attentes d'immédiateté en matière de services de santé qui proviennent de leurs contextes environnementaux antérieurs. Par exemple, elles s'attendent à un service immédiat quand elles arrivent à l'urgence ou quand elles veulent rencontrer un gynécologue ; elles pensent pouvoir acheter des antibiotiques ou des médicaments en pharmacie sans ordonnance médicale. Mis à part les services reproductifs qui répondent à leurs besoins lors des suivis de la grossesse, de l'accouchement et en période postnatale, plusieurs femmes manquent de connaissances et de compréhension du fonctionnement global du système de santé au Canada. À cela, elles montrent peu de connaissances sur la couverture sanitaire de la province dans laquelle elles vivent. Cette réalité est déjà connue au sein de la population immigrante au Canada comme en témoignent les études faites par Gagnon (2002), Khadilkar et Chen (2013), Reitmanova et Gustafson (2008) ainsi que Zanchetta et Poureslami (2006). Ces auteurs ont trouvé que le manque de familiarité avec le système de santé canadien entraîne souvent une sous-utilisation générale des services de santé par les immigrants durant la période d'intégration.

Pour une bonne majorité des participantes, le processus de navigation dans le système de santé et les longues listes d'attente pour accéder à certains services spécialisés représentent des difficultés d'accès aux services de santé. Lebrun (2010), Khadilkar et Chen, (2013) soutiennent

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

que les différences qui existent entre l'accès aux services du système de santé du pays d'origine et celui de la province canadienne de résidence seraient à l'origine de ces difficultés. Ces différences évoquent sans doute un désavantage dans l'utilisation des services de santé et contribuent aux résultats d'insatisfaction qu'expriment les participantes y ayant eu recours. Andersen (1995) maintient que la satisfaction de la clientèle est le résultat attendu de l'utilisation des services de santé. Si ce groupe de femmes nouvellement immigrées verbalisent de l'insatisfaction, les politiques et les réformes de santé publique doivent veiller à interroger plusieurs aspects tels que la commodité, la disponibilité, le coût, les caractéristiques des pourvoyeurs de soins de santé ainsi que la qualité des services offerts aux sous-groupes de cette population, surtout en ce qui concerne la SSR. Plusieurs femmes dans cette étude mentionnent que le sexe du professionnel de la santé est une caractéristique à considérer en matière de sexualité. D'ailleurs, trois participantes ont noté qu'un professionnel de la santé de sexe masculin représente un véritable défi dans l'établissement d'une relation thérapeutique confortable. Ce défi a aussi été souligné dans les travaux de Gagnon (2002), de Maticka-Tyndale et ses collègues (2007). Cet inconfort chez les participantes découle aussi de leur éducation sexuelle reçue par les femmes de leur entourage et de leur communauté. L'éducation sexuelle semble présenter la sexualité comme un tabou qui englutit le genre dans son carcan normatif. Cette situation peut amener les femmes à ne pas discuter de sexualité dans un service de santé.

Toutes les femmes de cette étude ont indiqué que la barrière linguistique constitue un autre frein à l'utilisation des services de santé. La prédominance de l'anglais dans les services de santé à Ottawa est un obstacle de plus. Comme plusieurs francophones en Ontario, les participantes estiment vivre en situation de minorité linguistique à Ottawa et disent se sentir souvent incomprises si elles sont amenées à exprimer leurs problèmes de santé en anglais. Toutes

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

les femmes ont exprimé leur préférence pour des services de santé en français. Les cinq participantes de cette étude qui ont indiqué avoir un médecin de famille, ont également indiqué leur satisfaction envers les services de santé en français dont elles bénéficient lors des visites médicales. De nombreux travaux continuent de souligner les défis associés aux barrières linguistiques pour optimiser la santé et l'accès aux services de santé par les francophones de l'Ontario (Bouchard, Gagnon-Arpin et Makvandi, 2012; Leclerc, 2007). Plusieurs auteurs reconnaissent d'ailleurs que la langue est une caractéristique d'équité en matière d'accès aux services de santé (Andersen, 1995; Bouchard, Gagnon-Arpin et Makvandi, 2012; Leclerc, 2007). Ainsi, pour la plupart des femmes d'ASS, pour qui les sujets de sexualité et de santé sexuelle sont encore très sensibles, il s'avère encore plus important que les services de SSR soient prodigués dans la langue de préférence de ces femmes (De Pierrepont et Polomeno, 2015).

Que ce soit dans le contexte de la santé ou de la vie sociale, la présence d'un réseau de soutien social culturellement sensible permet de maintenir des perspectives culturelles et traditionnelles de santé. Lorsque la famille est présente au Canada ou qu'il existe un circuit communautaire de référence, les participantes ont toutes affirmé avoir eu recours à ces réseaux pour faciliter leur intégration au Canada. Eu égard à ce type de réseau homogène et culturel pour ces nouvelles immigrantes, j'ai difficilement pu encourager trois participantes à parler de leur excision, de ses séquelles aussi bien que leurs besoins en matière de soins ou de services de santé liés à leur situation de femmes excisées. Une seule participante a reconnu sa sécheresse vaginale et ses douleurs lors des relations sexuelles avec pénétration imputable à cette condition, les deux autres participantes peinent à reconnaître un point négatif de cette pratique lors de l'entrevue. Certaines études confirment que dans les sociétés d'accueil, ces conditions sont des causes de non-recours aux services sociaux et de santé par les femmes des communautés ayant

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

de telles pratiques et cela dans le but d'échapper aux jugements et à la stigmatisation (Abusharaf, 2006 ; Vissandjée & al., 2014). Sans toutefois avoir réussi durant les entrevues à obtenir plus de détails sur les besoins et services particuliers de ces femmes excisées, j'ai pu entrevoir que dans leurs réponses cette situation n'est pas une priorité dans leur recherche de services de SSR. Les entrevues avec les participantes montrent que les connaissances et les services de SSR identifiés par les réseaux sociaux des femmes contribuent à normaliser certains aspects culturels de la SSR. Par exemple, la famille soutient et continue d'essentialiser la satisfaction sexuelle de l'homme dans l'éducation sexuelle des filles. Le contrôle du corps des femmes entraîne un contrôle sur leur vie, leurs options et leur potentiel (ACRJ, 2005). Ce réseau social semble maintenir et intensifier le pouvoir disciplinaire par l'entremise de pratiques favorables aux rapports d'inégalités comme l'estime Harper (2012). Toutefois, Lebrun (2010) a trouvé que plus les personnes du réseau social ont de bonnes connaissances en matière de santé et de services de santé, plus elles sont capables d'aider les nouvelles immigrées à naviguer dans le système de santé canadien et à utiliser les services existants au Canada. En accord avec Lebrun (2010) et Harper (2012), la présente étude confirme le pouvoir exercé par le réseau social sur l'éducation sexuelle des filles dont la famille provient d'ASS.

### **5.3.3 Besoins**

Cette étude a confirmé que les besoins reproductifs sont ceux qui conduisent le plus les femmes à la recherche de services de SSR. Ces besoins reproductifs peuvent provenir des rapports sociaux hiérarchiques et patriarcaux (Fourn, 2011). Toutes les participantes de cette étude caractérisent la satisfaction de leur vie sexuelle et reproductive par la présence d'une relation de couple hétérosexuel et d'une maternité satisfaisante. Il semble que les besoins en matière de SSR soient conditionnés par les normes sociales qui justifient le corps reproductif des

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

femmes. Selon la Charte des droits et libertés du Canada (voir les travaux du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur l'égalité des sexes dans le système de justice au Canada, 1992), l'égalité homme femme est un droit fondamental. Dans cette perspective, une sexualité restrictive à des fins reproductives, véhiculée selon des normes culturelles et sociales, va à l'encontre de ce droit fondamental. Afin de soutenir une justice sexuelle et reproductive pour toutes les femmes dans la société canadienne, il devient important de considérer les réalités et les besoins diversifiés de tous les groupes de femmes particulièrement celles des minorités (CHANGE, 2009 & 2010 ; IPPF, 2006).

Les nombreuses stratégies traditionnelles de contraception, de gestion de la grossesse, de l'accouchement et des soins postnataux mentionnés par les participantes, mettent en évidence le faible recours aux stratégies modernes et biomédicales offertes dans les services de santé canadiens. D'ailleurs, tel que déploré par Sambieni (2012), même si les douleurs menstruelles sont le problème le plus récurrent pour la majorité des participantes, l'automédication et l'utilisation de tisanes chaudes comme stratégies de gestion de la douleur montrent encore une fois l'ancrage culturel de la douleur considérée comme "naturelle" dans les conditions sexuelles et reproductives des femmes.

### **5.3.4 Facteurs migratoires**

Les participantes de cette étude ont manifesté leurs préoccupations économiques générées par les difficultés à intégrer le marché du travail. Pour certains auteurs canadiens, les inquiétudes économiques auxquelles font face ces femmes en tant qu'immigrantes reposent surtout sur l'inefficacité des structures politiques et gouvernementales qui rendent difficiles l'amélioration des conditions de vie des nouveaux arrivants (Belhassen, 2008; Lebrun, 2010; Spitzer, 2006). Cette étude met l'accent sur le fait qu'en période post migratoire, les priorités de la vie sont

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

d'abord d'ordre économique. Ici au Canada, les participantes se rendent compte qu'elles ne pourront pas compter seulement sur le conjoint pour pourvoir à leurs besoins, mais qu'elles devront aussi contribuer financièrement aux besoins de la famille. Ce nouveau défi occupe l'expérience de vie de la plupart des participantes dans leur discours et témoigne de l'importance accordée aux retours aux études par sept (7) participantes qui souhaitent augmenter leur potentiel d'employabilité par les entreprises canadiennes. Malgré les difficultés économiques rencontrées durant les premières années d'intégration au Canada, les participantes sont toutefois reconnaissantes des privilèges de soins de santé qu'octroie un statut légal de résidence permanente.

### **5.4 Facteurs socioculturels qui favorisent l'utilisation des services de SSR des femmes d'ASS durant la période post migratoire**

#### **5.4.1 Facteurs prédisposants**

La culture, bien ancrée dans plusieurs structures sociales, s'entremêle aisément à l'identité de genre, à l'éducation, aux valeurs et croyances socioculturelles et à l'identité civile pour prédisposer l'utilisation de certains services de SSR. Or ces différentes constructions sociales montrent une grande capacité à encourager l'utilisation des services de SSR dans plusieurs récits de participantes.

D'abord, l'identité féminine et la maternité sont inséparables dans le discours de toutes les participantes de l'étude. L'identité de genre des femmes d'ASS pivote largement autour de la maternité (Sow & Bop, 2004). Il semble qu'il faut être mère pour être « une vraie femme » en ASS. Pour Andersen et Witham (2011), le genre fait référence aux conventions socioculturelles aussi bien qu'aux rôles et comportements qui mettent en relation les femmes et les hommes, les filles et les garçons. En fait, même si cette identité de genre est un continuum qui dépend à la

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

fois des marqueurs sociaux et biologiques, elle varie aussi par rapport aux divisions sociales fondées sur le pouvoir et l'autorité comme en témoigne la culture dans cette étude (Hunt et Annadale, 2012). Vrain (2000) a auparavant démontré qu'au Burkina Faso comme dans la plupart des pays de la sous-région ouest-africaine, les femmes sont valorisées au plan reproductif et social, mais dévalorisées au plan décisionnel et politique. Certains récits de participantes confirment que les femmes en ASS sont généralement en situation de déficit de pouvoir formel en matière de SSR. Cette situation entraîne des difficultés dans la poursuite d'une justice sexuelle et reproductive pour les femmes (CHANGE, 2009).

Les femmes de cette étude, comme la grande majorité des femmes d'ASS, ont été conditionnées à percevoir l'infertilité comme une catastrophe de santé reproductive. Cette catastrophe affecte le bien-être sexuel et reproductif des femmes aux prises avec un problème d'infertilité. Que les femmes aient des enfants ou non, cette recherche montre que l'infertilité est historiquement et culturellement perçue comme une fatalité qu'il faut absolument essayer d'éviter. L'infertilité représente un enjeu crucial de santé reproductive qui nécessite une utilisation de tous les moyens et services essentiels à sa résolution. Aux yeux des participantes, cette réalité renforce le besoin pour des services reproductifs. L'ensemble de ces facteurs sociaux concourt selon Sambieni (2012) ainsi que Sow et Bop (2004) à influencer la santé et l'équilibre sexuel et reproductif des femmes. Ces aspects sociaux montrent le manque d'intérêt pour la contraception moderne tout comme le manque d'implication des hommes dans les stratégies d'espacement des naissances, deux phénomènes dénoncés par Kabagenyi et ses collègues (2014).

Pour Andersen et Witham, (2011), l'identité de genre se construit de manière à replacer la maternité entre les mains des femmes par l'intermédiaire de certaines valeurs, croyances, et

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

comportements. Les valeurs et croyances socioculturelles en ASS décrites précédemment, annoncent un « caractère normatif » qui essentialise la reproduction chez les femmes et coiffent incontestablement la perception à la fois systémique et structurelle qui veut que pour se dire «femme», il est important de devenir mère. Dès lors «devenir mère» est inculqué à la jeune fille et s'impose d'ailleurs dans la vie des trois femmes célibataires de cette étude. Ces différents valeurs, croyances et comportements sociaux méritent une attention, car ceux-ci semblent affecter la santé des femmes et particulièrement leur bien-être moral, sexuel et reproductif (Andersen & Witham, 2011; Hankivsky, 2012; Sow & Bop, 2004).

Les femmes de cette étude ont démontré un besoin de recours aux services de SSR qui débute généralement avec le mariage ou avec la vie de couple. Ce constat s'impose même chez les femmes qui sont en couple et sans enfant. Il est clair que le mariage ou la vie conjugale semblent être la principale motivation à l'utilisation des services de SSR pour ces femmes. L'utilisation des services durant cette période de la vie de couple est légitimée et justifiée par le besoin de satisfaire ces normes sociales, mais aussi de satisfaire les critères essentiels au maintien de la vie de couple comme le soulignent Sow et Bop (2004).

Enfin, Anaebere et ses collègues (2013) estiment que la confiance aveugle présente dans certaines relations de couple afro américaines, contribue à renforcer chez les femmes, l'influence patriarcale ainsi que la perception de l'absence de risque dans les relations sexuelles. Dans cette étude, les femmes persuadées de la stabilité de leur relation de couple considèrent la fidélité comme leur meilleur allié contraceptif et de protection contre les ITS et le VIH. Ces constats sur la confiance et la stabilité du couple pourraient-ils justifier l'absence d'ITS et/ou d'abus sexuels chez les participantes? Une réflexion profonde pour englober la place des rapports sociaux de genre et de pouvoir dans la propagation du VIH en ASS, par exemple, mérite d'être posée, car il

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

est connu que cette infection reste une honte et une fatalité pour un grand nombre de personnes provenant d'ASS (Douine & al, 2012). Cependant, les participantes plus jeunes et célibataires avaient une meilleure appréciation de la sexualité aux fins de satisfaction personnelle comparativement aux femmes mariées depuis longtemps. Cette réalité m'amène à penser que des changements de comportements sécuritaires et des pratiques de réduction des méfaits seront plus efficaces auprès des groupes d'adolescentes et de jeunes femmes adultes.

### **5.4.2 Facteurs habilitants**

Dans cette recherche, il ressort que le réseau de soutien social et la présence d'une communauté culturelle d'appartenance sont des outils qui appuient les femmes d'ASS dans leur processus d'intégration aux différentes structures institutionnelles. Lebrun (2010), confirme que la présence d'un bon réseau de soutien social ainsi que la connaissance des structures du système de santé appuient les femmes dans l'utilisation des services de santé. Ces connaissances sont des facteurs favorables à l'aiguillage vers des services appropriés en matière de santé. Plusieurs femmes dans cette étude ont apprécié la disponibilité de nombreux services et ressources pour le bien-être des femmes quoiqu'elles n'aient pas mentionné leur utilisation. Toutefois, marquées par des connaissances culturelles diversifiées, les femmes ont montré un modèle d'utilisation des services de SSR qui soutient leur rôle procréateur, justifiant peut être pourquoi les questions de dyspareunie, d'infection vaginale et de sécheresse vaginale sont peu examinées dans leur discours.

### **5.4.3 Besoins**

Il est clairement ressorti que tout problème de santé physique qui touche à la capacité de procréer crée inévitablement un besoin perçu d'utiliser des services de SSR. Comparativement à

l'infertilité et les fibromes qui ont un impact sur la maternité, les symptômes de la ménopause quoique dérangeant le bien-être de deux participantes, n'obtiennent pas le mérite d'une prise en charge médicale dans le discours des trois participantes en ménopause. En effet, la fertilité et la maternité sont perçues comme des conditions physiques de santé essentielles à l'établissement de l'identité de genre et des rapports sociaux et de pouvoir dans les sociétés africaines (Guiella, 2012; Sambieni, 2012; Sow & Bop, 2004). Bellamy et ses collègues (2013) expliquent que les expériences de satisfaction sexuelle chez les femmes ne sont pas que personnellement vécues; elles sont également préétablies socialement et psychologiquement dans leurs sociétés. Cette situation explique que l'absence d'orgasme par exemple, ne justifie pas l'insatisfaction sexuelle chez la femme, car son plaisir passe d'abord par le plaisir sexuel de son partenaire. L'imbrication de la maternité, du genre et de la culture transforme inéluctablement les expériences privées de SSR des femmes d'ASS en expériences sociales qui répondent aux normes établies. L'éducation sociale et sexuelle des femmes d'ASS ne peut être soustraite de leur réalité en contexte migratoire. Cette éducation les suit en permanence dans leurs actions, leurs pratiques et leurs comportements quotidiens, quel que soit leur contexte de vie.

### **5.5 Facteurs qui limitent et/ou qui favorisent l'utilisation des services de SSR durant la période post migratoire**

La culture et le réseau social ont montré tout au long de cette étude, leur capacité tant à appuyer l'utilisation des services de SSR à travers des éléments facilitants aussi bien qu'à limiter leur utilisation par des normes et pratiques restrictives, surtout en ce qui concerne la santé sexuelle.

Plusieurs facteurs prédisposants, habilitants, déclenchants et migratoires ci-haut mentionnés, proviennent de la culture africaine sub-saharienne. Guiella (2012), Sambieni (2012)

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

et Sow & Bop (2004), notent que certaines représentations socioculturelles ont le pouvoir de « normaliser » les pratiques et les comportements associés à la sexualité. L'abstinence, la fidélité, la virginité, pour ne nommer que quelques représentations, pratiques et comportements ont tendance, selon les contextes, à favoriser et/ou à limiter l'utilisation de services de SSR du Canada. La culture intériorise la sexualité et la reproduction selon les récits des femmes dans cette étude. Ces représentations, pratiques et comportement mentionnés dans cette étude, soulignent le caractère à la fois privilégié et exigeant du «devenir mère» pour l'identité genrée.

Plusieurs études précisent l'impact de la culture sur la construction sociale de l'identité genrée et de la sexualité (Andersen et Witham, 2011 ; De Jesus, 2009; Giami, 2002; Vrain, 2000). Les travaux de ces auteurs appuient l'existence de rapports sociaux et de pouvoir qui rendent les femmes responsables de leur reproduction, tout en continuant de perpétuer des structures, des valeurs et des normes sociales qui maintiennent les processus patriarcaux et affectent les expériences de SSR des femmes. Bilge (2009), Corbeil et Marchand (2006), et Hankivsky (2012) autant qu'Harper (2012) pensent qu'un examen de l'interaction de ces différentes représentations sociales de genre, de sexualité et de culture est nécessaire et doit être opéré pour reconnaître les oppressions et discriminations.

Cet examen permet de considérer les besoins réels en matière de promotion de la santé des femmes et de justice reproductive pour toutes les femmes au Canada comme le souhaite la Fédération du Québec pour le planning familial (FQPN, 2014). La justice reproductive est définie comme un bien-être total aux niveaux physique, mental, spirituel, politique, social, environnemental et économique des femmes et des filles (Gurr, 2015). Elle devient une réalité quand « chaque femme et chaque fille a le pouvoir et les ressources économiques, sociales et politiques nécessaires pour faire des choix sains à propos de son corps, de sa sexualité et de sa

reproduction... » (ACRJ, 2005, cité dans FQPN, 2014, p. 4). Cela implique que les structures sociales et politiques soutiennent les besoins reproductifs des femmes vivant dans des conditions de minorité à travers un processus transformateur qui vise à corriger les iniquités de pouvoir et à provoquer des changements systémiques (CHANGE, 2010; FQPN, 2014; Gurr, 2015). Les soins de santé représentent un aspect intégral de la justice reproductive et concernent à la fois la qualité des soins autant que l'accès aux services. Leur intégration dans les perspectives de santé publique aidera les professionnel-le-s de la santé à travailler de manière collaborative à l'atteinte des objectifs de santé et des droits de la personne surtout en ce qui concerne la reproduction.

Le caractère dichotomique du réseau social des femmes à favoriser ou à décourager leur utilisation des services de santé est observé dans leurs récits. Pour plusieurs auteurs, les connaissances des femmes immigrantes sur les problèmes de SSR et les services de santé dépendent à la fois de leur bagage éducatif et culturel sur la santé que de l'influence et du degré d'acculturation du réseau social qu'elles fréquentent (Boateng et al, 2012; Drummond, Mizan, & Wright, 2008; Lebrun, 2010). La présence d'un réseau de soutien social culturellement sensible sert à maintenir des perspectives culturelles et traditionnelles de santé. Plusieurs femmes ont cité quelques-unes de ces perspectives culturelles sur la SSR. Cependant, en continuant d'essentialiser certains aspects culturels de la SSR, ce type de réseau a montré son pouvoir à restreindre l'utilisation des services de santé surtout en ce qui concerne la contraception et la ménopause.

### **5.6 Impact de l'étude sur les participantes**

Pour plusieurs participantes, cette recherche marque une occasion de prise de conscience du sens de la sexualité et de la maternité. Certaines femmes ont eu l'occasion pour une première fois de discuter librement et ouvertement de sexualité. Plusieurs participantes se sont senties

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

fières et engagées dans cette recherche parce que leur opinion était prise en compte. Les descriptions que les participantes font de la SSR permettent de constater leur capacité de résilience devant les constructions sociales sur la sexualité, la SSR et la maternité. Leurs témoignages montrent qu'elles sont capables de composer avec les tensions sociales présentes dans leur espace de vie privée et montrent l'ambition de s'intégrer à la grande communauté multiculturelle canadienne avec les différences de valeurs socioculturelles sur la sexualité, la maternité et la féminité. Plusieurs femmes sont heureuses d'avoir eu l'occasion de pouvoir prendre conscience des influences culturelles sur leur sexualité et de se questionner sur l'éducation sexuelle qu'elles ont reçue. Une telle remise en question est capitale pour asseoir un processus de déconstruction de certaines normes sociales hiérarchiques, sexistes et patriarcales qui contribuent au maintien des statuts et des inégalités présentes dans les sociétés comme le précise Simpson (2009). Cette remise en question constitue un signe avant-coureur permettant de penser à « libérer » le genre de ses carcans normatifs afin d'outiller les femmes avec des stratégies émancipatrices et respectueuses des droits humains fondamentaux. Par exemple, les trois plus jeunes participantes qui ont connu leur partenaire sexuel au Canada ont exprimé l'importance de l'orgasme pour le plaisir sexuel et le bien-être des femmes. D'autres femmes s'interrogent sur des stratégies de conciliation entre les connaissances, les valeurs culturelles africaines et certaines valeurs canadiennes en matière de sexualité. Ces deux exemples laissent entrevoir une ouverture vers d'autres réalités et réflexions critiques sur le bien-être des femmes. Cette soif de nouveaux défis témoigne de la volonté et de la capacité des femmes d'ASS à s'intégrer dans la société canadienne en vue d'un changement social dans leur vie.

## 5.7 Recommandations

### 5.7.1 Pour la pratique infirmière

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2009) stipule qu'il est fondamental de comprendre et d'intégrer les déterminants sociaux de la santé tels la culture, le sexe et le réseau social dans la pratique infirmière. Selon Phaneuf (2013), des soins infirmiers qui tiennent compte des besoins interculturels permettent à l'infirmière d'assister les immigrantes dans la compréhension et la navigation du système de santé canadien. Cette auteure estime également que des soins interculturels permettent l'intégration des immigrants sans laisser se dissoudre leur individualité dans une acculturation infructueuse. Les pratiques infirmières qui tiennent compte des contextes socioculturels contribuent à offrir des soins plus équitables et plus appropriés aux réalités sociales, économiques et migratoires (Roberts, Oyun, Batansan & Laing, 2005).

Il est important pour les infirmières d'évaluer l'influence des croyances personnelles et traditionnelles aussi bien que les attitudes culturelles et les comportements en matière de sexualité. Une telle évaluation devrait permettre aux infirmières d'offrir à leurs clientes immigrantes, une éducation sexuelle appropriée et culturellement compétente par l'enseignement de la contraception, des comportements sexuels sécuritaires dans la prévention des ITS et du VIH ainsi que dans la prévention des différents cancers gynécologiques et de soins postnataux (Polomeno, Evans et Wilkes, cités dans Evans, Evans & Brown, 2015). Je pense que cette attention particulière à l'évaluation de la santé répond aux objectifs des *approches intégrées* pour la santé sexuelle et reproductive. Les trois composantes essentielles des approches intégrées de la SSR sont la planification familiale, la santé sexuelle et la santé maternelle (ACRJ, 2005; CHANGE, 2010). Ces approches intégrées désignent toutes les stratégies utilisées dans les

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

programmes de santé sexuelle et reproductive pour éliminer certains problèmes de santé et d'accès aux services de SSR (ACRJ, 2005). La recherche montre que lorsque ces trois composantes sont intégrées et offertes à une seule localité, elles permettent de réduire les problèmes associés à la SSR chez les femmes et à maintenir les familles en santé (ACRJ, 2005; CHANGE, 2010).

### **5.7.2 Pour la formation infirmière**

Au plan de la formation initiale des infirmières, il est nécessaire d'accroître leurs connaissances en matière de sexualité humaine et de SSR. Les futures infirmières doivent apprendre à parler de sexualité et se défaire des tabous qui l'entourent (Stead & al, 2003). Afin de développer leurs compétences culturelles pour une relation d'aide culturellement sensible, la formation initiale doit s'inspirer de trois modèles de communication en matière de sexualité tels que PLISSIT (Annon, 1976), EX-PLISSIT (Taylor & Davis, 2006), et BETTER (Mick, Hughes & Cohen, 2004). Leur formation initiale nécessitera également l'apprentissage des stratégies des approches intégrées à la SSR et aux droits sexuels et reproductifs des femmes (CHANGE, 2010).

L'évaluation de la santé sexuelle et reproductive est souvent incomplète, négligée, voire non documentée lors de l'admission des clientes dans différents services de santé. Chez certaines infirmières, le manque de connaissances en matière de sexualité entraîne un inconfort dans l'évaluation des questions liées à la sexualité (Magnan & Reynolds, 2006 ; Polomeno & Dubeau, 2009). Afin de réduire l'inconfort des infirmières, il serait important d'offrir des ateliers de formation professionnelle sur la SSR. Ces ateliers pourraient constituer une opportunité de prise de conscience et d'ouverture aux perspectives culturelles de soins en matière de SSR. Les infirmières seront encouragées à réfléchir sur la sexualité de leurs clientes, comment l'évaluer et comment intervenir avec empathie, respect et dignité.

### **5.7.3 Pour la recherche**

Les aspects culturels de la santé des femmes en ASS et les inquiétudes soulevées par les participantes pour rechercher des services de santé d'ordre reproductif sont conformes et cadrent avec plusieurs études antérieures qui précisent l'impact de la culture sur la construction sociale du rôle des femmes et de leur sexualité (Andersen et Witham, 2011; De Jesus, 2009 et 2010; Giami, 2002; Guiella, 2012; Lebrun, 2010; Vrain, 2000). Il serait pertinent d'approfondir nos recherches sur l'influence de chacune des sources de soutien dans l'utilisation des services de SSR surtout en ce qui concerne la contraception et la ménopause : l'entourage féminin, le conjoint, et les membres de la diaspora et ceux la communauté religieuse. Une étude qualitative sur ce sujet serait intéressante pour évaluer l'influence du réseau dans les prises de décisions concernant les moyens contraceptifs traditionnels et modernes. Dans plusieurs discours des participantes, le conjoint occupe une place importante dans les décisions entourant la SSR de ces femmes. Une future étude incluant les hommes offrirait un portrait plus étoffé des facteurs sexo-spécifiques pouvant influencer l'utilisation des services de SSR.

### **5.7.4 Pour la pratique infirmière de niveau avancé**

Selon l'Association Canadienne des infirmières et infirmiers du Canada, la « pratique infirmière avancée » est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Cette pratique consiste à analyser et combiner des connaissances, à comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et les résultats de la recherche infirmière, ainsi qu'à façonner et faire progresser le savoir infirmier et la profession dans son ensemble » (Association

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

des infirmières et infirmiers du Canada, 2008, p. 9). Les infirmières en pratique avancée (IPA) sont des professionnel-le-s qui ont «la formation, l'expertise clinique, les qualités de leadership et la compréhension des organisations, des politiques de santé et des processus de la prise de décision leur permettant de jouer un rôle important...» auprès des individus et du système de santé (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008, p. 7).

En tant qu'éducatrice et leader, l'IPA pourrait initier des programmes de formation continue pour les infirmières novices et expérimentées afin d'élargir leurs connaissances sur la sexualité humaine, d'améliorer la communication dans la relation d'aide, et de déconstruire les tabous entourant cet aspect de la santé et du bien-être chez les femmes d'ASS. De plus, l'IPA pourrait travailler en collaboration avec les différentes associations et les regroupements communautaires qui viennent en aide aux femmes immigrantes. Cette collaboration permettrait d'entrer en contact avec les femmes et les leaders communautaires pour analyser l'influence des normes culturelles sur la sexualité et la reproduction des femmes d'ASS. En tant qu'agente de changement, l'IPA pourrait donner des sessions d'information sur le système de santé canadien aux nouvelles immigrantes d'ASS. Elle pourrait également développer la documentation écrite sur ce sujet et travailler avec les agents des services communautaires et d'immigration. L'IPA contribuerait de cette façon à une meilleure connaissance et utilisation adéquate du système de santé canadien par les nouvelles immigrantes et apporterait un changement de pratiques et de procédures, en matière de promotion de la santé. Dans son rôle de chercheure, l'IPA pourrait étudier les effets d'un programme de mentorat axé sur le jumelage entre une femme canadienne originaire d'ASS et une nouvelle immigrante. Le but de ce programme serait la promotion de la SSR à travers l'éducation par les pairs dans le programme de santé multiculturelle de la Ville d'Ottawa. Suivant les recommandations du mouvement CHANGE (2010), l'utilisation d'un

Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

modèle de promotion de SSR permettrait d'intégrer dans les objectifs et valeurs du programme des approches intégrées en SSR qui valorisent et soutiennent la justice reproductive pour toutes les femmes.

## **5.8 Forces et limites de l'étude**

### **5.8.1 Forces**

Dans cette étude sur la SSR, l'imbrication du genre, de la culture et de la maternité dans la sexualité des femmes d'ASS constitue un exemple d'interrelation des facteurs qui influencent la SSR. Cette étude a permis aux femmes de poser un regard sur cette imbrication de manière implicite et d'exprimer leurs points de vue sur cela en explorant leurs propres expériences de vie. Cette perspective féministe donne inéluctablement une « voix aux sans voix » et permet la production de nouvelles "connaissances situées" (Ollivier & Tremblay, 2000).

La deuxième force de cette étude réside dans l'exécution du prétest du guide d'entrevue. Quatre femmes d'ASS ont participé au prétest. Le prétest a permis une meilleure organisation des questions dans le guide d'entrevue, une meilleure estimation de la durée de l'entrevue, et la mise en œuvre des stratégies pour déconstruire les notions de pouvoir et gagner la confiance des participantes.

Une liste exhaustive de services communautaires de la Ville d'Ottawa a été élaborée et constitue la troisième force de cette étude (voir Annexe 9). Cette liste représente un outil d'autonomisation qui permettra de motiver ces femmes à utiliser les services de santé disponibles au Canada afin de prendre en main leur bien-être sexuel et reproductif. J'ai encouragé mes participantes à les utiliser, soit pour elles, soit pour d'autres femmes de leur communauté.

Enfin, la dernière force porte sur la richesse des entretiens que j'ai eus avec les participantes. Ces entretiens m'ont permis de mieux saisir leurs expériences. Avant de débiter

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

l'entrevue avec chaque participante, un climat de confiance a été établi pour favoriser le partage de leur histoire. Une fois que le climat de confiance a été établi, les entrevues se sont déroulées dans une ambiance africaine (Lussier & Lavoie, 2012). En effet, ces auteures estiment qu'en contexte africain, il est pertinent de reconnaître la fluidité du temps et l'importance de la socialisation.

### **5.8.2. Limites**

La première limite de cette étude concerne la généralisation. Cette étude auprès de 12 femmes d'ASS ne peut être représentative des réalités des femmes de toute cette région.

La deuxième limite porte sur la diversité des caractéristiques migratoires chez les participantes. Cette étude a présenté des expériences de femmes au statut homogène de résidente permanente. Un échantillon de participantes aux statuts d'immigration plus diversifiés (réfugiée, étudiante internationale, résidente permanente, demandeuse d'asile) aurait permis de recueillir plus d'informations sur la relation entre le statut économique et l'utilisation des services de SSR.

Enfin, la sensibilité et l'inconfort qui entourent la sexualité entraînent des difficultés liées au biais de désirabilité sociale. Par conséquent, il m'a fallu m'adapter aux participantes potentielles en leur donnant plus de temps pour décider de participer à l'étude.

### **Conclusion**

Cette étude a permis d'identifier certains facteurs socioculturels qui contribuent à favoriser et/ou à limiter l'utilisation des services de SSR chez les femmes d'ASS de la région d'Ottawa. L'importance socioculturelle de la maternité est déterminante dans cette étude tant pour la santé que pour l'identité genrée et toute condition d'infertilité est une fatalité dans la vie des femmes en provenance d'ASS. Une bonne SSR est reliée à une capacité reproductive satisfaisante. L'utilisation de stratégies traditionnelles de contraception et de soins périnataux est révélatrice de l'imbrication de la culture à la sexualité et à la reproduction. Cette imbrication est parfois empreinte de valeurs restrictives, sexistes et patriarcales qui ne répondent pas toujours aux droits fondamentaux en matière de justice reproductive. Ainsi, les résultats de la présente étude permettent d'approfondir et d'enrichir mes expériences sur la SSR des femmes d'ASS. Cette étude me permet de prendre conscience de la nécessité d'utiliser une approche féministe dans mes projets futurs sur la SSR des femmes d'ASS et de repenser aux défis d'intervention en contexte interculturel. L'approche féministe permet l'intégration des notions de justice reproductive et incarne les changements en vue d'une justice sociale.

Somme toute, cette étude a révélé l'importance des contextes socioculturels et du réseau social dans la SSR, deux défis de taille dans la pratique de soins infirmiers holistiques et culturellement compétents. Il serait pertinent de continuer à explorer les réseaux sociaux des femmes immigrantes et à repenser les programmes d'éducation sexuelle adaptés aux besoins des nouvelles communautés d'immigrantes dans la promotion de la SSR.

## Références

- Abusharaf, R. (2006). *Female circumcision: Multicultural perspectives* (Pennsylvania studies in human rights). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Acker, S. (2000). In/out/side: Positioning the researcher in feminist qualitative research. *Resources for Feminist Research*, 28 (1/2), 189-208.
- Adanu, R. M., Seffah, J., Lince, A., & Blanchard, K. (2012). Sexual and reproductive health in Accra, Ghana. *Ghana Medical Journal*, 46(2), 58-65.
- Agence de la santé publique du Canada ([ASPC], 2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Catalogue no : HP40-25/2008FISBN : 978-0-662-08381-8.  
Récupéré le 15 octobre 2011 de :  
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines-fra.pdf>
- Agence de santé publique du Canada (ASPC) (2009). *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes – Personnes provenant de pays où le VIH est endémique*. En ligne, consulté de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/africacaribbe/index-fra.php>
- Alemayehu, L., Belachew, T., et Tilahun, T. (2012). Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, North Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12 (6), 1-9.
- Ali, J. S., McDermott, S., & Gravel, R. G. (2004). Recent research on immigrant health from Statistics Canada's population surveys: proceedings of the national symposium on immigrant health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), 19-13.
- African Medical Research Foundation ([AMREF], 2010). Stand up for African mothers. *Rapport 2010*, Consulté de <https://amref.fr/sante-maternelle/>
- Anaebere, A., Maliski, S., Nyamathi, A., Koniak-Griffin, D., Hudson, A., & Ford, C. (2013). "Getting to know": Exploring how urban African American women conceptualize safer and risky sexual behaviors. *Sexuality & Culture*, 17(1), 113-131. doi:10.1007/s12119-012-9142-5
- Andersen, M.L., & Witham, D. H. (2011). *Thinking about women: Sociological perspectives on sex and gender* (9th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 51(1), 95-124.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Annon, J. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(2), 1-15.
- Asanin, J., & Wilson, K. (2008). " I spent nine years looking for a doctor": Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 66, 1271-1283.
- Asian Communities for Reproductive Justice ([ACRJ], 2005). *A new vision for advancing our movement for reproductive health, reproductive rights and reproductive justice*. En ligne, consulté de: <http://strongfamiliesmovement.org/assets/docs/ACRJ-A-New-Vision.pdf>
- Association Canadienne de la Santé Publique ([ACSP], 2010). *La pratique infirmière en santé publique et en santé communautaire au Canada : Rôles et activités*. En ligne, consulté de : <http://www.chnc.ca/documents/Lapratiqueinfirmiereensantepublique-ensantecommunautaireauCanadaRolesetActivites2010.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008). *La pratique infirmière avancée-Un cadre national*. Ottawa, ON. En ligne, consulté de : [https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp\\_national\\_framework\\_f.pdf?la=fr](https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf?la=fr)
- Association des infirmières et infirmiers ([AIIC/ CNA], 2009). *Position statement: Determinants of health*. Ottawa, ON. En ligne, consulté de [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ps\\_determinants\\_of\\_health\\_e.pdf?la=en](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ps_determinants_of_health_e.pdf?la=en)
- Babitsch, B., Gohl, D., & Von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: A systematic review of studies from 1998-2011. *Psycho-social Medicine*, 9, 1-15.
- Banque mondiale. (2015). *Rapport de données*. En lignes, consulté de : <http://donnees.banquemondiale.org/region/afrique-subsaharienne>
- Beck, A., Majumdar, A., Estcourt, C., & Petrak, J. (2005). "We don't really have cause to discuss these things, they don't affect us": A collaborative model for developing culturally appropriate sexual health services with the Bangladeshi community of tower Hamlets. *Sexually Transmitted Infections*, 81(2), 158-162.
- Béji, K., & Pellerin, A. (2010). Intégration socioprofessionnelle des immigrants récents au Québec : le rôle de l'information et des réseaux sociaux. (French). *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 65(4), 562-583.
- Belhassen, M. A. (2008). *Au Canada entre rêve et tourmente : Insertion professionnelle des immigrants*. Montréal : Éditions L'Harmattan.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Bellamy, G., Gott, M., & Hinchliff, S. (2013). Women's understandings of sexual problems: Findings from an in depth interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3240-3248. doi:10.1111/jocn.12081
- Biddlecom, A. (2008). Unsafe abortion in Kenya. *Issues in Brief (Alan Guttmacher Institute)*, 4(4), 1-4.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenè* (225), 70-88. En ligne, consulté de : <http://www.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-70.htm>
- Boateng, L., Nicolaou, M., Dijkshoorn, H., Stronks, K., & Agyemang, C. (2012). An exploration of the enablers and barriers in access to the Dutch healthcare system among Ghanaians in Amsterdam. *BMC Health Services Research*, 12, 75.
- Bop, C. (2005). Islam and women's sexual health and rights in Senegal. *Muslim World Journal of Human Rights*, 2(1), 1554-4419, DOI: [10.2202/1554-4419.1032](https://doi.org/10.2202/1554-4419.1032)
- Boucher, K. (2003). Faites la prévention, mais pas l'amour: des regards féministes sur la recherche et l'intervention en éducation sexuelle. *Recherches féministes*, 16(1), 121-158.
- Bouchard, L., Gagnon-Arpin, I., & Makvandi, E. (2012), *Rapport d'enquête d'évaluation des besoins et services de santé de la population francophone du Sud-Est*. Association canadienne-française de l'Ontario (ACFO). Consulté le 1 janvier 2013 de : [http://www.carmencuisineandtravel.com/rrasfo/images/docs/publications/2012/rapport-acfomi-26\\_avril.pdf](http://www.carmencuisineandtravel.com/rrasfo/images/docs/publications/2012/rapport-acfomi-26_avril.pdf)
- CHANGE (2009). *Investing in Reproductive Justice for All. Toward a U.S. Foreign Policy on Comprehensive Sexual and Reproductive Health and Rights: A field report on the advantages and challenges to comprehensive approaches to sexual and reproductive health and rights in the Dominican Republic, Ethiopia and Botswana*. En ligne, consulté de : [http://www.genderhealth.org/media\\_and\\_publications/publications/category/research\\_documents/P8/](http://www.genderhealth.org/media_and_publications/publications/category/research_documents/P8/)
- CHANGE (2010). *A Framework for Comprehensive Approaches to Sexual and Reproductive Health and Rights, Including HIV*. En ligne, consulté de: [http://www.genderhealth.org/media\\_and\\_publications/publications/category/research\\_documents/P8/](http://www.genderhealth.org/media_and_publications/publications/category/research_documents/P8/)
- Chipetal, E. K., Chimwaza1, W., et Kalilani-Phiri, L. (2010). Contraceptive knowledge, beliefs and attitudes in rural Malawi: Misinformation, misbeliefs and misperceptions. *Malawi Medical Journal*, 22 (2), 38-41.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Chui, T. (2011). *Les femmes immigrantes. Dans femmes au Canada: rapport statistique 2010-2011*. Récupérer de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11528-fra.pdf>
- City of Ottawa, 2001-2013 (2013). *Home Page*, consulté de <http://ottawa.ca/en/residents/public-health/sexual-health/sexual-health-centre>
- Citoyenneté et Immigration Canada ([CIC], 2009 a.). *Examens médicaux*. En ligne, consulté de : <http://www.cic.gc.ca/francais/information/medicaux/index.asp>
- Citoyenneté et Immigration Canada ([CIC], 2009 b.). *Manuel du médecin désigné*. Annexe II: directive sur la façon de remplir le formulaire de rapport médical aux fins de l'immigration canadienne. En ligne, de <http://WWW.CIC.gc.ca/francais/ressources/publucation/md-manuel/annexe02.asp>
- Conseil de planification sociale d'Ottawa ([CPSO], 2010). *Profil des immigrants francophones à Ottawa selon le recensement de 2006*. En ligne, consulté de <http://www.spcottawa.on.ca/sites/all/files/pdf/2010/Publications/Profil-des-immigrants-francophones.pdf>
- Corbeil, C. & Marchand, I. (2006). Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle : défis et enjeux. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 40-57.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Damaris, R. (2001). Introduction : Retours sur les méthodologies de recherches féministes, soumis à *Condition féminine Canada*. Collection/SW21-142-2001F.pdf. pp. 1-17; 42-47.
- Darteh, E. K. M., Doku, D. T. & Esia-Donkohet, K. (2014). Reproductive health decision making among Ghanaian women. *Reproductive Health Journal*, 11(23), 1-8.
- Dean, J. A., & Wilson, K. (2010). My health has improved because I always have everything I need here...: A qualitative exploration of health improvement and decline among immigrants. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1219-1228.
- De Jesus, M. (2010). Institutional barriers and strategies to health promotion: Perspectives and experiences of Cape Verdean women health promoters. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*, 12(3), 398-407.
- De Jesus, M. (2009). The importance of social context in understanding and promoting low-income immigrant women's health. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(1), 90-97.
- De Pierrepont, C. & Polomeno, V. (2015). La sexualité au cœur des soins de santé primaires canadiens contemporains. Dans J. Gosselin, P.S. Greenman et M. Joanisse (Eds.), *Le*

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

*développement professionnel en soins de santé primaires au Canada : Nouveaux défis* (pp. 99-110). Montréal : Les Presses de l'Université du Québec.

- Dias, S., Gama, A. & Rocha, C. (2010). Perspectives of African and Brazilian immigrant women on sexual and reproductive health. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15, 255–263.
- Douine, M., Bouchaud, O., Moro, M-R., Baubet, T., & Taïeb, O. (2012). Représentations et récits de la maladie chez des patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine originaires d'Afrique de l'Ouest et vivants en France. *La Presse Médicale*, 41(4), E204-E212.
- Drummond, P. D., Mizan, A., & Wright, B. (2008). HIV/AIDS knowledge and attitudes among West African immigrant women in Western Australia. *Sexual Health*, 5(3), 251-259.
- Drummond, P. D., Mizan, A., Brocx, K., & Wright, B. (2011). Using peer education to increase sexual health knowledge among West African refugees in Western Australia. *Health Care for Women International*, 32(3), 190-205.
- Duffy, L. (2005). Culture and context of HIV prevention in rural Zimbabwe: The influence of gender inequality. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 16(1), 23-31.
- Dune, T., Mapedzahama, V., Minichiello, V., & Hawkes, G. (2015). African Migrant Women's understanding and construction of sexuality in Australia. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 2(2), B 38-50.
- Engelking, T. (2008). Senegalese Women, education, and polygamy in "Une si longue lettre" and "Faat Kiné". *The French Review*, 82(2), 326-340.
- Fédération des Communautés Francophones et Acadiennes du Canada ([FCFA], 2010). *Profil de la communauté francophone de l'Ontario*. En ligne, consulté de [http://profils.fcfa.ca/user\\_files/users/44/Media/Ontario/ontario\\_fr.pdf](http://profils.fcfa.ca/user_files/users/44/Media/Ontario/ontario_fr.pdf)
- Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN). (2014). *La justice reproductive, ou l'application du prisme de la justice sociale à la santé et aux droits sexuels, reproductifs et maternels*. En ligne, consulté de :[http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2014/03/PDF\\_FR\\_COULEUR.pdf](http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2014/03/PDF_FR_COULEUR.pdf)
- Francis, J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology & Health*, 25(10), 1229-1245.
- Fortin, F., & Gagnon, J., auteur. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition.. ed.), pp 376-380.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Fortin, M. F. (dir) (2010). *Fondement et étapes du processus de recherche*, 2e éd. Montréal : Chenelière.
- Fourn, E. (2011). Politique de promotion du genre au Bénin : leurre ou réalité ? Rôle et importance des femmes dans le développement socio-économique du Bénin : pesanteurs culturelles et sociologique. *Étude et Document*, n°018, en ligne, consulté de : [http://www.slire.net/download/1959/role\\_et\\_importance\\_des\\_femmes\\_dans\\_le\\_developpement.pdf](http://www.slire.net/download/1959/role_et_importance_des_femmes_dans_le_developpement.pdf)
- Fung, K., & Dennis, C. L. (2010). Postpartum depression among immigrant women. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 342-348.
- Gagnon, A. (2002), *La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants. Étude no 40* (Catalogue No. CP32-79/40-2002F-IN), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. En ligne, consulté le 14 février 2012 de : <http://sbisrvntweb.uqac.ca/archivage/17552091.pdf>
- Gaussot, L. (2008). Position sociale, point de vue et connaissance sociologique : rapports sociaux de sexe et connaissance de ces rapports. *Sociologie et société*, 40(2), 181-198.
- Giami, A. (2002). Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research*, 13, 1-35.
- Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche, (2015). *Énoncé de politique de trois conseils EPTC 2 0 Chapitre 10. La recherche qualitative*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Récupéré : <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/chapter10-chapitre10/#toc10-1>
- Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur l'égalité des sexes dans le système de justice au Canada. (1992). *L'égalité des sexes dans le système de justice au Canada : Document récapitulatif et propositions de mesures à prendre*. Ottawa.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Guiella, G. (2012). *Comportements sexuels chez les adolescents en Afrique sub-Saharienne: l'exemple du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda*. Thèse de Doctorat, Université de Montréal Faculté des études supérieures et postdoctorales, 222 pages.
- Guiella, G., & Woog, V. (2006) Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: résultats d'une enquête nationale en 2004. *Occasional Report*. New York: Guttmacher Institute, No. 21.
- Gurr, B., & Project Muse. (2015). *Reproductive justice: the politics of health care for Native American women* (UPCC book collections on Project MUSE). Chapter 3: Whose rights, whose justice, New Brunswick: Rutgers University Press, en ligne consulté de : <https://muse.jhu.edu/books/9780813564708/9780813564708-8.pdf>

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche, (2014). *La recherche qualitative*, en ligne, consulté de : <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/chapter10-chapitre10/>
- Guetterman, T. (2015). Descriptions of sampling practices within five approaches to qualitative research in education and the health sciences. *Forum Qualitative Sozialforschung /Forum: Qualitative Social Research*, 16(2).
- Hankivsky, O. (2012a). An intersectionality-based policy analysis framework, *Institute for Intersectionality Research and Policy*. En ligne, Consulté de: <http://www.sfu.ca/iirp/ibpa.html>
- Hankivsky, O (2012b). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74 (2012), 1712-1720. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.029
- Hankivsky, O., Cormier, R. & Merich (2009). *Intersectionality. Moving women's health research and policy forward*. Le réseau canadien pour la santé des femmes. En ligne, consultée de : <http://www.bcewh.bc.ca/publicationsresources/documents/IntersectionalityMovingwomenshealthresearchandpolicyforward.pdf>
- Harper, E. (avec la collaboration de Taibi, B., Caron, N., & Leduc, V.). (2012). Regards sur l'intersectionnalité. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRIVIFF), *Collection Études et Analyse*, numéro 44, en ligne, consulté de [www.criviff.qc.ca](http://www.criviff.qc.ca)
- Hattori, M. K., & DeRose, L. (2008). Young women's perceived ability to refuse sex in urban Cameroon, *Studies in Family Planning*, 39(4), 309–320.
- Haworth-Brockman, M., Isfeld, Harpa K., Pan American Health Organization, & Prairie Women's Health Centre of Excellence. (2008). *Guidelines for gender based analysis of health data for decision making*. Washington, D.C.]: Pan American Health Organization.
- Houle, R., & Corbeil, J. P. (2010). Portrait statistique de la population immigrante de langue française à l'extérieur du Québec (1991 à 2006). Au catalogue de *Statistique Canada*, numéro 89-641-XWF. En ligne, consulté de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-641-x/89-641-x2010001-fra.pdf>
- Howard, M., Lytwyn, A., Lohfeld, L., Redwood-Campbell, L., Fowler, N. & Karwalajtys, T. (2009). Barriers to acceptance of self-sampling for human papillomavirus across ethnolinguistic groups of women. *Canadian Journal of Public Health*, 100(5), 365-369.
- Hunt, K. & Annandale, E. (2012.). *Gender and health: Major themes in health and social welfare*. New York: Routledge.
- Institut canadien de recherche sur les femmes ([ICREF], 2004). *Éthique en matière de recherches féministes: un processus*, 3<sup>ème</sup> réimpression, ISBN 8-919653-31-6, 33, 7-18.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

Institut canadien de recherche sur les femmes ([ICREF], 2006). *Les cadres d'analyse féministe intersectionnelle : une vision émergente*. En ligne, consulté le 11 novembre 2013 de <http://criaw-icref.ca/sites/criaw/files/Les%20CAFI%20-%20une%20vision%20%C3%A9mergente.pdf>

Institut de recherche et d'informations socio-économiques ([IRIS], 2012). *L'intégration des immigrants et immigrantes au Québec*. Note socioéconomique, novembre 2012, ISBN 978-2-923011-22-6.

Institute of Gender Health. (2009). *Gender matter : Institute of Gender and Health strategic plan 2009-2012*. Vancouver, B.C.: Ottawa, Ont.: CIHR's Institute of Gender and Health, University of British Columbia ; Canadian Institutes of Health Research.

IPPF Adolescents Team, (2006). *Le cadre de l'IPPF pour une éducation sexuelle intégrée*. En ligne, consulté de : [http://www.ippf.org/system/files/ippf\\_framework\\_for\\_comprehensive\\_sexuality\\_education\\_french\\_0.pdf](http://www.ippf.org/system/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education_french_0.pdf)

Izugbara, C.O. (2008). Home based sexuality education: Nigerian parents discussing sex with their children. *Youth & Society*, 39(4), 575-600.

Izugbara, C. O., Ochako, R. & Izugbara, C. (2011). Gender scripts and unwanted pregnancy among urban Kenyan women. *Culture, Health and Sexuality*, 13(9), 1031-1045.

Kabagenyi, A., Jennings, L., Reid, A., Nalwadda, G., Ntozi, J. & Atuyambe, L. (2014). Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: A qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda. *Reproductive Health Journal*, 11(21), 1-9.

Khanlou N. (2010). Migrant mental health in Canada. *Canadian Issues*, Summer, 9-16.

Khadilkar, A. & Chen, Y. (2013). Rate of cervical cancer screening associated with immigration status and number of years since immigration in Ontario, Canada. *Journal of Immigrant Minority Health*. 15, 244-248.

Krentz, H. B. & Gill, M. J. (2011). Comparison of healthcare costs between local and immigrant HIV populations living in Southern Alberta, Canada. *Health Policy*, 103(2), 124-129.

Lebrun, L. (2010). Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada. *Canadian Ethnic Studies*, 41(3), 247-260.

Leclerc, G. (2007). *La santé des femmes francophones de l'Ontario. Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu*. En ligne, consulté le 13 février 2011 de : [http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final\\_French-3.pdf](http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final_French-3.pdf)

L'Hôpital d'Ottawa. (2010). En ligne, consulté le 15 octobre 2011 de <http://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/ClinicalServices/DeptPgrmCS/Programs/ShirleyEGreenbergWomensHealthCentre/Clinics>

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Lindsay, C. & Statistique Canada. (2007). *La communauté africaine au Canada, 2001, Profils de communautés ethniques au Canada*, No 89-621-XIF, au catalogue de Statistique Canada No 10. Ottawa: Statistique Canada, Division de la statistique sociale et autochtone.
- Lussier, K. & Lavoie, C. (2012). Entre la calebasse et le panier : la conduite d'entretiens semi-dirigés en contextes africains. *Recherches Qualitatives*, 31(1), 62-88.
- Madibbo, A. (2009). Pratiques identitaires et racialisation des immigrants africains francophones en Alberta. *Canadian Ethnic Studies*, 41-42 (3-1), 175-189.
- Magnan, M.A. & Reynolds, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist*, 20(6), 285-292.
- Man Wai A. L. (2004). The effects of race and gender on predicting in home and community based service use by older adults. *Chronic Care, Health Care Systems and Services Integration (Research in the Sociology of Health Care)*, 22, 121-139.
- Martinez, A. & Phillips, K. (2009). La promotion de l'équité en éducation sexuelle dans les écoles secondaires de la région d'Ottawa. *Canadian Journal of Education*, 32(1), 60-86.
- Maticka-Tyndale, E., Khosro Refaie Shirpak, K. R. & Chinichian M. (2007). Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants: The experience of immigrants from Iran. *Canadian Journal of Public Health*, 98(30), 183-186.
- Merry, L., Clausen, C., Gagnon, A., Carnevale, F., Jeannotte, J., Saucier, J. & Oxman-Martinez, J. (2011). Improving qualitative interviews with newly arrived migrant women. *Qualitative Health Research*, 21(7), 976-986.
- Mick, J., Hughes, M., & Cohen, M. (2004). Using the BETTER Model to assess sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 84-86.
- Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. In Norman, K. D. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2<sup>nd</sup> ed., pp 220-235). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Newbold, K. B. (2009). Health care use and the Canadian immigrant population. *International Journal of Health Services*, 39(3), 545-565.
- Newbold, K. B., & Danforth, J. (2003). Health status and Canada's immigrant population. *Social Science and Medicine*, 57(10), 1981-1995.
- Ng, E. (2011). Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité. *Au catalogue de statistique Canada, no 82-003-X. Rapport sur la santé*, 22 (4), 1-7.
- Nova Scotia Advisory Commission on AIDS, & Canadian Electronic Library. (2005). *Nova Scotia's strategy on HIV/AIDS gender-based analysis: A working document*. Halifax, N.S.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Oleske, D. (2009). *Epidemiology and the delivery of health care services methods and applications*. New York: Springer-Verlag.
- Ollivier, M. & Tremblay, M. (2000). « De l'impact du féminisme sur l'instrumentation en sciences sociales » (chapitre 4, pp.117-145). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Paris : L'Harmattan.
- O'Mahony, J. & Donnelly, T. (2010). Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: A review and analysis of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 917-928.
- Organisation Mondiale de la Santé ([OMS], 2009). *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Au catalogue de l'OMS. ISBN978 92 4 256385 6.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2013. *Estimations mondiales sanitaires*, La Banque mondiale, 2000-2011. En ligne consulté le 29 avril 2013 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/fr/>
- OMS (2012). *Santé sexuelle et reproductive: Compétences de base en soins primaires*, en ligne, de [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health\\_systems/9789241501002/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/fr/)
- Ontario Women's Health Network. (2009). *Inclusion research handbook*. En ligne, consulté de : <http://www.owhn.on.ca/inclusionhandbook.htm>
- ONUSIDA (2009). *Rapport annuel de l'ONUSIDA 2009*. En ligne, consulté le 8 mars 2012 de : [http://data.unaids.org/pub/Report/2010/2009\\_annual\\_report\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2010/2009_annual_report_fr.pdf)
- Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario ([OIIO], 2009). *Normes sur les prestations de soins adaptés à la culture*. Édition révisée 2008. En ligne, consulté de : [http://www.cno.org/Global/docs/prac/51040\\_CultureSens.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/51040_CultureSens.pdf)
- Oxman-Martinez, J., Abdool, S. & Loiselle-Léonard, M. (2000). Immigration, Women and Health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 394-395.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3e édition, Collection Université, Sciences humaines et sociales, Paris: A. Colin.
- Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO). (2000). *Promotion of sexual health: Recommendations for action. Proceedings of a regional consultation convened by PAHO, WHO*. En ligne, consulté le 20 septembre 2010 de : [http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/PSH.HTM#\\_Toc490155410](http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/PSH.HTM#_Toc490155410)
- Phaneuf, M. (2013). L'approche interculturelle une nécessité actuelle: 1ere partie: Regard sur la situation des immigrants au Québec et sur leurs difficultés. *Prendre soin*, février 2013, en ligne, consulté de :

[http://www.prendresoin.org/wpcontent/uploads/2013/02/Approche\\_interculturelle\\_une\\_necessite\\_actuelle-Regard\\_sur\\_la\\_situation\\_....pdf](http://www.prendresoin.org/wpcontent/uploads/2013/02/Approche_interculturelle_une_necessite_actuelle-Regard_sur_la_situation_....pdf)

- Pettifor, A. E., Rees, H. V., Kleinschmidt, I., Steffenson, A. E., MacPhail, C., Hlongwa-Madikizela, L. & Padian, N. S. (2005). Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviors from a nationally representative household survey. *AIDS (London, England)*, 19(14), 1525-1534.
- Piccard, L. & Allaire, G. (dir) (2005). *Deuxième rapport sur la santé des communautés francophones de l'Ontario*. Institut franco-ontarien : Université Laurentienne et programme de recherche d'éducation et de développement en santé publique. [En ligne], consulté de : <http://www.sdhc.ca/uploads/content/listings/DeuxiemeRapporturlasantedesfrancophonesdelOntario-2000-2001.pdf>
- Polomeno, V., Evans, R. J. & Wilkes, V., 2015). Sexuality and reproduction. Dans Evans, R. J., Evans M. K., & Brown, Y. M. R. (Éds.), *Canadian maternity, newborn and women's health nursing: Comprehensive care across the life span* (pp. 211-239). Wolters Kluwer: Philadelphia.
- Polomeno, V. & Dubeau, D. (2009), La sexopérinatalité : Où en sommes-nous. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 21-24.
- Potter P.A., & Perry, A.G. (2010). S'adapter à la culture et à l'ethnicité. Dans *Soins infirmiers* pp. 294-309. 3<sup>ième</sup> édition, Montréal : Chenelière-Éducation.
- Ramazanoglu, C. & Hollande, J. (2002). Choices and decisions: doing a feminist research project. *Feminist methodology: Challenges and choices*. London: Sage, (pp. 145-163).
- Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement(CIPD). (1994), *Chapitre 7: droits et santé en matière de reproduction*. pp 38-50.
- Reitmanova, S. & Gustafson, D. L. (2008). "They can't understand it": Maternity health and care needs of immigrant muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal and Child Health Journal*, 12(1), 101-111.
- Roberts, A. B, Oyun, C., Batnasan, E. & Laing, L. (2005). Exploring the social and cultural context of sexual health for young people in Mongolia: implications for health promotion. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1487-1498.
- Sambieni, N'K. E. (2012), *Gouverner la maternité au Bénin. Les difficiles conditions des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari*. *Bulletin Amades 85-2012*, En ligne, consulté le 20 octobre 2014. URL : <http://amades.revues.org/1354>
- Sanghavi, P., Bhalla, K. & Das, V. (2009). Fire-related deaths in India in 2001: a retrospective analysis of data. *The Lancet*, 373(9671), 70-79.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Sathoud, G. (2010). Le défis de l'immigration féminine africaine. *A Babord! Revue Social et Politique*. N0 36. En ligne, consulté de : <https://www.ababord.org/Le-defi-de-l-immigration-feminine>
- Setia, M. S., Quesnel-Vallee, A., Abrahamowicz, M., Tousignant, P. & Lynch, J. (2011). Access to health-care in Canadian immigrants: A longitudinal study of the national population health survey. *Health & Social Care in the Community*, 19(1), 70-79.
- Sidze, E. M., Lardoux, S., Speizer, I. S., Faye, C. M., Mutua, M. M. & Badji, F. (2014). Young women's access to and use of contraceptives: The role of providers' restrictions in urban Senegal. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 40(4), 176-183. doi:10.1363/4017614
- Simpson, J. (2009). Everyone belongs: A toolkit for applying intersectionality. *CRIAW-ICREF*, 1ère édition, Ottawa, en ligne, consulté de : <http://criaw-icref.ca/everyone-belongs-toolkit-applying-intersectionality>
- Spitzer, D. (2006). The impact of policy on Somali refugee women in Canada. *Refugee Diaspora and Transnationalism*, 23(2), 47-54.
- Song, H-J., Han, H-R., Lee, J-E., Kim, J-Y., Kim, K.B., Ryu, J.P. & Kim, M. (2010). "Does access to care still affect health care utilization by immigrants"? Testing of an empirical explanatory model of health care utilization by Korean American immigrants with high blood pressure. *Journal of Immigrant Minority Health*, 12, 513–519.
- Sow, F. & Bop, C. (2004). *Notre corps, notre santé : la santé et la sexualité des femmes en Afrique Subsaharienne*. Paris : l'Harmattan.
- Statistique Canada. (2013). Circonscription sanitaire de la cité d'Ottawa, Région Sociosanitaire, Ontario et Ontario (tableau). *Profil de la santé*, produit n° 82-228-XWF au catalogue de Statistique Canada, en ligne, consulté de : <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=F>
- Statistique Canada (2011). *La communauté francophone de l'Ontario : donnée du recensement de la population, 2011*. [En ligne], Consulté de : <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-recensement-2011.html>
- Statistique Canada (2010). *Population immigrante selon la première langue officielle parlée et le groupe de minorité visible, Canada moins le Québec*. En ligne, consulté de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-641-x/2010001/tab/tab2.2-fra.htm>
- Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88(5), 666-671.

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Stern, E., Cooper, D. & Gibbs, A. (2015). Gender differences in South African men and women's access to and evaluation of informal sources of sexual and reproductive health (SRH) information. *Sex Education, 15*(1), 48-63. doi:10.1080/14681811.2014.947363
- Taylor, B. & Davis, S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard, 21*(11), 35-40.
- Thomas, C., Crook, T. M. & Cobia, D. C. (2009). Counseling African American women: let's talk about sex! *The Family Journal, 17*(1), 69-76.
- Urquia, M.L., O'Campo, P.J., & Heaman, M.I. (2012). Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: The roles of duration of residence and ethnicity. *Journal of Social Science & Medicine, 74*, 1610-1621.
- Vissandjée, B., Denetto, S., Migliardi, P., & Proctor, J. (2014). Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: Community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences. *Acta Veterinaria Scandinavica, 14* (13), 10 p.
- Vrain, R. (2000). *La participation des femmes bobo-madame à la démocratie au Burkina Faso* (Order No. MQ49130). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (304663056), consulté de:  
<http://search.proquest.com/docview/304663056?accountid=14701>
- Women Health in Women Hands ([WHWH], 2011). *Every woman matters: A report on accessing primary health care for black women and women of colour in Ontario*. En ligne, consulté le 13 Octobre 2012 de [www.whiwh.com](http://www.whiwh.com)
- World Health Organization ([WHO], 2010). *Developing sexual health programmes: a framework for action*. Au catalogue WHO/RHR/HRP/10.22, consulté de :[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/rhr\\_hrp\\_10\\_22/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/)
- Yakubu, B. D., Simkhada, P., Teijlingen, E. & Eboh, W. (2010). Sexual health information and uptake of sexual health services by African women in Scotland: A pilot study. *International Journal of Health Promotion and Education, 48*(3), 79-84.
- Younes, M. (2004). *Accessibilité des services en français dans la région d'Ottawa pour les femmes francophones et les femmes immigrantes d'expression française victimes de violence conjugale et de violence à caractère sexuel*. Comité Réseau, Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 116 pages.
- Zanchetta, M. S. & Poureslami, I. M. (2006). Health literacy within the reality of immigrants' culture and language. *Canadian Journal of Public Health, 97*, S26-30.

**Annexe 1: Lettres de demande de soutien au recrutement**

Ottawa le 15 janvier 2014

Madame [REDACTED],  
Directrice de l'École des adultes le Carrefour, Ottawa

Objet : Invitation à la participation

Projet de recherche : Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones

Madame,

Je viens par la présente lettre solliciter votre soutien dans le recrutement de participantes à mon projet de recherche de maîtrise en sciences infirmières.

Je suis infirmière autorisée et une étudiante dans le programme de maîtrise en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Dans le cadre de ma maîtrise, je mène un projet de recherche qui a pour but d'identifier les caractéristiques socioculturelles des femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne qui influencent leur utilisation des services de santé sexuelle et reproductive ainsi que les facteurs facilitants et les barrières à cette utilisation des services de santé sexuelle et reproductive. Comme votre établissement accueille chaque année une proportion importante d'immigrants récents en provenance de la zone ciblée par cette étude, je viens solliciter votre appui dans le recrutement de participantes (un total de 12) à mon étude. Je procéderai avec votre permission par affichage du projet dans les tableaux d'affiche de l'école et j'approcherai individuellement les femmes pour solliciter leur participation, dès que j'aurai obtenu l'approbation du Comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa. Vous trouverez en annexe l'affiche d'invitation à la participation. Pour toute question concernant cette étude, je vous prie de bien vouloir me contacter aux coordonnées ci-dessous mentionnées.

En attendant une suite favorable à ma demande, veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Martine Sawadogo, inf., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (cand.)  
Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé  
École des sciences infirmières  
451, chemin Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8M5  
[REDACTED]

Ottawa le 15 janvier 2014

Monsieur [REDACTED]  
Directeur du Département des Sciences de la santé de La Cité Collégiale, Ottawa

Objet : Invitation à la participation

Projet de recherche : Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones

Monsieur,

Je viens par la présente lettre solliciter votre soutien dans le recrutement de participantes à mon projet de recherche de maîtrise en sciences infirmières.

Je suis infirmière autorisée et une étudiante dans le programme de maîtrise en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Dans le cadre de ma maîtrise, je mène un projet de recherche qui a pour but d'identifier les caractéristiques socioculturelles des femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne qui influencent leur utilisation des services de santé sexuelle et reproductive ainsi que les facteurs facilitants et les barrières à cette utilisation des services de santé sexuelle et reproductive. Comme votre établissement accueille chaque année une proportion importante d'immigrants récents en provenance de la zone ciblée par cette étude, je viens solliciter votre appui dans le recrutement de participantes (un total de 12) à mon étude. Je procéderai avec votre permission par affichage du projet dans les tableaux d'affiche de l'école et j'approcherai individuellement les femmes pour solliciter leur participation, dès que j'aurai obtenu l'approbation du Comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa. Vous trouverez en annexe l'affiche d'invitation à la participation. Pour toute question concernant cette étude, je vous prie de bien vouloir me contacter aux coordonnées ci-dessous mentionnées.

En attendant une suite favorable à ma demande, veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Martine Sawadogo, inf., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (cand.)  
Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé  
École des sciences infirmières  
451, chemin Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8M5

[REDACTED]

Ottawa le 15 janvier 2014

Monsieur [REDACTED]  
Directeur général du centre des services communautaires de Vanier, Ottawa

Objet : Invitation à la participation

Projet de recherche : Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones

Monsieur,

Je viens par cette présente lettre solliciter votre soutien dans le recrutement de participantes à mon projet de recherche de maîtrise en sciences infirmières.

Je suis infirmière autorisée et une étudiante dans le programme de maîtrise en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Dans le cadre de ma maîtrise, je mène un projet de recherche qui a pour but d'identifier les caractéristiques socioculturelles des femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne qui influencent leur utilisation des services de santé sexuelle et reproductive ainsi que les facteurs facilitants et les barrières à cette utilisation des services. Comme votre organisme est visité chaque année une proportion importante d'immigrants récents en provenance de la zone ciblée par cette étude, je viens solliciter votre appui dans le recrutement de participantes (un total de 12) à mon étude. Je procéderai avec votre permission par affichage du projet dans les tableaux d'affiche du centre communautaire et j'approcherai individuellement les femmes pour solliciter leur participation, dès que j'aurai obtenu l'approbation du Comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa. Vous trouverez en annexe l'affiche d'invitation à la participation. Pour toute question concernant cette étude, je vous prie de bien vouloir me contacter aux coordonnées ci-dessous mentionnées.

En attendant une suite favorable à ma demande, veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Martine Sawadogo, inf., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (cand.)  
Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé  
École des sciences infirmières  
451, chemin Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8M5  
[REDACTED]

Ottawa le 2 décembre 2013

Madame [REDACTED]

Directrice du centre des Services pour femmes immigrantes d'Ottawa (SFIO), Ottawa.

Objet : Invitation à la participation

Projet de recherche : Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones

Madame,

Je viens par cette présente lettre solliciter votre soutien dans le recrutement de participantes à mon projet de recherche de maîtrise en sciences infirmières.

Je suis infirmière autorisée et une étudiante dans le programme de maîtrise en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Dans le cadre de ma maîtrise, je mène un projet de recherche qui a pour but d'identifier les caractéristiques socioculturelles des femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne qui influencent leur utilisation des services de santé sexuelle et reproductive ainsi que les facteurs facilitants et les barrières à cette utilisation des services. Comme votre organisme est visité chaque année une proportion importante d'immigrants récents en provenance de la zone ciblée par cette étude, je viens solliciter votre appui dans le recrutement de participantes (un total de 12) à mon étude. Je procéderai avec votre permission par affichage du projet dans les tableaux d'affiche du centre communautaire et j'approcherai individuellement les femmes pour solliciter leur participation, dès que j'aurai obtenu l'approbation du Comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa. Vous trouverez en annexe l'affiche d'invitation à la participation. Pour toute question concernant cette étude, je vous prie de bien vouloir me contacter aux coordonnées ci-dessous mentionnées.

En attendant une suite favorable à ma demande, veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Martine Sawadogo, inf., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (cand.)  
Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé  
École des sciences infirmières  
451, chemin Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8M5

[REDACTED]

**Annexe 2: L'affiche publicitaire du projet d'étude**



**Invitation à participer**

- Vous avez 18 ans et plus
- Vous êtes une femme originaire d'Afrique subsaharienne
- Vous avez récemment immigré au Canada (entre 1 et 6 ans) et habitez Ottawa
- Vous parlez le français
- Vous vous identifiez comme une femme francophone
- Si vous souhaitez participer à un projet de recherche sur la santé sexuelle et reproductive des femmes ayant les mêmes caractéristiques d'identité que vous et à discuter de vos besoins et difficultés à utiliser des services de santé sexuelle et reproductive à Ottawa,

***Ce projet est donc fait pour vous!!***

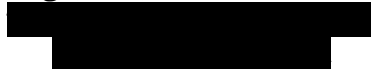
Nous sollicitons votre participation dans cette étude pour décrire les facteurs facilitants et les barrières dans l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones d'Afrique subsaharienne de la région d'Ottawa.

**Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones**

Votre participation va consister en une entrevue individuelle enregistrée ou non selon votre préférence d'environ 90 minutes.

***Si cette étude vous intéresse*** vous êtes cordialement invitée à me contacter. Je suis une infirmière autorisée et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Martine Sawadogo, inf., B.Sc.Inf., M.Sc. Inf (étudiante)



**Annexes 3: Invitation à participer pour participante**

Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones

*Invitation à participer*

**SVP, répondez par oui ou non aux six prochaines questions :**

- Avez-vous entre 18 ans et plus? Oui  Non
- Habitez-vous à Ottawa? Oui  Non
- Êtes-vous récemment immigrante et originaire d'Afrique subsaharienne au Canada (Entre 1 et 6 ans) ? Oui  Non
- Parlez-vous le français? Oui  Non
- Vous identifiez-vous comme une femme francophone vivant en Ontario? Oui  Non
- Êtes-vous intéressée à participer à un projet de recherche sur la santé sexuelle et reproductive des femmes ayant les mêmes caractéristiques d'identité que vous? Oui  Non
- Êtes-vous intéressée à participer à une entrevue individuelle enregistrée ou non (selon votre choix) sur la sexualité, la santé sexuelle et reproductive ainsi que les services de santé sexuelle et reproductive d'Ottawa? Oui  Non

*Ce projet est donc fait pour vous!!*

**Si cette étude vous intéresse** vous êtes cordialement invitée à me contacter. Je suis infirmière autorisée et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Martine Sawadogo, inf., B.Sc.Inf., M.Sc. Inf (étudiante)

████████████████████

████████████████████

**Annexe 4: Formulaire de consentement**

**Titre de l'étude**

Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones

**Directrice de thèse**

Viola Polomeno, Inf., Ph. D.  
Professeure agrégée  
Université d'Ottawa  
Faculté des sciences de la santé  
École des sciences infirmières  
451 Smith, Ottawa, ON K1H8M5  
Tel : 613-562-5800 poste 8736  
[vpolomen@uottawa.ca](mailto:vpolomen@uottawa.ca)

**Co- superviseure de thèse**

Denise Moreau Inf., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D. Éd.  
Professeure agrégée  
Université d'Ottawa  
Faculté des sciences de la santé  
École des sciences infirmières  
451 Smith, Ottawa, ON K1H8M5  
Tél. : (613) 562-5800 poste 8306 [dmoreau@uottawa.ca](mailto:dmoreau@uottawa.ca)

**Étudiante**

Martine Sawadogo Inf., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (étudiante)  
Université d'Ottawa  
Faculté des sciences de la santé  
École des sciences infirmières  
451 Smith, Ottawa, ON K1H8M5

**Invitation à participer**

Je suis invitée à participer à la recherche sur les expériences d'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les femmes immigrantes en Ontario. L'étude est menée par Martine Sawadogo, étudiante dans le programme de maîtrise en sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. Cette étude est financée à travers la bourse en santé communautaire de l'école des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, la bourse de recherche du Consortium National de Formation en Santé (CNFS), volet Université d'Ottawa, et la bourse de recherche du Réseau de Recherche Appliqué sur la Santé des Francophones de l'Ontario (RRASFO).



Université d'Ottawa  
Faculté des sciences  
de la santé  
École des sciences  
infirmières

University of Ottawa  
Faculty of Health  
Sciences  
School of Nursing

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

### **But de l'étude**

Ce projet a pour but d'identifier les caractéristiques socioculturelles des femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne qui les encouragent ou les découragent dans l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive.

### **La participation**

Essentiellement, ma participation consiste à décrire dans une entrevue individuelle enregistrée ou non (selon ma préférence) d'environ 90 minutes, mes expériences et mon point de vue sur la santé sexuelle et reproductive puis d'expliquer les raisons qui me poussent ou non à utiliser les services de santé sexuelle dans la ville d'Ottawa.

### **Avantages liés à la participation**

Ma participation à cette recherche permettra d'abord de nourrir mes connaissances du sujet, et d'augmenter les connaissances des professionnels de la santé qui œuvrent dans l'éducation et la promotion de la santé sexuelle et reproductive auprès des femmes immigrantes africaines. Aussi, ma participation aidera à préciser les réalités et les besoins en termes de santé sexuelle et reproductive des femmes de ma communauté ethnoculturelle. Les professionnels (les) de la santé pourront identifier les facteurs qui encouragent ou découragent les femmes immigrantes dans l'utilisation des différents services de santé sexuelle et reproductive. J'aurai accès en tout temps à l'étudiante chercheuse ou à sa superviseure pour parler de mes inquiétudes et poser des questions liées à la santé sexuelle et reproductive. Enfin, j'aurai accès à un répertoire des services de santé sexualité de la ville d'Ottawa.

### **Risques liés à la participation**

Je pourrai peut-être ressentir un peu d'inconfort quant au contenu du sujet de discussion ou de certaines questions liées à l'objet de l'étude. Mais je peux refuser de répondre à ces questions. L'étudiante chercheuse demeure ouverte pour répondre à mes inquiétudes et questions à la mesure de ses compétences. L'étudiante chercheuse pourra aussi me guider vers des ressources d'aide convenables en matière de santé sexuelle et reproductive si je souhaite en discuter ou si certaines circonstances nécessitent une référence vers ces ressources.

### **Confidentialité et anonymat**

Toutes les données de l'étude seront tenues confidentielles. J'ai l'assurance de l'étudiante chercheuse que l'information que je partagerai avec elle restera strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour présenter les résultats de l'étude et selon le respect de la confidentialité par l'utilisation de pseudonyme codé qui ne renvoie aucunement à mon identification. L'anonymat est garanti de la façon suivante : Mon nom ne sera mentionné dans aucun rapport écrit ou verbal relié au projet d'étude. Un pseudonyme ou un code me sera attribué dans la transcription des données. Aucune information permettant de me reconnaître, ne sera diffusée à aucune tierce personne. Les différents enregistrements seront conservés sous clé dans un bureau de recherche confidentiel pendant 5 ans puis détruits. Je suis assurée que seules les superviseures de l'étude et l'étudiante chercheuse auront accès aux données de la recherche.

**Droit à l'information et au retrait**

Ma participation à cette étude est volontaire et je suis libre de me retirer à n'importe quel moment, pour n'importe quelle raison sans aucune conséquence pour moi. Je peux choisir d'être enregistrée ou non selon mon degré de confort et ma préférence. Je peux aussi choisir de retirer de l'étude, n'importe quelle donnée recueillie qui me concerne. Si je décide de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ma décision seront détruites en sécurité. Je suis invitée à partager toute préoccupation que je pourrai avoir au sujet de l'étude avec l'étudiante chercheuse ou ses superviseuses dès que possible en tout temps durant le déroulement de l'étude.

**Question à propos de l'étude**

Pour toute question concernant cette étude, je me sens à l'aise et sans contrainte de contacter : Martine Sawadogo, infirmière autorisée, étudiante chercheuse au [REDACTED]  
Ou de contacter la Directrice de thèse, Viola Polomeno, Inf., Ph. D. Professeure agrégée au 613-562-5800 poste 8736 [vpolomen@uottawa.ca](mailto:vpolomen@uottawa.ca)

Pour toutes questions relatives aux aspects éthiques de la recherche, je n'hésiterai pas à communiquer avec le responsable de l'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa, au : 550, rue Cumberland, pièce 154, Ottawa, ON, K1N 5N6, tel : 613-562-5387 ou par courrier électronique : [ethique@uottawa.ca](mailto:ethique@uottawa.ca)

**Consentement**

J'ai lu le formulaire de consentement et je comprends toute l'information qui s'y trouve. Je consens volontairement à participer à cette étude. Il y a deux copies de ce formulaire; une me revient et l'autre appartiendra à la chercheuse étudiante.

Signature de la participante

\_\_\_\_\_

Signature de l'étudiante chercheuse

\_\_\_\_\_

Initial de la participante

\_\_\_\_\_

Nom de l'étudiante chercheuse

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Annexe 5 : Texte de recrutement verbal**

Bonjour Madame,

Je m'appelle Martine Sawadogo et suis étudiante en Sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. En vue de la rédaction de ma thèse de maîtrise, je mène une recherche sur les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones originaires d'Afrique subsaharienne. Je suis supervisée par les Professeures Viola Polomeno et Denise Moreau de l'Université d'Ottawa.

Je suis à la recherche de femmes originaires de cette partie de l'Afrique, âgées de 18 ans et plus, qui ont récemment immigré au Canada (entre 1 et 6 ans) et habitent Ottawa, qui s'identifient comme francophones pour participer à une entrevue d'environ 90 minutes, enregistrée ou non selon votre préférence.

Si participer à la recherche vous intéresse, je vous poserai quelques questions afin de m'assurer que vous répondez aux critères d'inclusion. Si vous répondez à ces critères, nous fixerons la date l'heure et choisirons le lieu de la rencontre. Nous pourrions également faire l'entrevue à ce moment si c'est votre préférence. Si vous ne pouvez fixer un rendez-vous aujourd'hui, veuillez prendre contact avec moi à l'une de mes coordonnées mentionnées ci-dessous. La participation à cette étude se fera selon le principe du premier venu, premier servi.

*Si je connais la participante potentielle, j'insisterai sur le fait de ne pas se sentir obligé de participer et que ne pas vouloir participer n'aura aucun effet sur notre relation.*

*Si la personne abordée ne répond pas aux critères de sélection, je la remercierai de m'avoir prêtée attention.*

*Si la personne répond aux critères et manifeste un intérêt pour l'étude, mais préfère que la rencontre ait lieu un autre jour, je lui remettrai une copie du formulaire de consentement pour qu'elle le lise avant le jour de la rencontre.*

Martine Sawadogo  


## **Annexe 6: Ressources en cas de détresse psychologique**

### **Pour signaler les abus et violences sexuelles et/ou conjugales**

- Ligne de soutien pour femmes victimes de violence:  
1-877-FEMAIDE  
1-877-336-2433 (sans frais)  
ATS: 1-866-860-7082  
[www.femaide.ca](http://www.femaide.ca)
- La police : 911
- Une personne en qui vous faites confiance dans votre entourage

### **Pour du Counselling et soutien sur les questions liées à la violence (en français)**

- Centre francophone d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel d'Ottawa  
(613) 789-8096  
info-soutien: (613) 789-9117  
calacs@rogers.com  
[www.calacs.ca](http://www.calacs.ca)
- Service familial catholique: programmes pour femmes et enfants victimes de violence et d'agressions sexuelles Ottawa  
(613) 233-8478  
info@cfsottawa.ca  
[www.cfsottawa.ca](http://www.cfsottawa.ca)

### **Pour de l'assistance juridique**

- Clinique juridique populaire de Prescott-Russell Hawkesbury  
(613) 632-1136
- Clinique juridique communautaire de l'Université d'Ottawa  
(613) 562-5800

**Annexe 7: Texte à poster sur le site web des milieux**

**Invitation à participer :**

- Vous avez 18 ans et plus
- Vous êtes une femme originaire d'Afrique subsaharienne
- Vous avez récemment immigré au Canada (entre 1 et 6 ans) et habitez Ottawa
- Vous parlez le français
- Vous-vous identifiez comme une femme francophone
- Si vous souhaitez participer à un projet de recherche sur la santé sexuelle et reproductive des femmes ayant les mêmes caractéristiques d'identité que vous et à discuter de vos besoins et difficultés à utiliser des services de santé sexuelle et reproductive à Ottawa

***Ce projet est donc fait pour vous!!***

Nous sollicitons votre participation dans ce projet de maîtrise en sciences infirmières intitulé :

**Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones.**

Il a pour but d'identifier les caractéristiques socioculturelles des femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne qui influencent positivement ou négativement leur utilisation des services de santé sexuelle et reproductive

Dans ce projet, votre participation va consister à prendre part à une entrevue individuelle d'environ 90 minutes qui sera enregistrée ou non selon votre choix. Je recruterai les participantes suivant le principe du premier arrivé, premier servi jusqu'à atteindre le nombre souhaité.

***Si cette étude vous intéresse*** vous êtes cordialement invitée à me contacter. Je suis infirmière autorisée et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Martine Sawadogo, inf., B.Sc.Inf., M.Sc. Inf (étudiante)



## **Annexe 8 : Guide d'entrevue**

**Introduction :** Bonjour, je suis Martine Sawadogo, infirmière autorisée et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Le but de cette rencontre est de comprendre vos expériences et point de vue sur la santé sexuelle et reproductive en tant que femme immigrante à Ottawa. L'entrevue devrait durer environ 90 minutes. Sentez-vous libre et à l'aise de répondre ou de ne pas répondre aux questions dans cette entrevue. Toute information que vous partagez avec moi demeurera confidentielle.

**Comment ça va..... ? Puis autorévélation superficielle de ma part**

### **Schéma d'entrevue semi-structurée :**

#### **Section 1 : Questionnaire socio démographique**

- Âge, niveau d'éducation, situation maritale, niveau de revenu, nombre d'enfants ou de personne à charge, pays d'origine, ethnie, temps écoulé au Canada, et raison de l'immigration au Canada et Ottawa.
- Intégration socioculturelle :
  - Éléments culturels conservés et importants : alimentation, sexualités. Santé
  - Éléments nouvellement acquis : Explorer les points positifs et les points négatifs.
  - Ressources communautaires utilisées pour s'adapter au Canada.
  - Réseau de soutien social? Type et appréciation du réseau.

#### **Section 2 : Évaluation des connaissances en SSR : Connaissances, autonomie et valeurs socioculturelles et éducatives reliées à la vie sexuelle et reproductive**

- Explorer les définitions personnelles de la SSR.
- Explorer les sujets facilement abordés et ceux difficilement abordés.
- Explorer des exemples concrets de troubles ou problèmes de SSR que la participante connaît : les noms des troubles, les symptômes associés, les moyens de prévention ou de traitement connus et/ ou utilisés par la participante : au moins 2 problèmes.
- Explorer les personnes ressources pour aborder les questions liées à la SSR.
  - Quelles sont les raisons principales qui vous amèneraient à aborder les questions de sexualité et de SSR? (Explorer besoins perçus).

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Appréciation de votre SSR actuelle?
- Discuter de quelques comportements de SSR reliés aux pratiques culturelles connues (dans l'agrément de la vie sexuelle, dans les soins de la grossesse et de l'accouchement). Quelle est votre appréciation de ces pratiques?
- Discuter de la négociation de comportements de SSR sécuritaires.
- Discuter des stratégies de promotion et de prévention de la SSR dans votre vie sexuelle.
- Explorer vos besoins prioritaires en matière de SSR actuellement.
- Explorer les inquiétudes actuelles face à la vie sexuelle et reproductive actuelle (explorer les besoins perçus).
- Explorer la place de la SSR dans les priorités de votre vie.

### **Section 3 : Utilisation des services de SSR en français à Ottawa: disponibilité et recours**

- Explorer les connaissances des ressources de SSR de la ville et les raisons de les utiliser.
  - Élaborer sur des situations qui vous ont poussé à demander de l'aide d'un professionnel de la santé sexuelle et/ou reproductive? Et les raisons qui vous décourageront de chercher de l'aide ?
- Discuter des stratégies pour obtenir des soins de SSR dont vous avez besoin à Ottawa?
- Évaluer les services de SSR que vous utilisez.
- Explorer des éléments culturels et des croyances personnelles qui influencent votre capacité d'utiliser les services de SSR. Lesquels facilitent votre utilisation des services et lesquels sont pour vous des obstacles.
- Explorer le réseau de soutien et son impact sur la capacité d'utiliser les services de SSR
- Niveau de satisfaction actuel pour les services de SSR utilisés
- Vos besoins en matière de SSR
- Commentaires généraux.

### **Annexe 9: Liste de ressources communautaires pour femmes dans la Ville d'Ottawa**

**Vous trouverez dans ce bloc- notes, une gamme variée de ressources utiles. Svp, le garder en lieu sûr et loin de la portée de qui que ce soit d'autre que vous.**

#### **Pour la santé**

NB : Pour les cas d'urgences, composer toujours le 911, car toutes les lignes ici ne sont pas pour des cas d'urgences.

- La ligne d'infosanté Ottawa :

613-580-6744

ATS : 613-580-9656,

Sans frais : 1 866 426-8885

- Votre médecin de famille
- [Clinique sans rendez-vous](http://www.hco.on.ca/french/Search/Search-Results/?sort=1&start=0&end=9&lati=45.4215296&longi=-75.6971931&service=&servtype=9,12&distance=25&asvs=&lang=&near=ottawa) , voici un site internet important pour chercher différents types de services de santé dans la ville selon vos besoins: [http://www.hco-on.ca/french/Search/Search-Results/?sort=1&start=0&end=9&lati=45.4215296&longi=-75.6971931&service=&servtype=9,12&distance=25&asvs=&lang=&near=ottawa](http://www.hco.on.ca/french/Search/Search-Results/?sort=1&start=0&end=9&lati=45.4215296&longi=-75.6971931&service=&servtype=9,12&distance=25&asvs=&lang=&near=ottawa)
- Des services de santé universitaires si vous êtes étudiante (Université d'Ottawa, Université Carleton, Collège Algonquin, Cité collégiale).
- Centres de santé communautaire de votre quartier ou de la ville

#### **Pour la santé sexuelle et reproductive**

- Votre médecin de famille pourra vous fournir des références vers d'autres spécialistes comme des gynécologues, des oncologues.
- Clinique sans RDV : voir le site plus haut, pour des consultations et des références aussi.
- Les centres de santé sexualité :

Clinique principale se trouve à : 179, rue Clarence, Ottawa, K1N 5P7, est ouverte du lundi au vendredi à des heures variées tel ☎(613)234-4641

Cliniques satellites à : Kanata, Ottawa-Ouest (Pincrest-Queensway), Barrhaven (Nepean-Sud) et Orléans. Voir le site web suivant pour les adresses et téléphones utiles: <http://ottawa.ca/fr/residents/sante-publique/sante-sexuelle/centre-de-sante-sexualite#satellite>

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Des services de santé universitaire si vous êtes étudiante (Université d'Ottawa, Université Carleton, Collège Algonquin, Cité collégiale).
- Pour des inquiétudes de grossesse, la planification familiale et la contraception, communiquez avec « Planning de naissance d'Ottawa » situé au 331, rue Cooper, Ottawa, tel : 613-226-3234. [www.ppottawa.on.ca](http://www.ppottawa.on.ca)
- Pour l'avortement : clinique Morgentaler, 65 rue Bank, 3e étage, Ottawa.  
Tel : (613)5 673 360 ou 1-800-556-6835

### **Pour signaler les abus et violences sexuelles et/ou conjugales**

- Ligne de soutien pour femmes victimes de violence:  
1-877-FEMAIDE  
1-877-336-2433 (sans frais)  
ATS: 1-866-860-7082  
[www.femaide.ca](http://www.femaide.ca)
- La police : 911
- Une personne en qui vous faites confiance dans votre réseau de soutien

### **Pour du counseling et soutien sur les questions liées à la violence (en français)**

- Centre francophone d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel d'Ottawa  
Ottawa  
(613) 789-8096  
info-soutien: (613) 789-9117  
calacs@rogers.com  
[www.calacs.ca](http://www.calacs.ca)
- Service familial catholique: programmes pour femmes et enfants victimes de violence et d'agressions sexuelles Ottawa  
(613) 233-8478  
info@cfsottawa.ca  
[www.cfsottawa.ca](http://www.cfsottawa.ca)
- Centre de ressources communautaires de la Basse-Ville  
Ottawa  
(613) 789-3930 [reception@crbv.ca](mailto:reception@crbv.ca) [www.crbv.ca](http://www.crbv.ca)

### **Groupes de soutien et services d'intégration**

- Services pour femmes immigrantes d'Ottawa (SFIO)

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

219, avenue Argyle, bureau 400, Ottawa, ON, K2P 2H4

Téléphone: (613)729-3145

Télécopieur: (613)729-9308

[infomail@immigrantwomenservices.com](mailto:infomail@immigrantwomenservices.com)

[www.immigrantwomenservices.com](http://www.immigrantwomenservices.com)

- Centre des ressources de l'Est d'Ottawa  
(Gloucester) Ottawa  
(613) 741-6025  
[www.eorc-gloucester.ca/](http://www.eorc-gloucester.ca/)
- Centre de ressources communautaires de Vanier, Ottawa  
(613) 744-2892  
[cscv@cscvanier.com](mailto:cscv@cscvanier.com)  
[www.cscvanier.com/fr/](http://www.cscvanier.com/fr/)
- Centre de ressources communautaires Overbrook-Forbes  
Ottawa  
(613) 745-0073  
[info@ofcrc.org](mailto:info@ofcrc.org)  
[www.ofcrc.org/francais/main-f.htm](http://www.ofcrc.org/francais/main-f.htm)
- Organisme des Canadiennes africaines  
1800 rue Bank, bureau 303, Ottawa  
(613)736-5976

### **Pour du soutien (en français) au logement en cas de violence conjugale ou sexuelle**

- Maison Interlude House  
Hawkesbury  
(613) 632-1132  
1-800-267-4101  
[info@maisoninterludehouse.ca](mailto:info@maisoninterludehouse.ca)  
[www.maisoninterludehouse.ca](http://www.maisoninterludehouse.ca)
- Maison d'amitié  
Ottawa  
(613) 747-9136  
Ligne d'écoute: (613) 747-0020

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

[www.maisondamitie.ca](http://www.maisondamitie.ca)  
[maisondamitie@rogers.com](mailto:maisondamitie@rogers.com)

- Centre espoir Sophie, Ottawa  
Halte-accueil francophone pour femmes marginalisées  
(613) 789-5119  
[centreespoirsophie@bellnet.ca](mailto:centreespoirsophie@bellnet.ca)  
[www.centreespoirsophie.ca](http://www.centreespoirsophie.ca)
- La présence  
  
Un refuge temporaire aux femmes victimes de violence familiale et leurs enfants. C'est un environnement sans fumée. Ottawa.  
  
[presence@sympatico.ca](mailto:presence@sympatico.ca)  
  
(613) 241-8297 x24

### **Pour de l'assistance juridique**

- Clinique juridique populaire de Prescott-Russell Hawkesbury  
  
(613) 632-1136
- Clinique juridique communautaire de l'Université d'Ottawa  
  
(613) 562-5800

### **Autres Sites web et documents intéressants pour les femmes**

- Campagne : Voisin-es, ami-es et familles  
[www.voisinsamisetfamilles.on.ca](http://www.voisinsamisetfamilles.on.ca)
- Women's health in women's hand : <http://www.whiwh.com>
- Echo pour l'amélioration de la santé des Ontariennes : [www.echo-ontario.ca](http://www.echo-ontario.ca)
- Réseau ontarien pour la santé des femmes: <http://www.owhn.on.ca/reseau.htm>
- Répertoire complet de la liste de services pour femmes à Ottawa :  
[http://www.owhn.on.ca/pdfs/french\\_ottawa.pdf](http://www.owhn.on.ca/pdfs/french_ottawa.pdf)

## **Annexe 10: Fiches des problèmes de SSR**

### **Santé de la femme**

- Difficultés de lubrification lors des relations sexuelles
- Incapacité à retenir les urines
- Prolapsus vaginal
- Prolapsus rectal
- Douleurs abdominopelviennes lors des menstruations
- Syndrome prémenstruel
- Menstruations douloureuses
- Syndrome pré ménopause
- Ménopause
- Fibromes
- Kystes
- Harcèlement sexuel
- Violence à caractère sexuel
- Viol
- Excision et mutilations génitales féminines

### **Santé du couple**

- La communication sur la sexualité avec votre partenaire
- Les comportements sexuels sécuritaires
- La satisfaction sexuelle
- L'insatisfaction sexuelle du couple
- La contraception et le contrôle des naissances
- L'infertilité
- L'intimité sexuelle durant la grossesse ou après l'accouchement (quand faire l'amour de façon sécuritaire durant cette période)
- Les difficultés de lubrification lors des relations sexuelles
- Les douleurs vaginales lors des rapports sexuels

### **Santé sexuelle et santé maternelle**

- Les infections transmissibles sexuellement, le VIH et leur dépistage
- Le dépistage des cancers gynécologiques

## Les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne

- Le prurit vaginal (démangeaison)
- La perte vaginale, mousseuse, mal odorante et inhabituelle
- Les pertes vaginales abondantes
- La sècheresse vaginale
- Les grossesses précoces ou tardives
- L'avortement
- La dépression post-partum
- L'allaitement maternel exclusif
- L'allaitement au biberon ou mixte
- Autre -----

## Annexes 11 : Définitions des termes

### **Droits sexuels : les dix droits sexuels fondamentaux sont :**

- 1) Le droit à l'égalité, à l'égale protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre.
- 2) Le droit à la participation pour tous, sans distinction de sexe, de sexualité ou de genre.
- 3) Le droit à la vie, la liberté, la sécurité de la personne et à l'intégrité corporelle.
- 4) Le droit au respect de la vie privée.
- 5) Le droit à l'autonomie et à la reconnaissance devant la loi.
- 6) Le droit à la liberté de pensée, d'opinion et d'expression ; le droit à la liberté d'association.
- 7) Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science.
- 8) Le droit à l'éducation et à l'information.
- 9) Le droit de choisir de se marier ou non et de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment.
- 10) Le droit à l'application des principes de responsabilité et de réparation.

Source: World Health Organization, 2010.

**Étudiante étrangère** : une personne d'un autre pays qui a demandé et obtenu un permis officiel d'étude par les autorités d'immigrations canadiennes. Ce permis ou visa d'étudiant, lui donne un statut légal au Canada et permet l'inscription aux études dans un collège ou une université au Canada (CIC, 2009).

**Femme Immigrante** : une femme à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence ou temporairement. Les immigrantes sont soit citoyennes canadiennes par naturalisation (processus de la citoyenneté) ou résidentes permanentes (immigrantes reçues) en vertu de la législation canadienne. Certaines immigrantes habitent au Canada depuis un certain nombre d'années, alors que d'autres sont arrivées récemment. La plupart des immigrantes sont nées à l'extérieur du Canada, mais un petit nombre sont nées au Canada (Chui, 2011).

**Francophone** : nous nous servons de la définition proposée par le CPSO (2010). Une /un « francophone » est:

- 1) une personne dont la langue maternelle ou les langues maternelles sont le français ou le français plus une langue non officielle, et qui peut entretenir une conversation en français;
- 2) une personne dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français, mais dont la langue première officielle est le français;
- 3) une personne qui parle principalement le français ou le français plus une langue non officielle à la maison;
- 4) une répartition égale de personnes qui ont les deux langues officielles comme premières langues parlées.

**Immigrants (es) récents(es) (appelés aussi « nouveaux arrivants »)** indiquent principalement les populations mobiles suivantes : les résidents permanents, les personnes possédant un permis de travail, les étudiants(es) étrangers(ères), les réfugiés(es) et les personnes demandant l'asile (Gagnon, 2002). Ce sont des immigrants arrivés au Canada au cours des cinq années ayant précédé un recensement donné (Chui, 2011).

**Justice reproductive** : « La justice reproductive est une approche positive qui relie la sexualité, la santé et les droits humains aux mouvements pour la justice sociale en plaçant l'avortement et les enjeux de santé re-

productive dans le contexte plus large du bien-être et de la santé des femmes, des familles et des communautés. Elle intègre naturellement les droits humains individuels et collectifs, droits qui sont particulièrement importants pour les communautés marginalisées. Nous croyons que la capacité d'une femme à déterminer sa vie reproductive est directement liée aux conditions dans lesquelles évolue sa communauté et n'est pas uniquement une question de choix personnel et d'accessibilité. Si une femme fait partie d'une communauté dont les droits humains ne sont pas respectés, par la présence de dangers environnementaux ou le manque d'accès à des soins de santé de qualité par exemple, ses décisions par rapport à son corps ne pourront être prises sur des bases strictement individuelles. La justice reproductive aborde les enjeux du contrôle des populations, de l'autodétermination des corps, des droits des immigrant.e.s, de la justice économique et environnementale, de la souveraineté, du militarisme et des injustices criminelles parce que ces oppressions dirigées envers un groupe ou une communauté limitent les droits humains individuels. » (Ross, 2011. Traduction libre, cité dans FQPN, 2014, p. 1).

**Refugiée** : selon la Convention des Nations Unies outre frontière, une personne est considérée réfugiée au Canada lorsqu'elle craint avec raison, d'être persécutée du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un groupe social particulier ou ses opinions politiques. En plus de cela, cette personne devrait se trouver hors du pays de sa nationalité et/ ou de sa résidence habituelle antérieure (pays d'origine) puis ne pas pouvoir ou, du fait de cette crainte, ne pas vouloir se réclamer de la protection de ce pays et ne pas vouloir y retourner. (<http://www.cic.gc.ca/francais/information/demandes/guides/3900/FTOC.asp>)

**Résident permanent** : Les résidents(es) permanents(es), définis par la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, sont classés dans trois catégories de base : économique, famille et personnes protégées. Les résidents permanents sont des personnes qui ne sont pas devenues des citoyennes canadiennes, mais qui ont été autorisées à vivre et à travailler au Canada indéfiniment, à condition de répondre aux exigences relatives à la résidence et de ne pas perdre leur statut en raison de grande criminalité, d'une infraction grave à la sécurité, d'atteinte aux droits de la personne, de criminalité organisée ou de fausse déclaration (Chui, 2011).

**Santé reproductive** : La santé reproductive, est définie par l'OMS comme *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*. (OMS 2000). Elle s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé ([http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/)).

**Santé sexuelle** : La Santé Sexuelle est définie par l'OMS comme est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risques, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la Santé Sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés ([http://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/))

**Annexe 12 : Approbations éthiques (Université d'Ottawa, Cité Collégiale)**



**Certificat d'approbation éthique**

**CÉR Sciences et science de la santé**

**Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)**

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Viola	Polomeno	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseur
Denise	Moreau	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Co-Superviseur
Martine	Sawadogo	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiante-chercheure

**Numéro du dossier:** H 12-13-08

**Type du projet:** Thèse de maîtrise

**Titre:** Identifications des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne.

<b>Date d'approbation (mm/jj/aaaa)</b>	<b>Date d'expiration (mm/jj/aaaa)</b>	<b>Approbation</b>
02/05/2014	02/04/2015	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

**Conditions Spéciales / Commentaires:**

Le présent certificat est valide uniquement pour la recherche menée à la Cité Collégiale.



Le 31 janvier 2014

**Martine Sawadogo**  
Enseignante Clinique  
Université d'Ottawa  
Faculté des sciences de la santé  
École des sciences infirmières  
451, chemin Smyth  
Ottawa, Ontario K1H 8M5

**Objet: Demande d'approbation auprès du comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains**

Madame Sawadogo,

Nous avons lu les documents que vous nous avez envoyés et voici le résultat de notre analyse :

Le projet *Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne* est approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de *La Cité collégiale* tel que soumis.

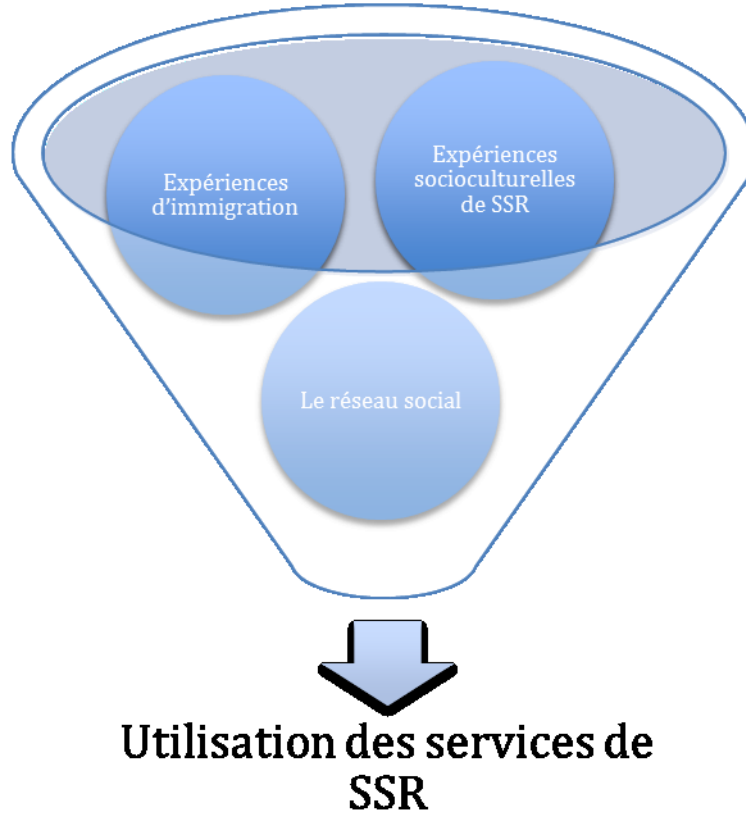
Veillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations mes meilleures.

Cyr Lézin Doumbou, Ph.D.  
Président du CER  
La Cité collégiale  
801, promenade de l'Aviation,  
Ottawa, ON, K1K 4R3  
Tél : (613) 742-2493 poste 2390  
Télec. : (613) 742-2467

**Annexe 13 - Tableau 1 : Profil sociodémographique des participantes de l'étude**

Nombre total de participantes	N = 12
Fourchette d'âge des participantes	24 à 57 ans
État civil <b>Mariée :</b> Célibataires : Conjoint de fait :	<b>8</b> 3 1
Statut éducatif Niveau secondaire ou moins : <b>Niveau collégial :</b> Niveau universitaire :	1 <b>6</b> 5
Revenu familial annuel <b>0-20000</b> 20000-40000 40 000 +	<b>8</b> 2 2
Nombre d'enfants 0 enfants 1-3 enfants 4+	4 4 4
Nombre d'enfants à charge 0 <b>1-2</b> 3+	4 <b>5</b> 3
Statut d'immigration au moment de l'entrevue <b>Résident permanent</b> Citoyen Canada	<b>11</b> 1
Lieu initial d'arrivée au Canada <b>Ottawa - Ontario</b> Montréal - Québec Gatineau - Québec	<b>7</b> 3 2

Annexe 14 - Figure 2: Arborescence des thèmes de l’étude



Expérience de l'immigration		Réseau social		Expériences socioculturelles de SSR		
La familiarité avec le système de santé canadien	Différences	Caractéristiques du réseau social	Approches et connaissances du réseau	Importance de la maternité	Croyances et pratiques culturelles sur la sexualité et la maternité	
Confusion Incompréhension Utilisation inadéquate des services, Insatisfaction	Incongruences culturelles dans la socialisation, la vie communautaire, les aspects de la vie de couple et la reconnaissance des acquis	Homogène : Conjoint, Famille Communauté culturelle et/ ou religieuse	Traditionnalistes ou conservatrices des cultures africaines : sur la sexualité, la reproduction et l'identité genrée	L'infertilité vue comme une fatalité. Identité de genre.	Approches culturelles: Contraception Sexualité Grossesse, Accouchement Post-partum	Croyances et pratiques culturelles : Sexualité taboue, Virginité, Abstinence, Confiance Fidélité au conjoint Mariage