

CHAPITRE 3

→ **Pratiques contraceptives selon le statut d'immigration :**

Une analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population

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

CHAPITRE 3

Table des matières

Mise en contexte	107
Méthodologie	109
1. Source des données et population étudiée	109
2. Variables utilisées dans les analyses	110
3. Méthode d'analyse	112
Résultats	114
1. Principales caractéristiques des néo-Québécoises	114
1.1. Proportion de femmes immigrantes dans la population étudiée	115
1.2. Continent du pays de naissance et nombres d'années passées au Canada, pour les femmes immigrantes vivant au Québec	116
1.3. Tranches d'âge selon le statut d'immigration	117
1.4. Niveau de scolarité des femmes de 25 ans et plus selon le statut d'immigration	118
1.5. Niveau de revenu selon le statut d'immigration	119
1.6. Taux d'emploi selon le statut d'immigration	119
1.7. Composition du foyer selon le statut d'immigration	120
1.8. Dernière consultation chez le médecin selon le statut d'immigration	121
Synthèse des principaux constats concernant les caractéristiques des néo-Québécoises	122
2. Comparaison de l'utilisation de la contraception chez les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada	123
2.1. Taux d'utilisation de la contraception selon le statut d'immigration	123
2.2. Taux d'utilisation de la contraception selon l'âge et le statut d'immigration	124
2.3. Taux d'utilisation de la contraception selon le niveau de scolarité et le statut d'immigration	125
2.4. Taux d'utilisation de la contraception selon le moment de la dernière consultation médicale et le statut d'immigration	126
Synthèse de la comparaison entre femmes immigrantes et nées au Canada concernant l'utilisation ou non d'une contraception	127
3. Identification de caractéristiques liées à l'usage ou non de contraception par le biais de modèles de régression logistique	128
3.1. Caractéristiques liées à l'usage ou non de la contraception pour les Québécoises nées au Canada	129

CHAPITRE 3

Table des matières (suite)

3.2. Caractéristiques liées à l'usage ou non de la contraception pour les néo-Québécoises	135
Synthèse des caractéristiques liées à l'usage ou non de contraception pour chaque sous-groupe	140
4. Moyen(s) de contraception utilisé(s)	142
4.1. Taux d'utilisation des principaux moyens contraceptifs selon le statut d'immigration	143
4.2. Utilisation ou non d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration	144
4.3. Taux d'utilisation d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration et les revenus	145
4.4. Moyens contraceptifs utilisés selon le niveau de scolarité et le statut d'immigration	146
4.5. Nombre de moyens de contraception utilisés au cours de la dernière année selon le statut d'immigration	148
4.6. Moyens de contraception des femmes ayant utilisé deux moyens dans les 12 derniers mois	149
Synthèse de la comparaison entre femmes immigrantes et nées au Canada concernant les moyens contraceptifs utilisés	151
Principaux constats issus de l'analyse secondaire de l'Enquête québécoise sur la santé de la population	153
1. Des différences notables dans les pratiques contraceptives	153
2. Des similitudes et des différences au niveau des caractéristiques corrélées aux pratiques contraceptives	154
Bibliographie	157
Annexes : Tableaux de données	161
Annexe 1 – Tableaux de données concernant les caractéristiques des femmes immigrantes	161
Annexe 2– Tableaux de comparaison de l'utilisation de la contraception selon le statut d'immigration	166
Annexe 3 – Régressions logistiques	169
Annexe 4 – Moyens contraceptifs utilisés selon le statut d'immigration	177

Résumé

Ce document présente les résultats d'une recherche quantitative menée sur les pratiques contraceptives des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes, au Québec. D'une part, cette recherche visait à comparer les pratiques des femmes immigrantes à celles des femmes nées au Canada par le biais d'analyses bivariées. D'autre part, les analyses statistiques multivariées que nous avons réalisées permettent la prise en compte de variables complémentaires : des modèles de régression logistique ont été utilisés pour tenir compte des effets exercés simultanément par le statut d'immigration, l'âge, la composition du foyer, les revenus et le niveau d'éducation – entre autres facteurs liés aux pratiques contraceptives des femmes vivant au Québec. Les données utilisées sont issues de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, qui a été menée par l'Institut de la statistique du Québec. Nos résultats mettent en évidence que le statut d'immigration est l'un des facteurs les plus déterminants pour les pratiques contraceptives des femmes de 15 à 49 ans qui sont sexuellement actives avec des hommes. En premier lieu, les femmes immigrantes utilisent moins la contraception, de manière générale, que les femmes nées au Canada. En second lieu, celles qui utilisent un moyen contraceptif recourent moins souvent à la contraception féminine médicalisée, comparativement aux femmes nées au Canada.

Mots-clés : contraception, immigration, Enquête québécoise sur la santé de la population, variables influençant l'utilisation de la contraception, contraception médicalisée.

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

Mise en contexte et objectifs de la phase recherche quantitative

Le premier chapitre de ce rapport de recherche (Zennia *et al.*, 2023)¹⁸ a permis de mettre en évidence que les problématiques d'accès aux soins généraux pour la population immigrante sont bien documentées, que ce soit au Québec, au Canada ou à l'international. Dans ce contexte, nous pouvons supposer que l'accès aux soins contraceptifs pose également problème pour les femmes immigrantes vivant au Québec, mais aucune recherche n'a été menée pour explorer cet aspect spécifique de la santé reproductive (Machado *et al.*, 2021). Par ailleurs, les recherches menées au Québec par Street mettent en évidence une plus forte fécondité chez les femmes immigrantes (2015), ainsi qu'une utilisation plus fréquente du condom chez les hommes et les femmes nés en dehors du Canada, par rapport à la population du Québec née au Canada (2019). Ainsi, nous cherchons à comprendre en quoi les pratiques contraceptives des femmes varient selon le fait d'avoir eu un parcours migratoire afin de mieux connaître les réalités spécifiques des néo-Québécoises¹⁹ en ce qui a trait à la contraception, ainsi que les obstacles qui peuvent rendre cet accès difficile pour les femmes ayant immigré au Québec.

Suite à la phase de recherche qualitative qui a été présentée dans le second chapitre de ce rapport, celui-ci est consacré à des données qui permettent de faire un portrait quantitatif des pratiques contraceptives chez les femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes, au Québec. Plus particulièrement, notre objectif était d'explorer en quoi le fait d'avoir eu un parcours d'immigration, ou pas, est relié aux pratiques contraceptives. Afin de mieux saisir le lien spécifique du statut d'immigration

¹⁸ Ce chapitre ainsi que l'ensemble des documents issus de cette recherche (recension d'écrits, résultats de la phase qualitative, discussion d'ensemble des résultats, balado et fiches-synthèse présentant les principales conclusions) peuvent être récupérés en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

¹⁹ Ce terme permet de désigner les femmes nées à l'étranger qui vivent au Québec après avoir eu un parcours migratoire, et il est donc équivalent au statut d'immigrante dans les enquêtes gouvernementales. Les femmes nées au Canada de parents immigrants, dites de 2e ou 3e génération, ne sont pas comprises dans le groupe des femmes immigrantes pour lesquelles nous privilégions le terme de néo-Québécoises. Ceci permet de souligner que ces femmes sont partie prenante de la société québécoise au même titre que les Québécoises nées au Canada, quel que soit le statut d'immigration.

(être née au Canada ou pas, pour les femmes vivant au Québec), cette variable a été analysée en tenant compte d'autres caractéristiques liées aux pratiques contraceptives des femmes.

Dans une visée d'autonomie procréative, l'accès à la contraception est un enjeu fort pour les femmes qui souhaitent contrôler leur fécondité. Compte tenu des implications majeures de l'éducation d'un enfant, aux plans psychosocial, corporel et économique (Gonin *et al.*, 2014), le contrôle des naissances est central pour l'autodétermination des femmes et leurs conditions de vie. Plus spécifiquement, l'accès à des moyens de contraception efficaces, et qui ne dépendent pas de la bonne volonté du partenaire, est un levier de l'autonomie procréative des femmes (Langevin, 2020). Ainsi, nous portons une attention particulière à la contraception féminine médicalisée²⁰, c'est-à-dire aux méthodes qui nécessitent une interaction avec un·e professionnel·le de la santé, que ce soit pour la prescription (contraception hormonale) ou la procédure médicale (pose d'un stérilet avec ou sans hormone, ligature des trompes, etc.). Or, notre recension d'écrits a pointé que plusieurs recherches menées dans d'autres provinces canadiennes et à l'international mettent en lumière des obstacles pour accéder à la contraception, de manière générale, et que ces obstacles sont encore plus grands pour la contraception féminine médicalisée. Cependant, aucune recherche n'a comparé l'utilisation de la contraception et de la contraception médicalisée chez les néo-Québécoises par rapport aux Québécoises nées au Canada, afin de documenter les inégalités de santé reproductive à ce niveau. Par ailleurs, les déterminants des pratiques contraceptives des femmes immigrantes (recours ou non à la contraception, et laquelle), sont peu connus en contexte québécois, alors qu'elles représentent pourtant 16 % des femmes en âge de procréer (cf. section 1.1 des résultats de ce rapport). Cette phase de recherche a donc examiné des questions peu explorées, jusqu'à présent : en quoi les pratiques contraceptives des femmes vivant au Québec diffèrent-elles selon le statut migratoire, et comment cette variable interagit-elle avec d'autres déterminants des pratiques contraceptives ? Au-delà de l'intérêt scientifique d'un objet peu étudié, combler le manque de connaissances à ce niveau présente une utilité

²⁰ Nous avons conscience que la médicalisation de la contraception n'assure pas l'autonomie procréative des femmes, car la consultation médicale « constitue une interaction asymétrique mettant en contact, d'une part, des médecins détenteurs du savoir médical et du pouvoir prescriptif ; d'autre part, des usagers et usagères en demande, ici de contraception » (Ventola, 2016, [2]). De plus, comme le souligne Ventola, l'évolution des méthodes contraceptives a conduit à une plus grande responsabilisation des femmes, qui portent très largement la charge contraceptive. Il n'en demeure pas moins que la contraception féminine médicalisée reste l'outil le plus efficace pour contrôler la fécondité sans avoir besoin de l'assentiment de son partenaire.

pour orienter les pratiques de soin et les politiques touchant à la santé reproductive des femmes.

Après cette brève mise en contexte, qui peut être approfondie en consultant les chapitres préliminaires de ce rapport de recherche (Zennia *et al.*, 2023 ; Gonin *et al.*, 2023a²¹), nous allons présenter la méthodologie mise en œuvre dans la prochaine section, qui sera ensuite suivie de la présentation des résultats des analyses réalisées.

Méthodologie

1. Source des données et population étudiée

Dans cette recherche, nous avons réalisé une analyse secondaire des données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) menée en 2014-2015. Celle-ci comprend un échantillon de 45 760 personnes et a visé la population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec. Les personnes résidant dans les réserves indiennes ou dans la région socio-sanitaire du Nunavik ont été exclues de l'enquête. La population de l'EQSP 2014-2015 se veut ainsi représentative de 98,8 % de l'ensemble de la population québécoise, soit 6 865 882 personnes environ âgées de 15 ans et plus (Baulne et Courtemanche, 2016).

Compte tenu des objectifs de la recherche, visant à mieux connaître les pratiques contraceptives des femmes et les facteurs qui y sont reliés, nous avons sélectionné la sous-population des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives au cours des 12 derniers mois avec au moins un homme, en excluant les femmes enceintes au moment où elles répondaient à l'enquête. L'échantillon final est 9511 répondantes.

Après avoir obtenu un certificat du Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'UQAM, nous avons déposé une demande d'accès aux microdonnées d'enquête à l'Institut de la statistique du Québec, qui a autorisé la réalisation de ce projet.

²¹ Ces documents peuvent être récupérés à partir du dossier web qui diffuse les résultats de notre recherche : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

2. Variables utilisées dans les analyses

→ Pratiques contraceptives

L'EQSP comprend une section sur l'usage de la contraception, où les participantes ont répondu à la question suivante : « au cours des 12 derniers mois, quel(s) moyen(s) de contraception vous et votre (vos) partenaire(s) avez utilisé habituellement ? ». Les catégories de réponses de l'enquête sont « le condom, la pilule, le stérilet, la vasectomie, le coït interrompu, la ligature des trompes, une autre méthode, et aucune méthode ». Partant des réponses à cette question, nos variables dépendantes comprenaient tout d'abord deux variables dichotomiques :

- Avoir utilisé une contraception ou pas au cours des derniers mois, quelle que soit la méthode utilisée : les femmes ayant utilisé au moins un moyen de contraception ont été séparées de celles n'ayant utilisé aucun moyen de contraception dans les 12 derniers mois.
- Avoir utilisé une méthode de contraception féminine médicalisée ou pas : les femmes ayant utilisé la contraception orale, le stérilet ou la ligature des trompes²² (avec une autre méthode ou pas) ont été séparées de celles ayant utilisé d'autres méthodes contraceptives (non spécifiées dans l'enquête).

Finalement, nous avons utilisé la variable nominale comportant les 7 catégories de l'enquête (condom, pilule, stérilet, vasectomie, coït interrompu, ligature des trompes, autre méthode) pour examiner plus finement les pratiques contraceptives, et avons élaboré une catégorie « nombre de méthodes utilisées » pour rendre compte de l'utilisation de plusieurs méthodes au cours des 12 derniers mois.

→ Statut d'immigration et durée de résidence au Canada

Afin d'observer les liens existants entre le statut d'immigration et les pratiques contraceptives, nous avons utilisé les réponses aux questions de l'EQSP visant à

²² Les autres méthodes féminines médicalisées (timbre, injection, anneau ou implant) ne font pas partie des méthodes documentées dans l'enquête que nous avons utilisée, étant assimilées à la catégorie « autres ». Nos données tendent donc à sous-estimer légèrement l'écart d'utilisation d'une méthode féminine médicalisée ou pas, puisque ces autres méthodes féminines médicalisées sont assimilées aux autres méthodes. Il est à noter que l'usage de ces méthodes est peu fréquent : il correspond à 3,9% chez les femmes de 15 à 24 ans utilisant une contraception (Statistique Canada, 2020). Ces données ne sont pas disponibles pour les femmes de 25 à 49 ans, faute de collecte d'information sur la contraception pour cette tranche d'âge dans *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*.

déterminer: 1) si la personne est née au Canada, 2) le pays de naissance de la personne si elle est née à l'extérieur du pays, et 3) depuis combien d'années elle vit au Canada (moins de 5 ans, 5 à 10 ans, plus de 10 ans). Le statut d'immigration est notre principale variable indépendante, puisque nous cherchons à examiner ses liens avec les pratiques contraceptives.

→ Accès aux soins de santé

Deux variables de l'EQSP peuvent être associées à la question de l'accès aux soins de santé, qui est une des dimensions auxquelles nous portons attention dans cette recherche, considérant que cet enjeu peut jouer un rôle médiateur (Rasclé et Irachabal, 2001) sur l'usage de moyens de contraception nécessitant une prescription médicale :

- Les réponses à la question « À quand remonte votre dernière consultation auprès d'un médecin généraliste (omnipraticien, médecin de famille), peu importe le motif de la consultation ? » ont été intégrées à nos analyses²³.
- La question « Avez-vous déjà passé un PAP test (un prélèvement vaginal) ? » au cours de la vie, pouvant obtenir la réponse oui ou non, a également été retenue pour examiner les liens de cette variable avec les pratiques contraceptives.

→ Caractéristiques sociodémographiques

Finalement, plusieurs variables sociodémographiques associées favorablement ou défavorablement aux pratiques contraceptives selon les écrits scientifiques ont été incluses dans l'analyse²⁴ : l'âge, le niveau de scolarité, les revenus, la composition du foyer et l'occupation²⁵. La prise en compte de ces variables, qui sont généralement reliés à l'usage d'une contraception et aux méthodes utilisées, permettra d'identifier de possibles effets

²³ Pour avoir plus de chances d'observer des liens entre l'usage de la contraception et cette variable, dans les régressions logistiques, cette variable qui comprenait 5 items (moins de 6 mois, 6 mois à moins d'1 an, 1 an à moins de 2 ans, 2 ans à 6 mois à moins d'1 an, 1 an ou plus).

²⁴ Certains déterminants des pratiques contraceptives régulièrement utilisés dans les écrits scientifiques n'étaient toutefois pas présents dans les variables de l'enquête (en particulier : volonté d'éviter une grossesse ou pas, nombre d'enfant, milieu de vie rural ou urbain, statut d'immigration des personnes nées en dehors du Canada) alors nous n'avons pas pu intégrer ces variables dans nos analyses.

²⁵ Nous avons fusionné les catégories des personnes qui travaillent et des retraitées, compte tenu des revenus réguliers obtenus dans ces deux situations, car il y a très peu de femmes de moins de 50 ans à la retraite.

confondants et modérateurs (Cadiaro *et al.*, 2020) par rapport à la variable du statut d'immigration.

3. Méthode d'analyse

Conformément aux orientations données par l'ISQ (2016), nous avons appliqué la pondération prévue aux données afin de corriger les distorsions créées par le plan de sondage. Compte tenu du fait que notre échantillon est plus restreint que celui de la population ayant répondu à l'enquête, nous avons toutefois normalisé la pondération²⁶ afin que les tests de significativité soient adaptés à la taille de notre sous-échantillon. Le logiciel R a été utilisé pour l'ensemble des analyses.

Des statistiques univariées et bivariées ont permis d'examiner les liens existants entre les variables en fonction de nos hypothèses de recherche. Des tableaux croisés ont été produits, puis des tests de Khi-carré²⁷ ont été réalisés. Des régressions logistiques ont aussi été réalisées (Cornillon *et al.*, 2019), afin de prendre en compte simultanément leurs effets au niveau de la variable dépendante dichotomique retenue pour cette analyse : l'utilisation d'une contraception ou pas, quel que soit le moyen utilisé. Le modèle de régression logistique a été constitué sur la base d'hypothèses théoriques (lien d'une dimension avec les pratiques contraceptives selon les écrits scientifiques), puis d'analyses univariées confirmant un lien entre les variables sélectionnées et les pratiques contraceptives (Desjardins, 2005 ; Hosmer *et al.*, 2013).

Le modèle de régression a ainsi rassemblé les variables suivantes : groupe d'âge²⁸, composition du foyer, revenus, occupation, niveau de scolarité, moment de la dernière consultation médicale et avoir passé un test Pap, après s'être assurées de l'absence de colinéarité entre elles (Zhang, 2016). Afin de mieux identifier les caractéristiques des femmes immigrantes par rapport aux femmes nées au Canada, nous avons divisé notre échantillon selon la variable du statut d'immigration, puis réalisé les analyses pour chaque sous-groupe en conservant le même modèle de régression logistique. L'analyse a été

²⁶ Poids normalisé = poids de sondage du répondant *i* / moyenne du poids du sondage de tous les répondants (https://sites.utoronto.ca/rdc/files/3_NLSCY_Workshop_Nonresponse_and_Normalized_Weights_and_Polling_Data_and_Full_Example.pdf)

²⁷ Les corrections Rao-Scott ont été appliquées aux tests de Khi-carré, compte tenu de l'échantillon stratifié (<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/12-001-x/2014002/article/14096-fra.pdf?st=60YcCVRi>).

²⁸ Pour les régressions logistiques, nous avons dû retirer les femmes âgées de 15 à 17 ans, car la variable du revenu ne pouvait être renseignée pour cette population.

réalisée par étapes successives, en intégrant progressivement les variables afin d'examiner les modifications induites à chaque étape (cf. tableaux 3.1 et 3.2, ainsi que les graphiques associés, en annexe) et de s'assurer que le modèle était amélioré par l'introduction de nouvelles variables (test de vraisemblance), en expliquant davantage de variance. La variable « nombre d'années au Canada », spécifique aux néo-Québécoises, a été ajoutée au modèle à la dernière étape, afin de tester si l'accès à la contraception évolue au fil des années passées au Canada. Nous avons finalement vérifié qu'il n'existait pas d'interaction entre certaines variables pouvant avoir un effet modérateur, au regard des analyses bivariées réalisées au préalable, et fait des tests concernant de possibles observations influentes (Ryan *et al.*, 2015; Zhang, 2016).

Résultats

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats issus des analyses secondaires réalisées à partir des données de l'Enquête québécoise sur la santé dans la population. Nous commencerons tout d'abord par identifier certaines spécificités des néo-Québécoises sur le plan sociodémographique, afin pouvoir situer les analyses statistiques qui suivront dans ce contexte.

La deuxième section sera consacrée à une démarche comparative où nous examinerons les différences entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada au niveau de l'utilisation ou non d'une contraception, quel que soit le moyen de contraception utilisé.

La troisième section affinera la compréhension des caractéristiques liées à l'usage ou au non-usage d'une contraception, cette fois en menant des analyses de régression logistique pour chaque sous-groupe. Ceci donnera l'opportunité de saisir de manière globale les liens entre différentes variables et notre première variable dépendante (l'usage de contraception ou non), dans un modèle intégrant les principaux déterminants de l'utilisation de la contraception. Cette analyse permettra de prendre en compte simultanément les liens entre les variables identifiées comme pertinentes et notre variable d'intérêt, afin d'éviter de possibles effets confondants et de saisir la complexité des différents corrélats en jeu.

La quatrième section examinera finalement les stratégies utilisées par les femmes ayant recours à des moyens de contraception et identifiera le ou les moyens utilisés (type de méthode contraceptive, association de méthodes ou pas) en fonction du statut d'immigration. Des analyses comparatives seront menées sur cette seconde variable dépendante (les moyens de contraception utilisés), afin de repérer les différences entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada.

1. Principales caractéristiques des néo-Québécoises

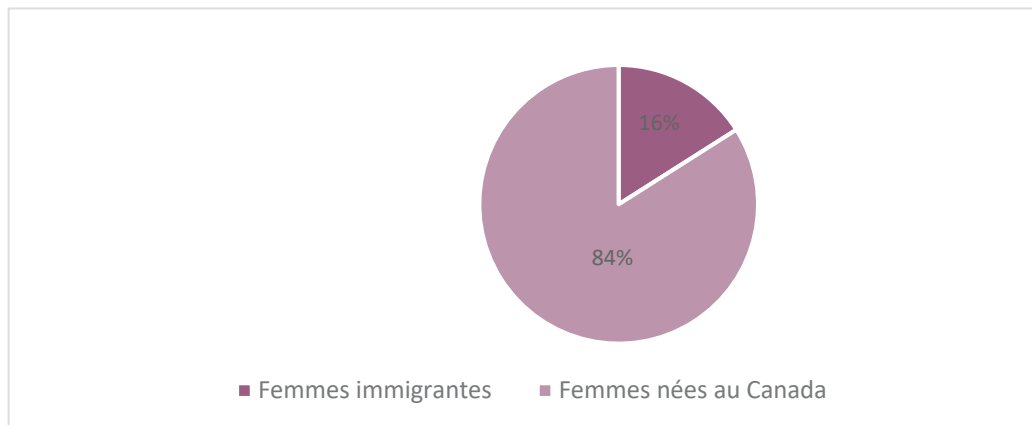
Dans cette première section, il s'agira de présenter les caractéristiques de la population des femmes immigrantes vivant au Québec, afin que les observations concernant leurs pratiques contraceptives dans puissent être situées dans ce contexte. Par ailleurs, nous choisissons d'en faire une section à part entière car il est utile, lorsque l'on dispense des soins contraceptifs, de connaître le profil social (composition du foyer et niveau de revenu, en particulier) des femmes immigrantes. Ceci permet en effet de tenir compte des déterminants sociaux de la santé, qui sont liés aux pratiques contraceptives et

entrent en interaction avec la variable du statut d'immigration – comme nous le verrons ultérieurement.

En premier lieu seront examinées la proportion de néo-Québécoises par rapport aux Québécoises nées au Canada, dans la population à l'étude, ainsi que la répartition dans les différents écarts de temps (années) depuis l'établissement au pays des néo-Québécoises. En deuxième lieu, leurs principales caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau de scolarité, revenu et situation d'emploi, composition du foyer) seront dégagées, en les comparant aux femmes nées au Canada. Finalement, il s'agira de voir si des écarts sont observables au niveau du moment de la dernière consultation médicale, qui traduit en partie l'accessibilité des soins : cet enjeu figurant dans les questions de recherche, à l'issue de la recension d'écrits effectuée (Zennia *et al.*, 2023), une attention particulière y sera apportée.

1.1. Proportion de femmes immigrantes dans la population étudiée

Les néo-québécoises constituent 16% des femmes susceptibles d'utiliser une contraception, selon l'échantillon de 9 511 femmes âgées de 15 à 49 ans actives sexuellement avec des hommes, et qui ne sont pas enceinte (cf. tableau 1.1. en annexe).

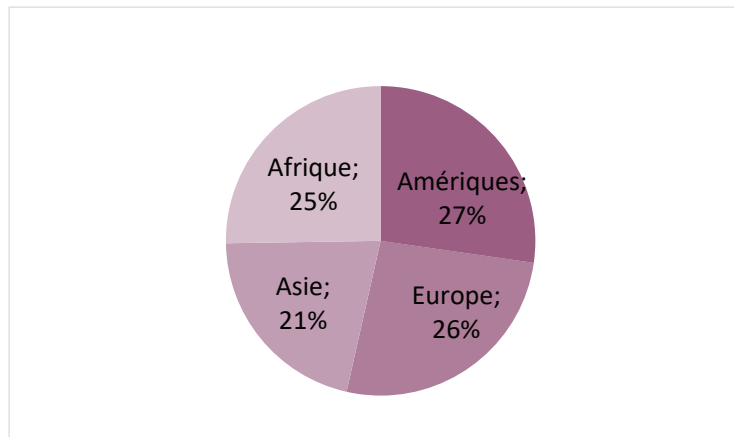


La proportion de femmes immigrantes dans la population que nous étudions est légèrement supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population lors du recensement de 2016 (i.e. 13,7 %, ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, 2019, p.31). Ceci est vraisemblablement lié au fait que notre population-cible – les femmes en âge de procréer sexuellement actives avec des hommes – correspond aux tranches d'âge dans lesquelles la population immigrante (MIDI, 2019, p. 30).

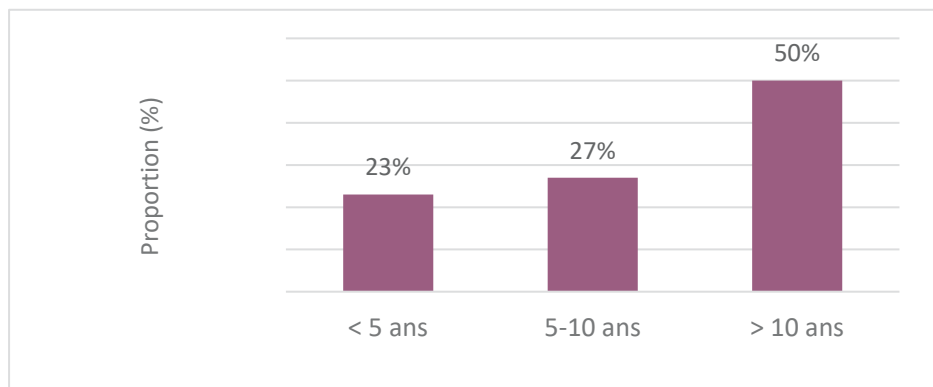
Les variables de l'enquête ne comprennent pas la catégorie d'immigration actuelle ou initiale, ce qui aurait été informatif. Le nombre d'années passées au Canada est par contre documenté dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population.

1.2. Continent du pays de naissance et nombres d'années passées au Canada, pour les femmes immigrantes vivant au Québec

Les néo-Québécoises ont immigré de pays situés dans 4 continents dans des proportions similaires :

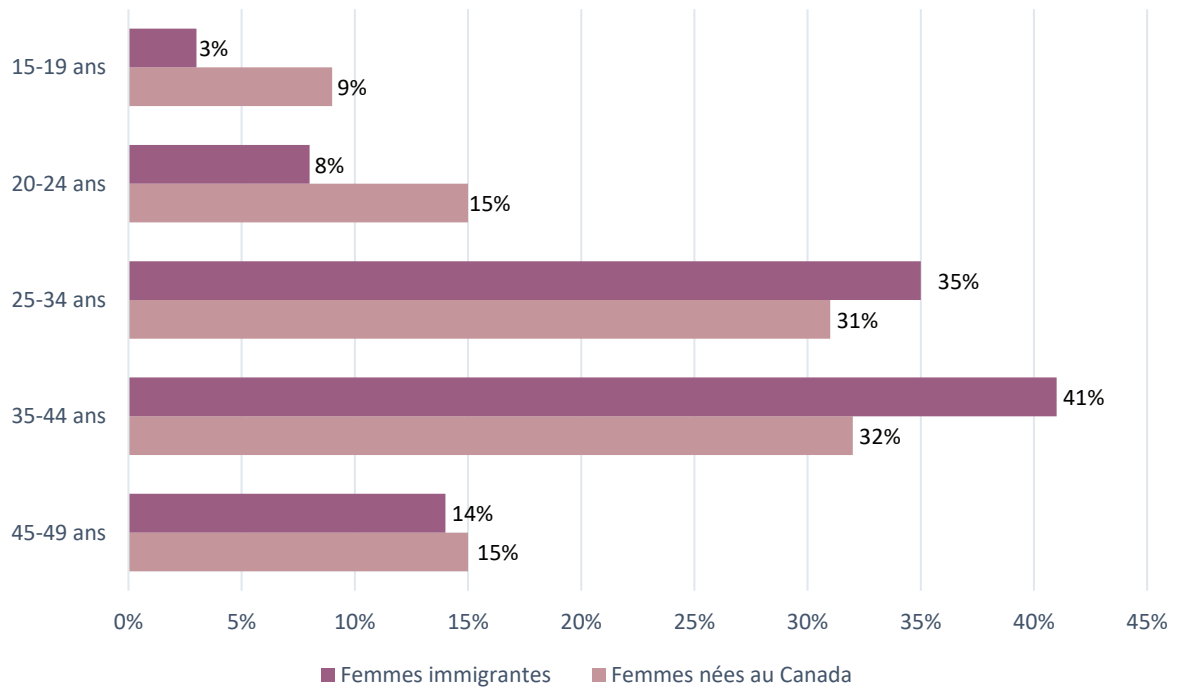


La moitié des femmes immigrantes de notre échantillon (effectif total de 1,482 néo-Québécoises – cf. tableau 1.2 en annexe) réside au Canada depuis plus de 10 ans, pendant que 27 % d'entre elles y demeurent depuis 5 à 10 ans, et 23 % il y a moins de 5 ans.



En complément de ce constat, il est utile d'examiner la répartition des femmes immigrantes dans différentes tranches d'âge, par rapport aux femmes nées au Canada.

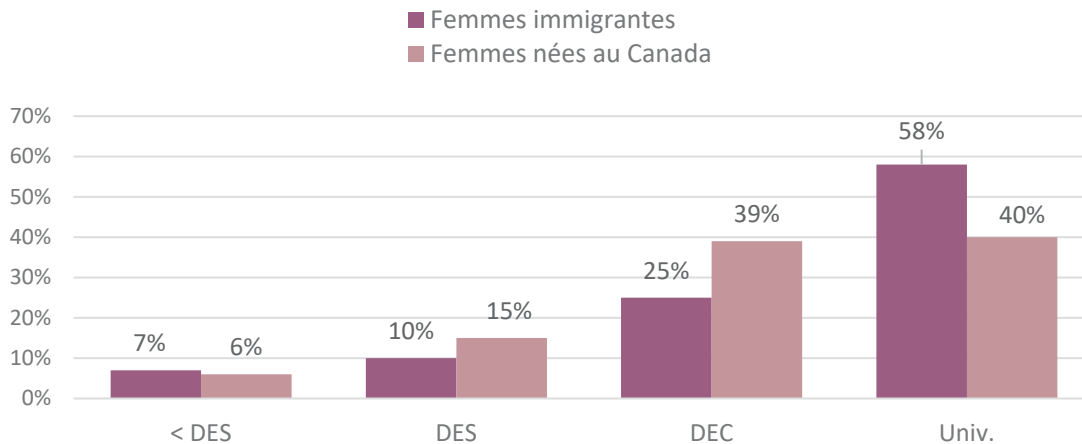
1.3. Tranches d'âge selon le statut d'immigration



On observe qu'au sein de la population étudiée, les tranches d'âge de 15 à 19 ans et 20 à 24 ans sont sous-représentées chez les femmes immigrantes, tandis qu'elles sont plus nombreuses à être âgées de 25 à 34 et de 35 à 44 ans par rapport aux femmes nées au Canada (différence entre les deux populations significative à $p < 0,001$ selon un test de Khi-carré intégrant les corrections de Rao et Scott - cf tableau 1.3 en annexe).

Cette tendance reflète celle observée dans le recensement de 2016 (MIDI, 2019, p. 30). Il est important de tenir compte de ces différences d'âge dans la population étudiée, car les conduites contraceptives sont largement reliées à l'âge. À titre d'exemple, selon l'enquête nationale réalisée par Statistique Canada (2019), les femmes sexuellement actives âgées de 35 à 49 ans sont beaucoup plus nombreuses à ne pas utiliser de contraception sans avoir l'intention de concevoir un enfant (35,4 %) que les femmes de 25 à 34 ans (17,6 %) et que les femmes de 15 à 24 ans (6,6 %). Cet exemple traduit le fait que les tranches d'âge sont une variable déterminante au regard desquelles les conduites contraceptives doivent être interprétées.

1.4. Niveau de scolarité des femmes de 25 ans et plus selon le statut d'immigration

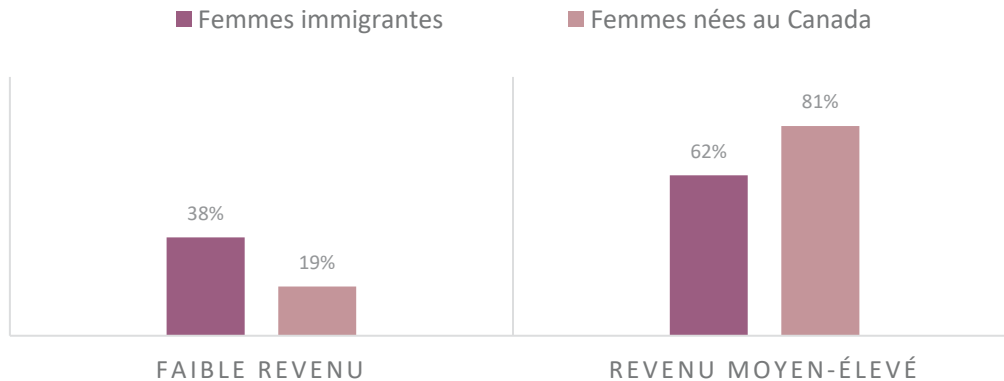


Chez les femmes de 25 à 49 ans²⁹, celles ayant eu un parcours migratoire sont plus nombreuses à avoir obtenu un diplôme universitaire (58 % contre 40 % pour les femmes nées au Canada, $p < 0,001$ – cf. tableau 1.4 en annexe). Ce niveau de diplomation supérieur de la population immigrante reflète des constats habituellement réalisés (Gauthier, 2014 ; Homsky et Scarfone, 2016), et est à situer dans le contexte des critères de sélection pour immigrer, le Québec et le Canada favorisant la venue de personnes diplômées³⁰. Ici également, il s'agira de tenir compte de ces profils différenciés, car les pratiques contraceptives sont généralement reliées au niveau de scolarité (Rivet *et al.*, 2021). Observons à présent la répartition des deux sous-groupes selon la variable du revenu.

²⁹ Compte tenu des différences existant dans la pyramide des âges des FI et FNC et du fait qu'un diplôme universitaire ne peut être obtenu qu'après un certain âge, les femmes de moins de 25 ans ont été retirées de l'échantillon pour réaliser cette comparaison.

³⁰ <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/immigrer-canada/entree-express/admissibilite/travailleurs-qualifies-federal.html#selection> ; <https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/divers/Grille-synthese.pdf>

1.5. Niveau de revenu selon le statut d'immigration



Les données montrent que les femmes immigrantes sont surreprésentées dans les ménages à faibles revenus ($p < 0,001$)³¹, car elles sont deux fois plus nombreuses que les femmes nées au Canada dans cette catégorie (38 % vs. 19 %). Ce constat est à mettre en lien avec celui d'une plus grande proportion de titulaires de diplômes universitaires chez les néo-Québécoises : compte tenu de la corrélation habituellement observée entre le niveau de revenu et le niveau de scolarité³², cet écart traduit le désavantage économique des femmes immigrantes.

1.6. Taux d'emploi selon le statut d'immigration

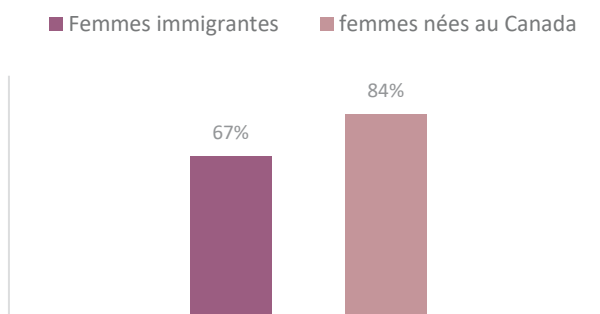
Un écart notable entre les deux sous-groupes est observable au niveau du taux d'emploi; les femmes immigrantes étant significativement moins nombreuses à occuper un emploi rémunéré que les femmes nées au Canada. Le fait qu'une proportion significativement plus importante³³ de néo-Québécoises ne trouve pas d'emploi pourrait ainsi contribuer à expliquer, parmi d'autres causes, leur surreprésentation dans les ménages à faible revenu.

³¹ La différence entre femmes immigrantes et nées au Canada est significative à $p < 0,001$ selon un test de Chi2 intégrant les corrections de Rao et Scott (cf. tableau 1.5 en annexe).

³² <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/niveau-de-scolarite-et-revenu-emploi.pdf>

³³ La différence entre femmes immigrantes et nées au Canada est significative à $p < 0,001$ selon un test de Chi2 intégrant les corrections de Rao et Scott (cf. tableau 1.6 en annexe).

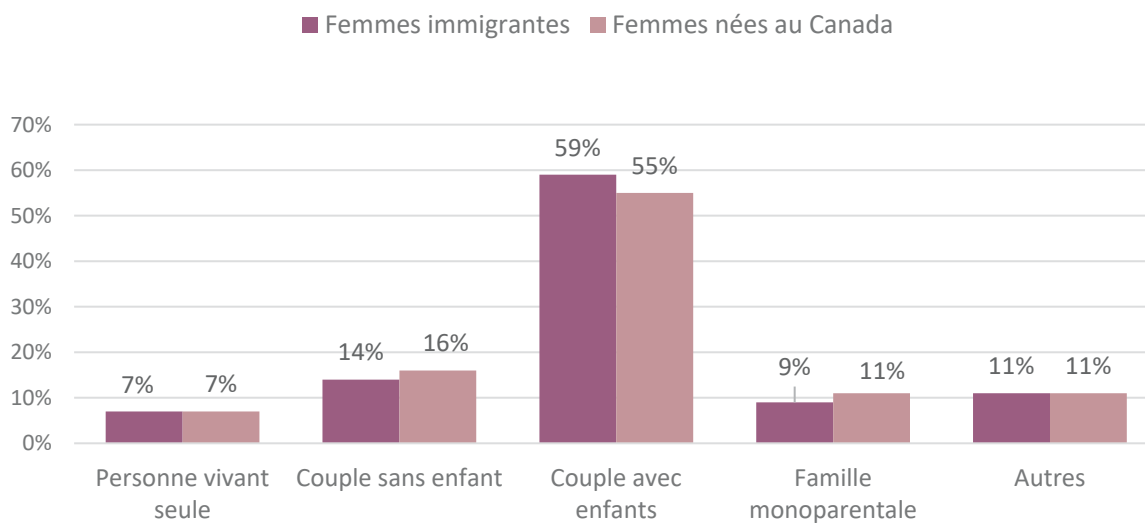
TAUX D'EMPLOI



La composition du foyer étant également déterminante au niveau des conduites contraceptives, il est utile de voir si des différences notables existent entre les deux sous-groupes étudiés.

1.7. Composition du foyer selon le statut d'immigration

Au niveau de la composition du foyer, il n'y a pas d'écart significatif entre les néo-Québécoises et les femmes nées au Canada.



En l'absence d'item renseignant le point de vue des personnes sur leur capacité à accéder aux soins, la variable de la dernière consultation chez un médecin est un indicateur

de l'accessibilité des soins, compte tenu du fait qu'avoir accès à certains moyens de contraception implique de recourir au système de santé³⁴.

1.8. Dernière consultation chez le médecin selon le statut d'immigration

	Femmes immigrantes N = 1,482	Femmes nées au Canada N = 8,029	Total N = 9,511	p-value
Dernière consultation chez le médecin				<0.001
Moins de 6 mois	766 (52%)	4,394 (55%)	5,160 (54%)	
De 6 mois à moins d'un an	286 (19%)	1,772 (22%)	2,058 (22%)	
D'un an à moins de 2 ans	219 (15%)	1,029 (13%)	1,248 (13%)	
De 2 ans à moins de 5 ans	102 (6.9%)	525 (6.6%)	627 (6.6%)	
5 ans et plus	99 (6.7%)	283 (3.5%)	382 (4.0%)	
NA	9	27	36	

Sans grande surprise, compte tenu des constats relevés dans notre recension d'écrits, des différences significatives entre femmes immigrantes et celles nées au Canada sont observables au niveau de la dernière consultation médicale ($p < 0,001$). En cumulant la proportion de femmes ayant eu un rendez-vous médical il y a moins de 6 mois ou il y a moins d'un an, ce sont 71% des néo-Québécoises et 76% des Québécoises nées au Canada qui rapportent avoir eu une interaction avec un médecin au cours de la dernière année. En corrolaire, les femmes immigrantes sont surreprésentées dans la catégorie des femmes n'ayant pas eu de consultation médicale depuis 5 ans et plus : un écart de 3 points (7 % vs. 4 %) y est observable.

Suite à cette exploration des caractéristiques des néo-Québécoises susceptibles d'utiliser une contraception (femmes âgées de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes au cours des 12 derniers mois), une synthèse en sera proposée dans la prochaine section.

³⁴ À titre d'exemple, obtenir une contraception orale, un stérilet ou une vasectomie impliquent un rendez-vous médical.

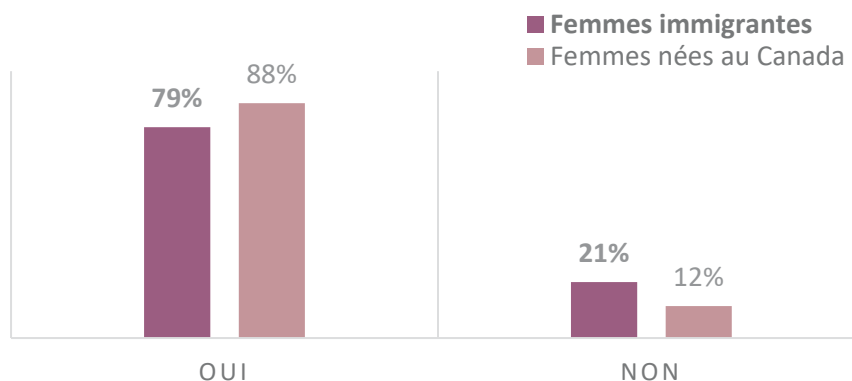
Synthèse des principaux constats concernant les caractéristiques des néo-Québécoises

- Les femmes immigrantes représentent 16 % de la population des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives avec des hommes, au Québec, la moitié d'entre elles étant arrivée il y a 10 ans et plus.
- On retrouve moins de femmes âgées de 15 à 24 ans chez les néo-Québécoises, par rapport aux Québécoises nées au Canada.
- Les néo-Québécoises sont significativement plus nombreuses, proportionnellement aux Québécoises nées au Canada, à détenir un diplôme universitaire (58 % vs. 40 %).
- 38 % des néo-Québécoises vivent au sein de ménages à faible revenu, une différence très significative par rapport aux Québécoises nées au Canada qui sont 19 % à faire partie de ce groupe défavorisé sur le plan économique.
- Le chômage est significativement plus fréquent chez les femmes immigrantes, par rapport aux femmes nées au Canada (33 % vs. 16 %).
- Les néo-Québécoises sont significativement moins susceptibles d'avoir eu une consultation médicale dans la dernière année que les Québécoises nées au Canada (71 % vs. 76 %).

2. Comparaison de l'utilisation de la contraception chez les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada

Dans cette section, il s'agira de repérer ce en quoi les femmes immigrantes se distinguent des femmes nées au Canada, concernant l'usage ou non d'une contraception – quel que soit le moyen utilisé (condom, pilule, coït interrompu, etc.). Nous examinerons tout d'abord s'il existe une différence dans l'utilisation ou non d'une contraception, de manière générale, dans les deux sous-groupes que nous comparons. Ensuite, nous affinerons notre comparaison en croisant le statut d'immigration aux variables sociodémographiques généralement liées aux pratiques contraceptives (âge, niveau de scolarité, etc.) : ceci permettra de déterminer en quoi ces variables sont associées ou pas, dans chaque sous-groupe. Nous examinerons par ailleurs en quoi une consultation médicale se relie à l'utilisation d'une contraception pour chaque sous-groupe. Ceci permettra de nuancer le portrait des spécificités que présentent les femmes ayant un parcours migratoire.

2.1. Taux d'utilisation de la contraception selon le statut d'immigration

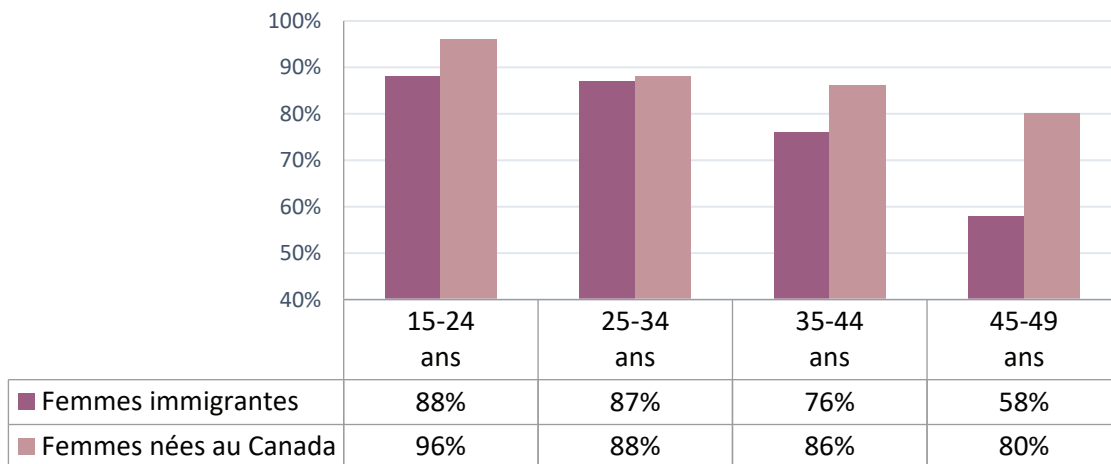


Des différences notables existent entre les deux sous-groupes ($p < 0,001$, cf. tableau 2.1 en annexe). On observe un écart de 9 points entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada : 12 % de ces dernières n'utilisent pas de contraception, tandis que cette proportion est de 21 % chez les femmes ayant eu un parcours migratoire.

Il est à noter qu'aucune variable ne renseigne sur la volonté d'éviter une grossesse ou non, dans l'*Enquête québécoise sur la santé dans la population*. Il n'est donc pas possible d'identifier le taux de besoins contraceptifs non comblés parmi les femmes n'utilisant pas de contraception. À titre de point de repère, une enquête menée en 2006 au Canada mettait en évidence que 15 % des femmes n'utilisant pas de contraception ne souhaitaient pas concevoir d'enfant (Black *et al.*, 2009). La variable de l'immigration n'était pas prise en compte dans cette étude, mais le *Consensus canadien sur la contraception* pointait, en 2015, que les besoins contraceptifs non comblés étaient plus fréquents chez les femmes immigrantes (Black *et al.*, 2015). Par ailleurs, les différences observées dans l'utilisation ou non d'une contraception peuvent être liées à des intentions de fécondité³⁵ distinctes entre néo-Québécoises et Québécoises nées au Canada, bien que celles-ci tendent à se rapprocher au fil des années passées dans le pays d'accueil (Street, 2009, 2015).

Afin de comprendre plus finement les particularités des pratiques contraceptives dans chaque sous-groupe, examinons comment l'utilisation d'une contraception ou non se décline par tranche d'âge et statut d'immigration.

2.2. Taux d'utilisation de la contraception selon l'âge et le statut d'immigration



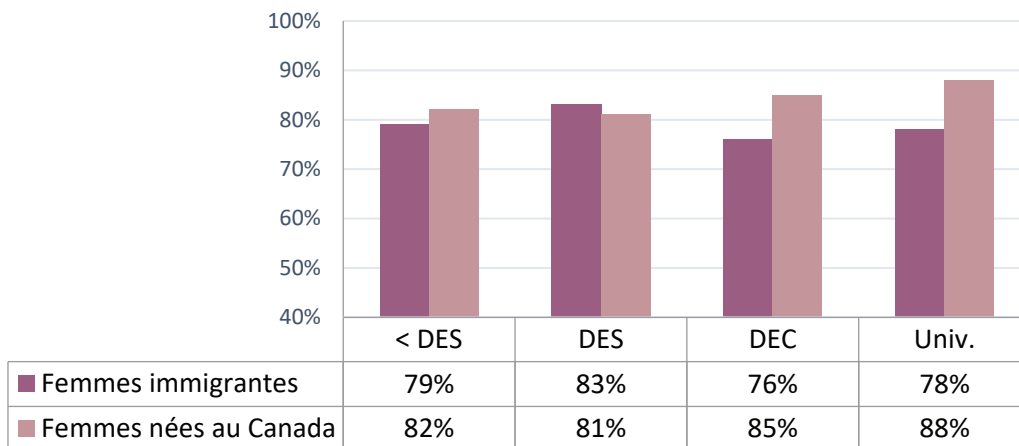
³⁵ L'intention de fécondité correspond au nombre d'enfant(s) désiré par une personne.

En croisant l'âge et le statut d'immigration, on observe que la proportion de femmes utilisant une contraception est similaire dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans. Par contre, les néo-Québécoises moins âgées ou plus âgées sont significativement moins susceptibles de recourir à la contraception – l'écart le plus grand se situant dans la tranche d'âge de 45 à 49 ans (22 points d'écart, cf. tableau 2.2 en annexe). On observe également que si le recours à la contraception décroît au fil de l'âge, chez toutes les femmes, l'écart se creuse entre femmes immigrantes et nées au Canada à partir de 35 ans.

Observons à présent les tendances de chacun des sous-groupes, quand on porte attention au niveau de scolarité.

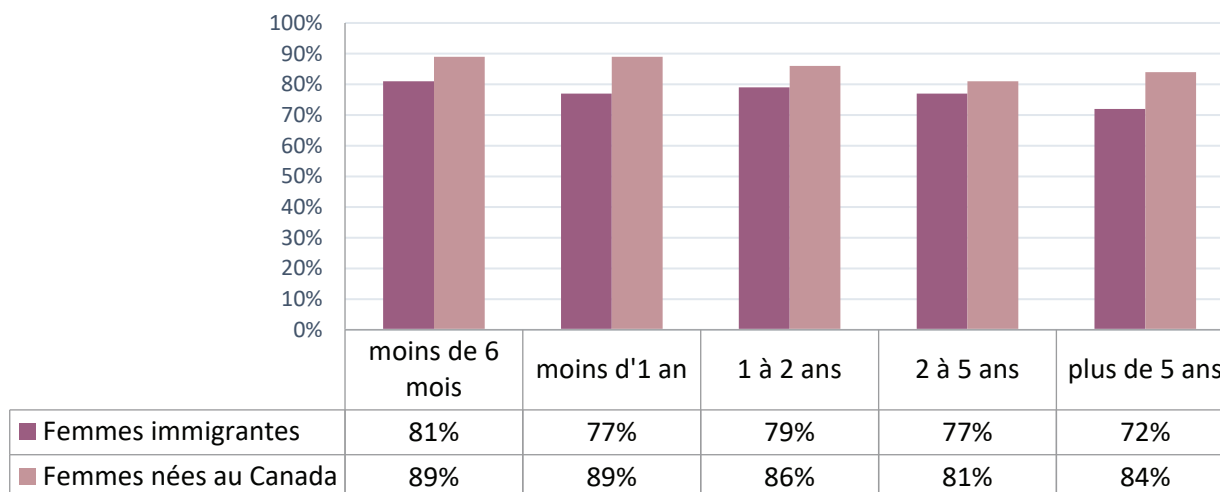
2.3. Taux d'utilisation de la contraception selon le niveau de scolarité et le statut d'immigration

Nous observons ici des écarts significatifs entre femmes immigrantes et nées au Canada sont observés pour les niveaux DEC et universitaire ($p < 0,001$, cf. tableau 2.3 en annexe), mais cet écart n'est pas décelé pour les femmes ayant un niveau DES et il est plus faiblement significatif pour celles ayant un niveau inférieur au DES ($p < 0,01$).



Ici, il est étonnant de constater que les néo-Québécoises ayant un diplôme supérieur aux études secondaires utilisent moins la contraception que celles ayant un niveau de scolarité inférieur ou égal au DES. Le profil est inversé chez les femmes nées au Canada, où l'usage d'une contraception est plus fréquent en ayant un niveau de scolarité collégial ou universitaire ($p < 0,001$), tel qu'observé précédemment en contexte canadien (Black *et al.*, 2009).

2.4. Taux d'utilisation de la contraception selon le moment de la dernière consultation médicale et le statut d'immigration



Ce tableau tend à montrer que le fait d'avoir eu une consultation médicale assez récente favorise l'utilisation d'une contraception – qu'elle soit médicalisée (nécessitant une prescription) ou non. Des écarts significatifs existent entre femmes immigrantes et nées au Canada qui ont eu une consultation médicale il y a moins de 6 mois et moins d'un an ($p < 0,001$, cf. tableau 2.4 en annexe), les différences étant moindres ou alors non significatives pour les femmes ayant eu un rendez-vous médical il y a plus d'un an.

Synthèse de la comparaison entre femmes immigrantes et nées au Canada concernant l'utilisation ou non d'une contraception

- Les néo-Québécoises ont généralement moins recours à la contraception que les Québécoises nées au Canada : 21 % des femmes immigrantes (FI) n'utilisent aucun moyen de contraception, contre 12 % des femmes nées au Canada (FNC). Il est à noter que les variables de l'Enquête québécoise sur la santé dans la population ne permettent pas de savoir quelles sont les femmes qui souhaitent éviter une grossesse ou pas (besoins contraceptifs non comblés), parmi celles qui n'utilisent pas de contraception, alors cet écart est à interpréter avec prudence : il traduit vraisemblablement l'effet cumulé de besoins contraceptifs moins comblés chez les femmes immigrantes et d'intentions de fécondité distincts, mais la part de chaque facteur reste inconnue.
- L'écart d'usage de contraception entre les néo-Québécoises et les Québécoises est plus marqué chez les femmes de 45 à 49 ans, puisqu'il s'élève à 22 points (58 % des FI utilisent une contraception, contre 80 % des FNC). Il est de 10 points chez les femmes de 35 à 44 ans (76% des FI utilisent une contraception, contre 86% des FNC) et de 8 points pour les 18 à 24 ans (88% des FI utilisent une contraception, contre 96 % des FNC). Il n'y a pas d'écart statistiquement significatif entre les deux sous-groupes pour les femmes de 25 à 35 ans.
- Les conduites contraceptives selon le niveau de scolarité diffèrent significativement entre les femmes immigrantes et les femmes nées au Canada : ces dernières utilisent davantage la contraception quand leur niveau de scolarité est supérieur ou égal au DEC, ce qui n'est pas le cas chez les néo-Québécoises.

3. Identification de caractéristiques liées à l'usage ou non de contraception par le biais de modèles de régression logistique

Cette section présente les résultats d'analyses statistiques qui ont été réalisées de manière indépendante, pour chaque sous-groupe. Il ne s'agit donc pas d'une comparaison entre néo-Québécoises et Québécoises nées au Canada, ici, mais d'une démarche visant à mieux comprendre ce qui est corrélé ou pas à l'usage de la contraception chez chacun de ces sous-groupes.

L'intérêt des analyses statistiques de régression logistique est qu'elles permettent de considérer les liens entre différentes variables et la variable dépendante (ici, l'utilisation de la contraception) en les prenant en considération simultanément plutôt que de manière isolée. En effet, il est possible d'inclure un ensemble de variables dans un modèle de régression logistique pour observer les liens d'un facteur avec la variable dépendante en tenant compte d'autres dimensions susceptibles de jouer un rôle modérateur³⁶. Ce type d'analyse permet de déterminer dans quelle mesure chacune des variables intégrées dans le modèle de régression est reliée (ou pas, et comment³⁷) avec le fait d'utiliser une contraception³⁸, compte tenu du rôle joué par les autres variables du modèle.

Au plan méthodologique, nous avons tout d'abord effectué des tests de corrélations afin de conserver les variables étant significativement reliées à notre variable d'intérêt pour l'ensemble des femmes âgées de 18 à 49 ans³⁹, après avoir sélectionné des variables pertinentes sur la base de recherches comparables : celles-ci comprennent généralement les facteurs de l'âge, de la composition du foyer, le niveau de scolarité, le niveau de revenu

³⁶ Le rôle modérateur d'une variable peut consister à augmenter ou diminuer les liens entre deux autres variables. À titre d'exemple, nous avons précédemment observé que le statut d'immigration est un modérateur du lien entre le niveau de scolarité et le revenu, puisque les néo-Québécoises, bien que davantage diplômées, sont plus nombreuses dans les ménages à faible revenu.

³⁷ Les variables peuvent augmenter les chances d'utiliser la contraception, dans telle ou telle modalité de la variable (par ex. avoir de plus de chances d'utiliser la contraception dans la tranche d'âge de 18-25 ans par rapport aux 35-44 ans), ou au contraire diminuer la probabilité (par ex. être moins susceptible d'utiliser la contraception entre 45 et 49 ans par rapport aux 35-44 ans).

³⁸ Nous rappelons que toutes les méthodes contraceptives sont incluses dans cette catégorie, quel que soit leur degré d'efficacité (pilule, condom, coït interrompu, etc.).

³⁹ Les femmes de 15 à 17 ans ont dû être retirées de l'échantillon en raison de valeurs manquantes pour certaines variables, la régression logistique ne pouvant être menée que si toutes les variables sont renseignées.

et l'occupation⁴⁰. Compte tenu de nos questions de recherche, nous avons ajouté deux variables renseignant l'accès au système de santé : la dernière consultation avec un médecin, et le fait d'avoir eu un test Pap. Le même modèle de régression logistique a été utilisé avec les deux sous-groupes, notre échantillon étant divisé en deux populations distinctes pour réaliser cette analyse. Celle-ci a été menée par étapes (cf. tableaux 3.1 et 3.2 en annexe), afin d'observer comment l'ajout des variables dans le modèle modifiait les relations préalablement calculées. Nous avons vérifié que chaque étape de l'analyse améliorait le modèle, c'est-à-dire que l'ajout de nouvelles variables augmentait sa vraisemblance⁴¹.

Nous présenterons tout d'abord les résultats de la régression logistique menée avec la sous-population des Québécoises nées au Canada, puis examinerons les variables reliées à l'utilisation d'une contraception ou non pour les néo-Québécoises.

3.1. Caractéristiques liées à l'usage ou non de la contraception pour les Québécoises nées au Canada

Le tableau ci-après présente les résultats de l'analyse de régression logistique, avec un modèle comprenant des variables initialement liées au fait d'utiliser une contraception ou non pour l'ensemble de la population (femmes immigrantes et nées au Canada) : l'âge, la composition du foyer, le niveau de revenus, l'occupation, la date de la dernière consultation médicale, le fait d'avoir eu un test Pap ou pas, et le niveau de scolarité.

La colonne « analyse univariée » présente tout d'abord les rapports de cotes (*odds ratio* : OR), c'est-à-dire le niveau d'augmentation ou de réduction des probabilités d'utiliser la contraception selon chaque modalité des variables, de manière indépendante, par rapport à la première modalité définie comme point de référence. À titre d'exemple, on observe dans la quatrième ligne du tableau ci-après qu'il y a 3.31 fois plus de probabilités

⁴⁰ Le fait de vivre en secteur urbain ou rural est habituellement intégré aux variables considérées, mais moins de 10% de la population immigrante s'établit dans des régions non adjacentes aux villes de Montréal et Québec alors ceci aurait posé problème pour notre modèle de régression. Réf.: <https://www.fqm.ca/lettres-ouvertes/la-necessaire-regionalisation-de-limmigration/>

⁴¹ Le critère d'information d'Akaike (AIC) et le critère d'information bayésien de Schwarz (BIC) ont été utilisés pour s'assurer de la vraisemblance du modèle, c'est-à-dire la qualité de ses prédictions, qui s'exprime par une diminution de la valeur de ces critères lors de l'ajout de nouvelles variables. Des tests de vraisemblance ont été effectués pour déterminer la significativité de l'amélioration du modèle d'une étape à l'autre.

($p < 0,001$) que les femmes de 18-24 ans utilisent une contraception par rapport aux femmes de 35-44 ans.

La colonne « analyse multivariée » présente ensuite les rapports de cotes *ajustés* (*adjusted odds ratio* : AOR) pour chaque modalité des variables, c'est-à-dire les rapports de cotes tenant compte des relations des autres variables du modèle sur la variable d'intérêt. Par exemple, il est deux fois moins probable (AOR = 0.51, $p < 0,001$) que les femmes en couple sans enfants utilisent une contraception, par rapport aux femmes de couples avec enfants, ce chiffre restant assez stable dans les deux analyses (OR = 0.57, $p < 0,001$). Cependant, le tableau ci-dessous montre que les rapports de cotes de certaines variables peuvent varier de manière importante quand on passe d'une analyse univariée à une analyse multivariée.

Femmes nées au Canada	Utilisation contraception		Analyse univariée ⁴²				Analyse multivariée ⁴³		
	Non N = 964 ¹	Oui N = 7 050 ¹	N	OR ²	95% CI ²	p-value	AOR ²	95% CI ²	p-value
<u>Groupe d'âge</u>			7 673			<0.001			<0.001
35 - 44 ans	347 (36%)	2 136 (32%)		—	—		—	—	
18 - 24 ans	75 (7.8%)	1 522 (23%)		3.31	2.33, 4.72	<0.001	2.91	1.82, 4.64	<0.001
25 - 34 ans	294 (31%)	2 093 (31%)		1.16	0.93, 1.45	0.20	1.19	0.94, 1.52	0.16
45 - 49 ans	242 (25%)	964 (14%)		0.65	0.51, 0.82	<0.001	0.68	0.53, 0.88	0.003
<u>Composition du</u>			7 650			<0.001			<0.001
Couple avec enfants	521 (55%)	3 627 (54%)		—	—		—	—	
Personne vivant seule	38 (4.0%)	539 (8.0%)		2.02	1.28, 3.18	0.003	1.75	1.10, 2.78	0.018
Couple sans enfant	254 (27%)	1 003 (15%)		0.57	0.46, 0.70	<0.001	0.51	0.40, 0.64	<0.001
Famille monoparentale	66 (6.9%)	752 (11%)		1.63	1.14, 2.32	0.007	1.69	1.15, 2.47	0.007
Autres	75 (7.9%)	775 (12%)		1.48	1.03, 2.12	0.034	1.25	0.85, 1.84	0.26

⁴² L'analyse univariée teste le lien entre notre variable dépendante et chaque variable du modèle, de manière indépendante. Elle examine la nature de la relation, c'est-à-dire si la probabilité d'utiliser la contraception est augmentée ou réduite, selon chaque catégorie de la variable indépendante, et l'ampleur de la relation existante.

⁴³ L'analyse multivariée examine les relations entre la variable dépendante et chaque variable incluse dans le modèle, en tenant compte des autres variables.

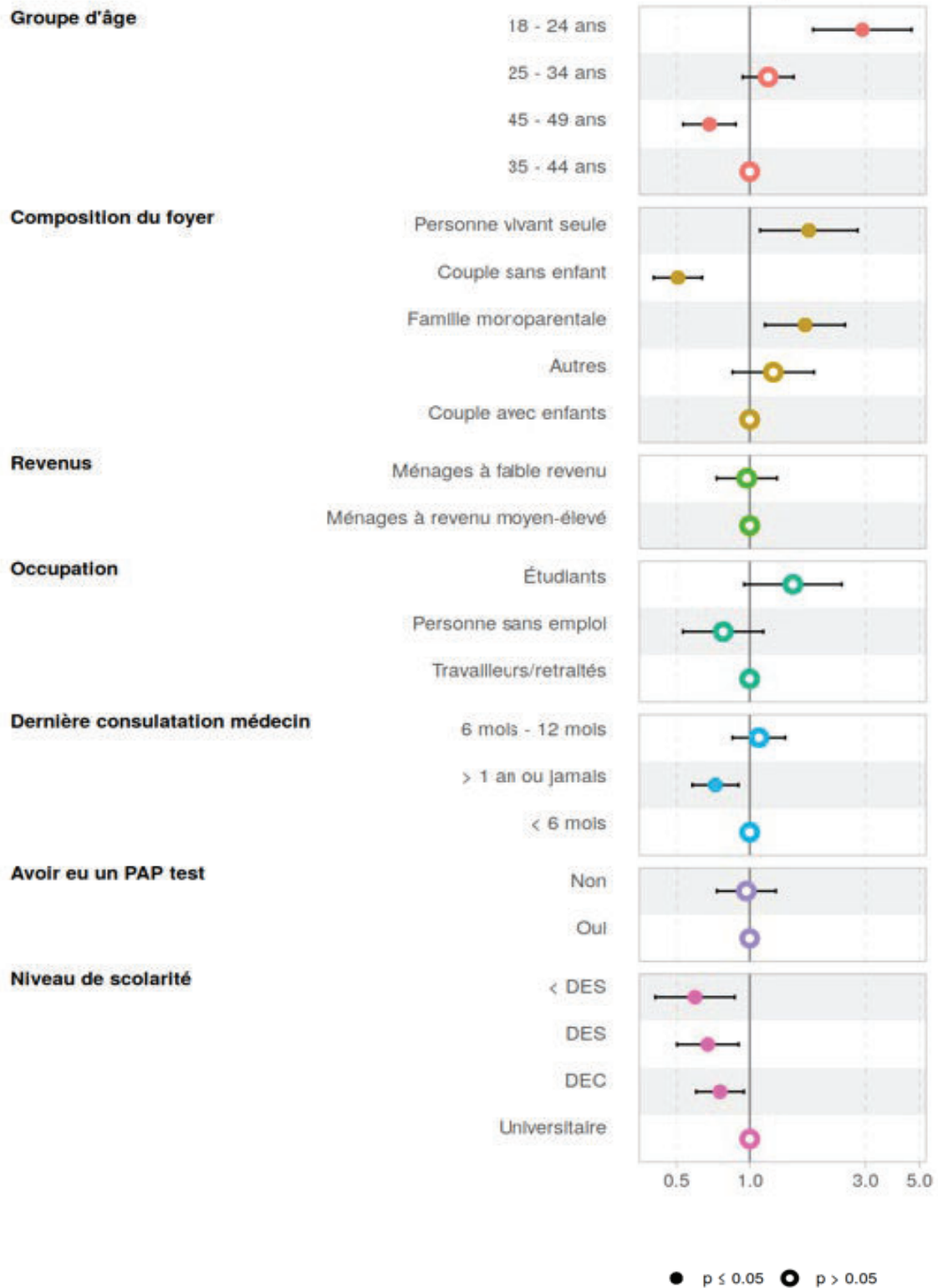
<i>Femmes nées au Canada</i>	<i>Utilisation contraception</i>		<i>Analyse univariée⁴²</i>				<i>Analyse multivariée⁴³</i>		
	Non N = 964 ¹	Oui N = 7 050 ¹	N	OR²	95% CI²	p-value	AOR²	95% CI²	p-value
<u>Revenus</u>			7 671			0.069			0.85
<i>Revenu moyen-élevé</i>	806 (84%)	5 437 (81%)		—	—		—	—	
<i>Faible revenu</i>	151 (16%)	1 278 (19%)		1.25	0.98, 1.59	0.069	0.97	0.73, 1.30	0.85
<u>Occupation</u>			7 488			<0.001			0.087
<i>Travailleurs/retraités</i>	788 (85%)	4 977 (76%)		—	—		—	—	
<i>Étudiants</i>	61 (6.6%)	1 235 (19%)		3.23	2.24, 4.67	<0.001	1.51	0.95, 2.40	0.084
<i>Personne sans emploi</i>	75 (8.1%)	353 (5.4%)		0.75	0.53, 1.06	0.10	0.78	0.53, 1.14	0.20
<u>Consultation</u>			7 650			0.001			0.004
<i>< 6 mois</i>	487 (51%)	3 693 (55%)		—	—		—	—	
<i>6 mois - 12 mois</i>	186 (19%)	1 508 (23%)		1.07	0.84, 1.36	0.59	1.09	0.85, 1.40	0.50
<i>> 1 an ou jamais</i>	281 (29%)	1 496 (22%)		0.70	0.57, 0.87	0.001	0.72	0.58, 0.90	0.004
<u>Avoir eu un PAP test</u>			7 650			0.12			0.82
<i>Oui</i>	845 (88%)	5 747 (86%)		—	—		—	—	
<i>Non</i>	112 (12%)	946 (14%)		1.24	0.95, 1.61	0.12	0.97	0.73, 1.28	0.82
<u>Niveau de scolarité</u>			7 633			0.025			0.011
<i>Universitaire</i>	298 (31%)	2 354 (35%)		—	—		—	—	
<i>< DES</i>	82 (8.6%)	399 (6.0%)		0.62	0.44, 0.86	0.004	0.60	0.41, 0.87	0.007
<i>DES</i>	185 (19%)	1 155 (17%)		0.79	0.61, 1.03	0.079	0.67	0.50, 0.90	0.008
<i>DEC</i>	387 (41%)	2 773 (42%)		0.91	0.73, 1.13	0.39	0.75	0.60, 0.95	0.015

¹ n (%)

² OR = rapport de cotes, AOR = rapport de cotes ajusté, CI = intervalle de confiance

Si l'on compare tout d'abord l'évolution des rapports de cotes selon que l'analyse est univariée ou multivariée, on observe que le lien entre l'usage de contraception et l'occupation est modulé par les autres variables comprises dans le modèle. En effet, ce facteur initialement corrélé dans l'analyse univariée n'est plus significativement lié à l'usage ou non d'une contraception, quand l'âge, la composition du foyer et le niveau de scolarité sont pris en compte (étape 2 de l'analyse de régression logistique, cf. tableau 3.1 en annexe).

Graphique illustrant les résultats de l'analyse multivariée – Québécoises nées au Canada



Si l'on place ensuite le focus sur les résultats de l'analyse multivariée, illustrés dans le graphique précédent, on constate que quatre variables sont significativement liées à l'utilisation ou non d'une contraception chez les femmes nées au Canada quand les autres variables du modèle sont prises en considération simultanément. Les principaux déterminants du recours à la contraception sont le groupe d'âge et la composition du foyer (p globale <0,001), suivis de la durée écoulée depuis la dernière consultation médicale (p globale <0,01) et du niveau de scolarité (p <0,01 pour niveaux égal ou inférieur au DES).

De manière plus spécifique, l'analyse réalisée met en évidence les points suivants :

- Relation entre l'usage de contraception et l'âge : Les femmes nées au Canada âgées de 18 à 24 ans ont une probabilité accrue (AOR= 2.91, CI : 1.82-4.64***)⁴⁴ d'avoir utilisé un moyen de contraception dans les 12 derniers mois, par rapport aux femmes de 35 à 44 ans. Par contre, les femmes de 45 à 49 ans sont moins susceptibles d'utiliser un moyen de contraception (AOR= 0.68, CI : 0.53-0.88**)⁴⁵ que les femmes de 35 à 44 ans. Il n'y a pas d'écart significatif entre les femmes de 25 à 34 et 35 à 44 ans. Le lien entre l'âge et l'usage ou non d'une contraception est similaire à celui observé par Black *et al.* (2009) dans une étude sur les pratiques contraceptives de femmes canadiennes.
- Relation entre l'usage de contraception et la composition du foyer : Les femmes née au Canada vivant seules sont plus susceptibles (AOR= 1.75, CI : 1.10, 2.78*), tout comme celles en famille monoparentale (AOR= 1.69, CI : 1.15, 2.47**), d'avoir fait usage d'un moyen de contraception dans la dernière année que les femmes vivant en couple avec enfants. Les femmes vivant en couple sans enfant sont par contre moins susceptibles (AOR= 0.51, CI : 0.40, 0.64***) de recourir à un moyen contraceptif qu'en vivant en couple avec enfants. Ces observations sont également conformes aux tendances généralement observées (Rivet *et al.*, 2021).
- Relation entre l'usage de contraception et le niveau de scolarité : Les femmes nées au Canada ayant complété une scolarité de niveau inférieur au DES, un DES ou un DEC ont moins de probabilité⁴⁶ d'avoir recours à la contraception dans les 12 derniers mois,

⁴⁴ Un rapport de cotes de 2,91 signifie que les femmes de 18 à 24 ans sont environ trois fois plus susceptibles d'utiliser une contraception que les femmes de 35 à 44 ans, dans un intervalle compris entre 182% et 464% de chances supplémentaires.

⁴⁵ Ce rapport de cotes signifie que les femmes de 45 à 49 ans ont 32% moins de chances (avec un intervalle de confiance compris entre 12% et 47% de chances en moins) d'utiliser un moyen de contraception.

⁴⁶ Pour le niveau < DES, le rapport de cotes est de 0.6 (CI : 0,41-0,87**) ; pour le niveau DES, il est de 0,67 (0,5-0,9**) et pour le niveau DEC il est de 0,75 (0,6-0,95*). En somme, moins le niveau de scolarité est élevé moins il y a de probabilité d'utiliser la contraception, lorsque les autres variables incluses dans le modèle (âge, composition du foyer, revenus...) sont contrôlées.

par rapport aux femmes ayant un diplôme universitaire. Ces résultats correspondent à ceux d'études antérieures (Black *et al.*, 2009).

- Relation entre l'usage de contraception et le fait d'avoir eu une consultation médicale récente : Les femmes ayant vu un médecin il y a plus d'une année sont moins susceptibles (AOR= 0.72, CI : 0.58, 0.90**) d'utiliser un moyen de contraception dans la dernière année que les femmes ayant vu un médecin dans les 6 derniers mois. À notre connaissance, il n'y a pas d'étude qui ait examiné les liens entre l'usage de contraception et le moment de la dernière consultation médicale.

Partant de ces constats pour la population des Québécoises nées au Canada, voyons à présent ce qu'il en est pour les néo-Québécoises.

3.2. Caractéristiques liées à l'usage ou non de la contraception pour les néo-Québécoises

Observons à présent les résultats de l'analyse réalisée avec le même modèle de régression (variables identiques), cette fois-ci avec la population des femmes immigrantes.

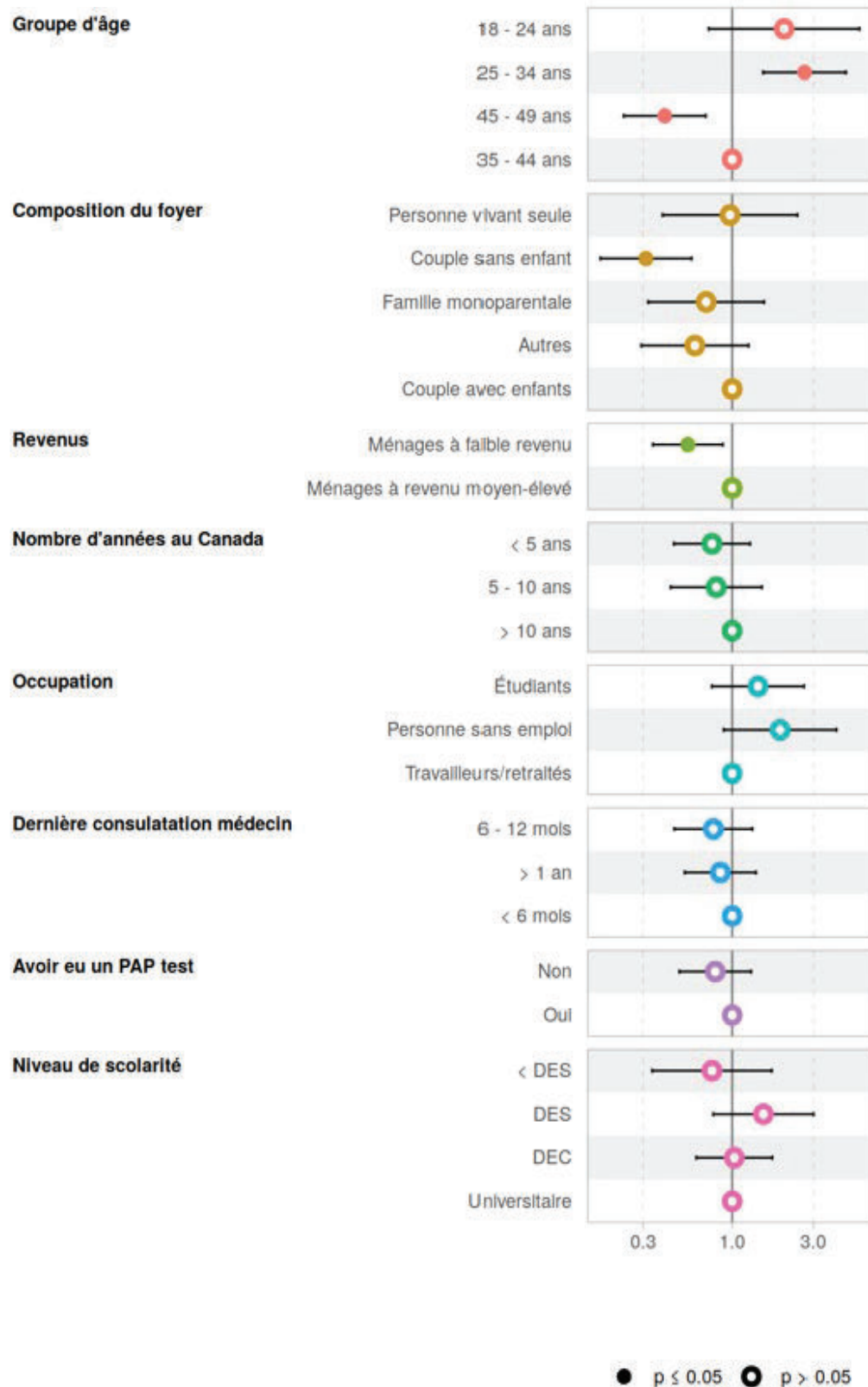
<i>Femmes immigrantes</i>	<i>Utilisation contraception</i>		<i>Analyse univariée</i>				<i>Analyse multivariée</i>		
	<i>Non, N = 308¹</i>	<i>Oui, N = 1 162¹</i>	<i>N</i>	<i>OR²</i>	<i>95% CI²</i>	<i>p-value</i>	<i>AOR²</i>	<i>95% CI²</i>	<i>p-value</i>
<u>Groupe d'âge</u>			1 457			<0.001			<0.001
35 - 44 ans	140 (45%)	454 (39%)		—	—		—	—	
18 - 24 ans	20 (6.4%)	130 (11%)		2.03	0.87, 4.75	0.10	2.01	0.73, 5.58	0.18
25 - 34 ans	65 (21%)	450 (39%)		2.14	1.31, 3.47	0.002	2.66	1.52, 4.64	<0.001
45 - 49 ans	83 (27%)	116 (10%)		0.43	0.26, 0.70	<0.001	0.40	0.23, 0.70	0.001
<u>Niveau de scolarité</u>			1 428			0.47			0.54
Universitaire	166 (56%)	611 (54%)		—	—		—	—	
< DES	28 (9.5%)	78 (6.9%)		0.75	0.37, 1.53	0.43	0.76	0.34, 1.71	0.51
DES	26 (8.8%)	144 (13%)		1.51	0.79, 2.87	0.21	1.52	0.77, 3.00	0.22
DEC	76 (26%)	299 (26%)		1.07	0.67, 1.70	0.78	1.03	0.61, 1.72	0.92
<u>Revenus</u>			1 456			0.11			0.013
Revenu moyen-élevé	169 (55%)	720 (63%)		—	—		—	—	
Faible revenu	138 (45%)	428 (37%)		0.73	0.49, 1.07	0.11	0.55	0.34, 0.88	0.013
<u>Occupation</u>			1 413			0.18			0.17
Travailleurs/retrait	227 (75%)	746 (67%)		—	—		—	—	
Étudiants	45 (15%)	249 (22%)		1.67	0.96, 2.90	0.068	1.42	0.76, 2.64	0.27
Personne sans emploi	30 (9.9%)	116 (10%)		1.18	0.62, 2.24	0.61	1.91	0.89, 4.09	0.10

<i>Femmes immigrantes</i>	<i>Utilisation contraception</i>		<i>Analyse univariée</i>				<i>Analyse multivariée</i>		
	Non, N = 308¹	Oui, N = 1,162¹	N	OR²	95% CI²	p- value	AO R²	95% CI²	p- value
<u>Composition du foyer</u>			1 453			0.13			0.005
<i>Couple avec enfants</i>	163 (53%)	688 (60%)		—	—		—	—	
<i>Personne vivant seule</i>	15 (4.8%)	86 (7.5%)		1.39	0.57, 3.43	0.47	0.97	0.39, 2.41	0.95
<i>Couple sans enfant</i>	64 (21%)	145 (13%)		0.54	0.32, 0.90	0.018	0.31	0.17, 0.58	<0.001
<i>Famille monoparentale</i>	33 (11%)	106 (9.2%)		0.75	0.38, 1.49	0.42	0.70	0.32, 1.54	0.38
<i>Autres</i>	31 (10%)	124 (11%)		0.94	0.49, 1.80	0.86	0.60	0.29, 1.25	0.17
<u>Consultation médecin</u>			1 448			0.51			0.60
<i>< 6 mois</i>	145 (47%)	605 (53%)		—	—		—	—	
<i>6 mois - 12 mois</i>	66 (21%)	216 (19%)		0.79	0.48, 1.29	0.34	0.77	0.46, 1.31	0.34
<i>> 1 an ou jamais</i>	96 (31%)	322 (28%)		0.81	0.52, 1.26	0.34	0.85	0.53, 1.38	0.51
<u>Avoir eu un PAP test</u>			1 438			0.85			0.35
<i>Oui</i>	224 (74%)	846 (75%)		—	—		—	—	
<i>Non</i>	80 (26%)	289 (25%)		0.96	0.62, 1.49	0.85	0.80	0.49, 1.29	0.35
<u>Nombre d'années au Canada</u>			1 457			0.98			0.56
<i>> 10 ans</i>	152 (49%)	563 (49%)		—	—		—	—	
<i>< 5 ans</i>	86 (28%)	314 (27%)		0.98	0.63, 1.54	0.94	0.76	0.45, 1.27	0.30
<i>5 - 10 ans</i>	70 (23%)	273 (24%)		1.04	0.64, 1.69	0.86	0.81	0.43, 1.50	0.49

¹ n (%)

² OR = rapport de cotes, AOR = rapport de cotes ajusté, CI = intervalle de confiance

Graphique illustrant les résultats de l'analyse multivariées – néo-Québécoises



Nous pouvons constater, en comparant les résultats des analyses univariée et multivariée que, chez les néo-Québécoises, le lien entre revenu et utilisation de la contraception est modulée par les autres variables du modèle : alors que le revenu n'était pas significativement corrélé à notre variable dépendante à l'étape de l'analyse univariée, le lien entre l'usage ou non d'une contraception et le revenu ($p = 0,013$) est mis en évidence par la prise en compte conjointe de l'âge, du niveau de scolarité et de l'occupation (1^e étape du modèle de régression logistique – cf. tableau 3.2 en annexe).

En ce qui concerne l'analyse multivariée, globalement, il appert que trois variables sont significativement liées à l'utilisation ou non d'une contraception : l'âge (p globale $< 0,001$), la composition du foyer (p globale $< 0,01$) et le revenu (p globale $< 0,05$). Nous retrouvons donc deux variables influentes en commun (âge et composition du foyer), par rapport aux résultats de l'analyse pour les Québécoises nées au Canada. Par contre, le niveau de scolarité et le fait d'avoir eu une consultation médicale récemment ne sont pas corrélés avec l'utilisation ou non d'une contraception pour les néo-Québécoises, que ce soit dans le cadre d'une analyse univariée ou multivariée.

En examinant de manière plus détaillée les résultats de l'analyse multivariée, les points suivants peuvent être relevés :

- Relation entre l'usage de contraception et l'âge : Les femmes immigrantes de 25 à 34 ans ont plus de probabilité (AOR= 2.66, CI : 1.52-4.64^{***})⁴⁷ d'avoir utilisé un moyen de contraception dans les 12 derniers mois que les femmes de 35 à 44 ans. À l'inverse, les femmes de 45 à 49 ans sont moins susceptibles d'utiliser un moyen de contraception (AOR= 0.40, CI : 0.23-0.70^{**})⁴⁸ dans les 12 derniers mois que les femmes de 35-44 ans. Par contre, les néo-Québécoises de 18 à 24 et 35 à 44 ans ne présentent pas de différence significative, peut-être en raison d'un faible effectif dans la tranche 18-24 ans.
- Relation entre l'usage de contraception et la composition du foyer : Les néo-Québécoises vivant en couple sans enfant sont moins susceptibles (AOR= 0.31, CI : 0.17, 0.58^{***}) de recourir à un moyen contraceptif que celles au sein d'un couple avec

⁴⁷ Un rapport de cotes de 2,91 signifie que les femmes de 18 à 24 ans sont environ trois fois plus susceptibles d'utiliser une contraception que les femmes de 35 à 44 ans, dans un intervalle compris entre 182% et 464% de chances supplémentaires.

⁴⁸ Ce rapport de chance signifie que les femmes de 45 à 49 ans ont 32% moins de chances (avec un intervalle de confiance compris entre 12% et 47% de chances en moins) d'utiliser un moyen de contraception.

enfants. Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les femmes vivant seules ou en famille monoparentale et celles vivant en couple avec enfants.

- Relation entre l'usage de contraception et le niveau de revenu : Les femmes immigrantes dans des ménages à faible revenu ont moins de chances (AOR= 0.55, CI : 0.34, 0.88*) d'utiliser un moyen de contraception que celles de ménages à revenu moyen-élevé. Ces observations sont similaires à celles réalisées au sujet des pratiques contraceptives des femmes immigrantes dans l'étude de Poncet *et al.* (2013), en France.
- Absence de relation entre l'usage de contraception et le niveau de scolarité : Nous n'observons pas de lien entre le niveau de scolarité et l'usage ou non d'une contraception, ce qui est un résultat surprenant compte tenu des liens généralement observés entre ces variables (Black *et al.*, 2009 ; Poncet *et al.*, 2013). Ceci suggère que cette corrélation est moins marquée dans le contexte d'un parcours migratoire, d'autres variables jouant un rôle plus déterminant.
- Absence de relation entre l'usage de contraception et le fait d'avoir eu une consultation médicale récente : Ici également il est étonnant que la relation précédemment observée chez les Québécoises nées au Canada (cf. section 3.1 de ce document) ne se retrouve pas chez les néo-Québécoises. Le fait d'avoir eu une consultation médicale assez récente ne semble donc pas favoriser l'usage d'une contraception, et ce, même au stade de l'analyse univariée pour cette variable.
- Absence de relation entre l'usage de contraception et le nombre d'années au Canada : Nous aurions pu nous attendre à ce que le nombre d'année depuis l'immigration au Canada soit lié à l'utilisation ou non d'une contraception, compte tenu de dynamiques d'acculturation conduisant à un meilleur accès au système de santé au fil des années passées dans le pays d'accueil (Zennia *et al.*, 2023⁴⁹), mais aussi à un rapprochement sur le plan de la fécondité (Street, 2009, 2015). Or ce n'est pas le cas : il n'y a pas de relation significative, que ce facteur soit pris isolément (analyse univariée) ou intégré au modèle de régression (analyse multivariée). On observe seulement une légère tendance des femmes arrivées il y a moins de 5 ans et de 5 à 10 ans à moins recourir à la contraception que les femmes arrivées il y a plus de 10 ans, quand on tient compte des effets de la variable de l'âge et de la composition du foyer.

⁴⁹ L'ensemble des documents liés à cette recherche peut être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Synthèse des caractéristiques liées à l'usage ou non de contraception pour chaque sous-groupe

- Les principaux facteurs associés à l'utilisation ou non d'une contraception sont l'âge et la composition du foyer, tant pour les néo-Québécoises que les Québécoises nées au Canada. Toutefois, des nuances sont observables au sein de chaque sous-groupe :
- Les femmes immigrantes de 25 à 34 ans utilisent davantage la contraception que celles âgées de 35 à 44 ans. Or, cet écart n'est pas observable chez les femmes nées au Canada. Ceci fait écho aux résultats présentés dans la section 2.2, où une décroissance plus nette de l'utilisation de contraception était observée chez les femmes immigrantes, après l'âge de 35 ans. Ainsi, ce constat se maintient lorsque la composition du foyer et le nombre d'années au Canada sont pris en compte.
- L'effet de la composition du foyer ne se traduit pas de la même manière dans les deux sous-groupes, car seules les néo-Québécoises en couple sans enfants diffèrent significativement de celles vivant en couple avec enfants, en recourant moins à la contraception. Pour les Québécoises nées au Canada, un écart existe entre les femmes au sein de couples avec enfants et celles vivant seules et en famille monoparentale, qui sont plus susceptibles d'utiliser une contraception. Les Québécoises nées au Canada au sein de couples sans enfants ont deux fois moins de chances d'utiliser une contraception (AOR = 0.51, CI : 0.40, 0.64) que celles au sein de couples avec enfants, tandis que ce rapport de cotes est de trois fois moins pour les néo-Québécoises (AOR = 0.31, CI : 0.17, 0.58). Un lien peut être établi avec la fécondité plus élevée des néo-Québécoises (Street, 2015).
- Par ailleurs, les analyses réalisées permettent de repérer des relations différentes entre certaines variables et l'utilisation d'une contraception ou pas, selon le statut d'immigration :
- Le niveau de scolarité est une variable fortement liée à l'utilisation d'une contraception pour les Québécoises nées au Canada : moins le niveau de scolarité est élevé, moins il est probable d'utiliser une contraception. Ce lien n'est pas observé chez les femmes immigrantes, alors qu'il est généralement documenté dans des recherches menées sur les pratiques contraceptives des femmes dans différents continents (Black *et al.*, 2009 ; Fassassi, 2007) : que ce soit au Canada. Ceci suggère que le parcours migratoire vient modérer l'effet de la variable du niveau de scolarité : ses effets semblent être contrebalancés par le parcours migratoire.

- Lorsque la dernière consultation médicale remonte à plus d'un an, la probabilité d'utiliser une contraception est réduite chez les femmes nées au Canada. Ce lien n'est pas par contre pas observable chez les femmes immigrantes.
- Pour les néo-Québécoises, le revenu est un déterminant de l'usage de la contraception : les femmes immigrantes de ménages à faible revenu sont moins susceptibles d'y recourir, comme observé en France (Poncet *et al.*, 2013). Ce lien n'est pas observable chez les femmes nées au Canada.
- Les résultats de la régression logistique menée avec la population des néo-Québécoises montrent que le nombre d'années passées au Canada n'est pas associé à l'usage ou non de la contraception. Cette absence de lien mérite d'être relevée, car on aurait pu s'attendre à observer une plus grande probabilité d'utilisation au fil des années écoulées depuis l'installation dans la société d'accueil, compte tenu des dynamiques d'acculturation observées dans différentes recherches (Zennia *et al.*, 2023⁵⁰).

⁵⁰ L'ensemble des documents liés à cette recherche peut être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

4. Moyen(s) de contraception utilisé(s)

Après avoir examiné les liens entre différentes variables et l'utilisation d'une contraception ou pas, en tenant compte du statut d'immigration, nous porterons à présent attention aux moyens utilisés par les femmes qui emploient au moins une méthode de contraception. Il s'agit ici d'analyser les stratégies (méthodes utilisées, en combinaison ou pas avec d'autres méthodes) des femmes utilisant une contraception, afin de déterminer si des écarts sont également observables selon le statut d'immigration.

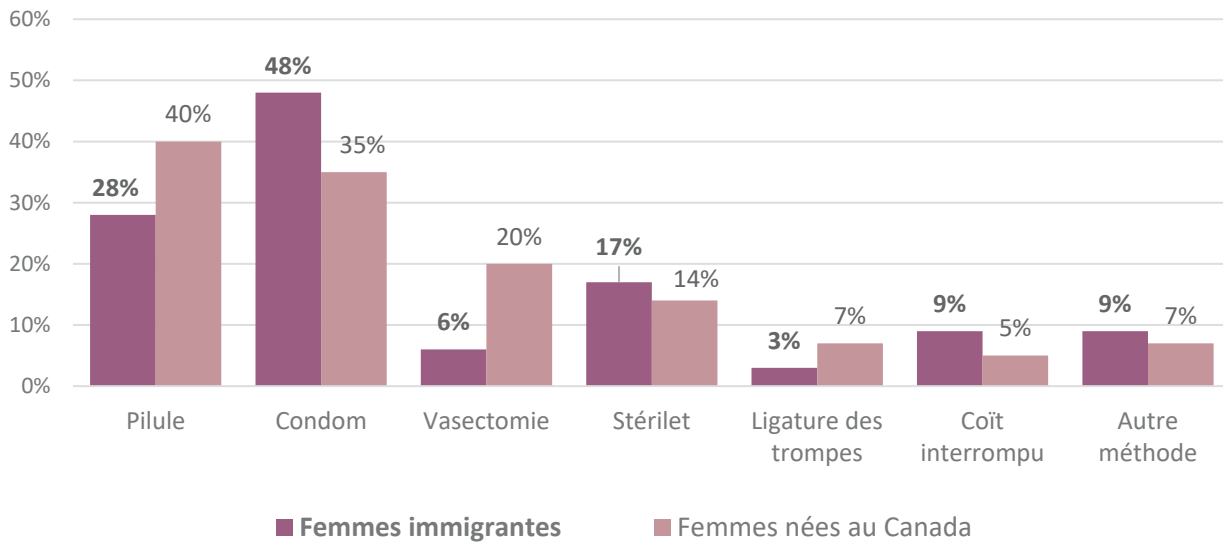
Tout d'abord, nous présenterons les données relatives aux taux d'utilisation des six moyens contraceptifs les plus utilisés, afin d'identifier d'éventuelles spécificités des néo-Québécoises, par rapport aux Québécoises nées au Canada.

Nous comparerons ensuite les femmes utilisant des méthodes médicalisées à celles dont les moyens de contraception n'impliquent pas de recourir au système de santé, pour examiner en quoi le statut d'immigration est lié à l'utilisation de méthodes médicalisées ou pas. La variable du revenu sera ensuite ajoutée à l'analyse.

Les méthodes de contraception utilisées seront ensuite croisées en tenant compte du niveau de scolarité pour affiner la compréhension de ce qui est relié à l'usage de tel ou tel moyen contraceptif.

Finalement, nous nous intéresserons au nombre de méthodes utilisées au cours de la dernière année, et examinerons quels sont les moyens employés par les femmes qui ont eu recours à deux méthodes dans les douze derniers mois.

4.1. Taux d'utilisation des principaux moyens contraceptifs selon le statut d'immigration



En premier lieu, on observe que les quatre méthodes les plus utilisées, pour l'ensemble de la population, sont la contraception orale (38 %), le condom (37 %), la vasectomie (18 %) et le stérilet (14 %) ⁵¹. Il est notable que la contraception orale est largement moins utilisée par les néo-Québécoises, par rapport aux femmes nées au Canada (28 % vs. 40 %, ce qui constitue une différence significative à $p < 0,001$ – cf. tableau 4.1 en annexe). Au contraire, le recours au condom est beaucoup plus fréquent chez les femmes immigrantes (48 % vs. 35 %, $p < 0,001$). L'écart existant au niveau de la vasectomie est très important également, puisque c'est une méthode mentionnée par 20 % des femmes nées au Canada contre 6 % des femmes immigrantes ($p < 0,001$). Les méthodes définitives sont davantage utilisées par les Québécoises nées au Canada, globalement, car la ligature des trompes aussi est plus souvent utilisée dans ce groupe (6 % vs. 3 %, $p < 0,001$).

⁵¹ Les catégories sont constituées à partir des réponses données à la question : « Au cours des 12 derniers mois, quel(s) moyen(s) de contraception vous et votre (vos) partenaire(s) avez utilisé habituellement ? » Nous reproduisons ici l'ensemble des catégories et la terminologie employés dans l'EQSP. NB : Celle-ci visait à une compréhension optimale des questions par la population enquêtée, mais nous utilisons dans nos commentaires le vocabulaire généralement privilégié dans les écrits scientifiques (en particulier, l'enquête parle de « pilule » mais nous utiliserons le terme contraception orale).

$p < 0,001$). Inversement, le coït interrompu, quoiqu'assez peu fréquemment utilisé, est un moyen que les néo-Québécoises ont plus de chances d'employer (9 % vs. 5 %, $p < 0,001$).

En somme, on observe des choix de moyens de contraception bien différenciés selon le statut d'immigration des femmes en âge de procréer. Afin de saisir plus finement les spécificités de ces deux sous-groupes, et au regard des différences précédemment observées quant à l'impact du niveau de scolarité sur les pratiques contraceptives, examinons les moyens utilisés en croisant cette variable avec le statut d'immigration et les moyens de contraception utilisés dans les 12 derniers mois.

Compte tenu des difficultés d'accès aux soins qui ont été repérées dans notre recension d'écrits ainsi que des recherches mettant en lumière que la contraception orale peut faire l'objet de plus grandes réserves chez les femmes immigrantes (Zennia *et al.*, 2023⁵²), il est utile d'examiner l'usage de contraception médicalisée dans les deux sous-groupes. Le tableau suivant permet de comparer les pratiques contraceptives selon le fait d'utiliser au moins une méthode de contraception féminine médicalisée⁵³, par rapport au recours à des moyens pouvant être obtenus sans passer par une consultation avec un·e professionnel·le de la santé habilité·e à prescrire une contraception médicalisée.

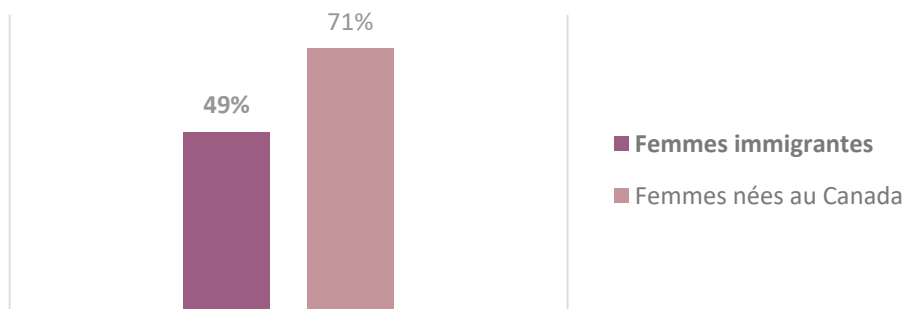
4.2. Utilisation ou non d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration

Un de nos objectifs de recherche consiste à examiner plus spécifiquement ce qu'il en est de l'accès à la contraception féminine médicalisée, qui est la plus favorable à l'autonomie procréative des femmes compte tenu de son efficacité supérieure et du fait que son utilisation ne dépend pas de la bonne volonté du partenaire. Nous avons donc regroupé les femmes ayant recours à ces méthodes (qu'elles soient combinées à d'autres moyens ou pas), par opposition à celles utilisant des moyens autres que la contraception orale, le stérilet ou la ligature des trompes.

⁵² L'ensemble des documents liés à cette recherche peut être récupéré en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

⁵³ Cette catégorie comprend les femmes dont la méthode est la contraception orale, le stérilet ou la ligature des trompes (en ayant utilisé ou pas d'autres moyens dans les 12 derniers mois), par opposition aux femmes utilisant un ou des moyens de contraception ne requérant pas l'accès à des soins de santé reproductive (condom, coït interrompu, autre méthode). Les femmes qui ont mentionné la vasectomie comme méthode contraceptive ont été exclues, pour cette analyse, car nous ne pouvons pas présumer que leurs partenaires ont eu un parcours migratoire : l'inclusion de cette catégorie aurait rendu l'interprétation des résultats plus complexes.

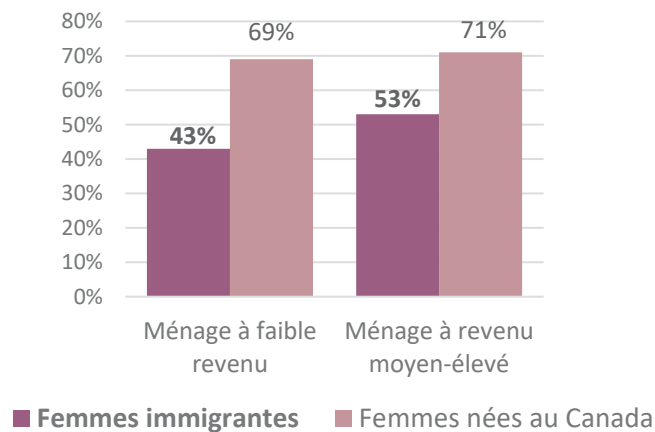
TAUX D'UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION FÉMININE MÉDICALISÉE



Les résultats observés ici sont très parlants car on constate un écart de 22 points entre les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada : 49 % des femmes ayant eu un parcours migratoire utilisent une contraception médicalisée, contre 71 % de celles qui sont nées en sol canadien ($p < 0,001$, cf. tableau 4.2 en annexe). Cet écart important résulte vraisemblablement de plusieurs facteurs. Les problématiques d'accès aux soins pour la population immigrante, qui sont bien documentées dans la littérature scientifique (Zennia *et al.*, 2023), jouent certainement un rôle, auxquelles peuvent s'ajouter un manque de connaissances en santé reproductive et des réticences à utiliser la contraception orale (Wiebe, 2013). Nous avons en effet constaté précédemment que celle-ci est beaucoup moins utilisée (cf. section 4.1, mettant en lumière 12 points d'écart). Un élément pouvant contribuer à expliquer la moindre utilisation de la contraception orale est, entre autres causes potentielles, que la population immigrante est moins souvent dotée d'un-e médecin de famille (Dubé-Linteau *et al.*, 2013). En l'absence de suivi médical régulier, la prescription d'une contraception peut être plus difficile à obtenir.

4.3. Taux d'utilisation d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration et les revenus

Les données ci-dessous font écho aux résultats des régressions logistiques présentées dans la 3^e section de ce document : les faibles revenus ont une plus forte incidence sur l'utilisation de la contraception, mais aussi sur le recours à la contraception féminine médicalisée chez les néo-Québécoises ($p < 0,001$, cf. tableau 4.3 en annexe).



En effet, on observe un moindre usage de la contraception féminine médicalisée chez les femmes immigrantes ayant un faible revenu, qui ont tendance à privilégier d’autres moyens de contraception. Les problèmes d’accès aux soins qui existent pour les personnes à faible revenu, tels que mis en évidence par Statistique Canada⁵⁴, pourraient contribuer à expliquer ces observations. Par ailleurs, le coût des méthodes contraceptives féminines médicalisées – qui sont plus onéreuses que le condom ou le coït interrompu, – peut également être une cause de leur moindre utilisation par les néo-Québécoises à faible revenu. Un autre facteur lié aux pratiques contraceptives est, selon la littérature disponible, le niveau d’éducation : est-il associé aux méthodes contraceptives utilisées par les femmes et module-t-il les pratiques selon le statut d’immigration ?

4.5. Moyens contraceptifs utilisés selon le niveau de scolarité et le statut d’immigration

Le tableau ci-après croise la variable du moyen contraceptif selon le niveau de scolarité, pour chacun des sous-groupes.

⁵⁴ <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201602/10/01-4949100-difficile-acces-aux-soins-de-sante-au-quebec.php#:~:text=L'acc%C3%A8s%20aux%20soins%20de%20sant%C3%A9%20est%20plus%20difficile%20pour,majorit%C3%A9%20des%20autres%20provinces%20canadiennes.>

<i>Moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) par les femmes de 25 à 49 ans⁵⁵ dans les 12 derniers mois</i>	< DES		DES		DEC		Universitaire	
	FI N =	FNC N =	FI N =	FNC N =	FI N =	FNC N =	FI N =	FNC N =
	116	698	176	1,461	378	3,168	783	2,656
Pilule								
Non	97 (83%)	402 (58%)	112 (65%)	907 (62%)	289 (77%)	2 054 (65%)	617 (79%)	1 803 (68%)
Oui	19 (17%)	291 (42%)	59 (35%)	551 (38%)	88 (23%)	1,109 (35%)	160 (21%)	852 (32%)
Condom								
Non	68 (58%)	404 (58%)	103 (60%)	981 (67%)	243 (65%)	2 268 (72%)	482 (62%)	1 840 (69%)
Oui	49 (42%)	289 (42%)	68 (40%)	476 (33%)	134 (35%)	895 (28%)	295 (38%)	814 (31%)
Vasectomie								
Non	110 (94%)	619 (89%)	164 (96%)	1 253 (86%)	351 (93%)	2 582 (82%)	747 (96%)	2 132 (80%)
Oui	7 (6%)	75 (11%)	7 (4%)	205 (14%)	25 (7%)	582 (18%)	29 (4%)	522 (20%)
Stérilet								
Non	104 (89%)	638 (92%)	155 (91%)	1 279 (88%)	325 (86%)	2 823 (89%)	665 (86%)	2 265 (85%)
Oui	12 (11%)	55 (8%)	16 (9%)	178 (12%)	51 (14%)	340 (11%)	112 (14%)	389 (15%)
Autre méthode⁵⁶								
Non	104 (89%)	569 (82%)	142 (83%)	1 184 (81%)	321 (85%)	2 589 (82%)	636 (82%)	2 313 (87%)
Oui	12 (11%)	125 (18%)	29 (17%)	274 (19%)	56 (15%)	574 (18%)	141 (18%)	341 (13%)

NB : Nous surlignons en bleu dans le tableau les méthodes où plus de 10 points d'écart sont observables entre FI et FNC, selon le niveau de scolarité. Les écarts significatifs entre statut d'immigration pour chaque combinaison de diplôme et moyen de contraception sont indiqués en caractères gras.

⁵⁵ Dans ces données, les femmes de moins de 25 ans ont été retirées de l'échantillon, compte tenu du fait que les diplômes universitaires ne peuvent être complétés avant un certain âge.

⁵⁶ Afin de ne pas avoir de cellule qui comprenne un effectif inférieur à 5, nous avons dû fusionner la ligature des trompes et le coït interrompu au sein de la catégorie « autre méthode ».

En ce qui concerne l'utilisation de la contraception orale tout d'abord, un écart de 25 points existe selon le statut d'immigration, pour les femmes ayant un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires : le taux d'utilisation de la contraception orale est de 17 % pour les FI, alors que ce taux est de 42 % pour les FNC. Les néo-Québécoises utilisent moins la contraception orale, quel que soit le niveau de scolarité, mais c'est pour les femmes les moins éduquées que l'écart est le plus notable.

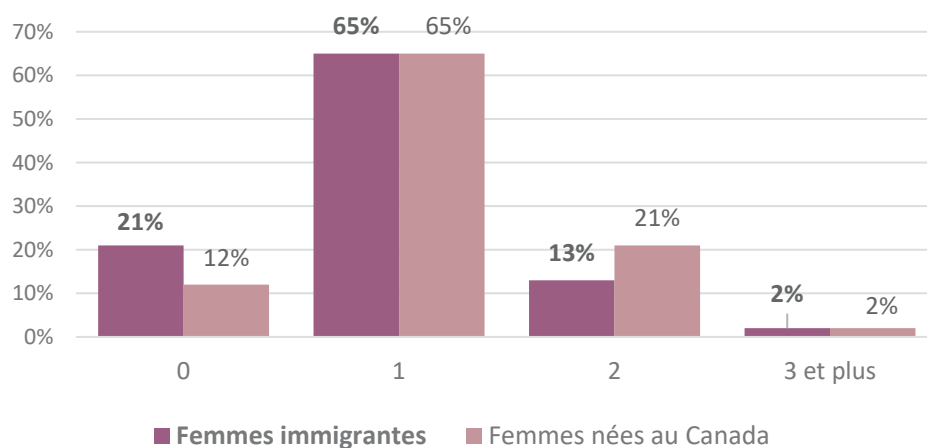
Au niveau de l'utilisation du condom, l'écart est par contre inexistant entre les deux sous-groupes pour les femmes n'ayant pas complété un DES (42 % pour les FI et les FNC). Pour les trois autres niveaux de scolarité, l'écart de 7 points est stable dans le recours plus fréquent au condom chez les femmes immigrantes.

La vasectomie est également une méthode contraceptive où des écarts de plus de 10 points se manifestent. Les néo-Québécoises prennent moins souvent appui sur cette méthode pour éviter des grossesses, de manière générale, mais plus les femmes sont diplômées plus l'écart se creuse, pour atteindre 16 points chez les femmes ayant obtenu un diplôme universitaire. Au niveau du stérilet, les écarts observés ne dépassent pas trois points alors il s'agit de différences assez mineures.

Compte tenu du fait que certaines femmes associent plusieurs méthodes contraceptives (par exemple la pilule et le condom, ou la méthode du calendrier avec le coït interrompu), examinons à présent ce qu'il en est du nombre de méthodes utilisées dans les 12 derniers mois.

4.6. Nombre de moyens de contraception utilisés au cours de la dernière année selon le statut d'immigration

Alors qu'une proportion similaire de femmes utilise une seule méthode contraceptive (65 %), dans les deux sous-groupes, les analyses montrent une différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant le fait d'avoir utilisé deux méthodes de contraception au cours des 12 derniers mois : les Québécoises nées au Canada sont en effet plus susceptibles d'avoir utilisé deux méthodes dans la dernière année (21 % pour les FNC, vs. 13 % pour les FI).



Observons à présent quelles sont les méthodes les plus fréquemment utilisées chez ces femmes.

4.7. Moyens de contraception des femmes ayant utilisé deux moyens dans les 12 derniers mois

	FI N = 188	FNC N = 1,692	Total N = 1,880	p- value
Moyens de contraception utilisés				0.7
Condom + Pilule contraceptive	101 (64%)	924 (69%)	1 025 (69%)	
Condom + stérilet	16 (10%)	157 (12%)	173 (12%)	
Condom + autre méthode	19 (12%)	116 (8.7%)	135 (9.1%)	
Condom + coït interrompu	11 (7.2%)	82 (6.2%)	94 (6.3%)	
Pilule contraceptive + coït interrompu	9 (6.0%)	51 (3.8%)	61 (4.1%)	

En premier lieu, il est notable qu'il n'y a pas de différence significative au niveau des moyens utilisés par les femmes ayant recouru à deux moyens dans les 12 derniers mois :

les méthodes utilisées par les femmes immigrantes et nées au Canada sont assez similaires, dans ce contexte de recours à deux moyens contraceptifs.

En second lieu, lorsque deux moyens de contraception ont été utilisés au cours des 12 derniers mois, il s'agit généralement de l'usage du condom et de la pilule (69 %), et ensuite du condom avec le stérilet (12 %). Ensuite, viennent le condom associé à d'autres méthodes (qui incluent entre autres la méthode du calendrier) et au coït interrompu. Finalement, la contraception orale est parfois associée au coït interrompu (4 %).

Il y a lieu de préciser que les items du questionnaire ne permettent pas de savoir si l'usage des deux moyens de contraception a été simultané ou successif (en cas de changement de méthode au cours de l'année), ce qui complexifie l'interprétation de ces résultats. De plus, ceux-ci peuvent traduire la volonté de prévenir la transmission d'infections transmissibles sexuellement parallèlement à une visée contraceptive, ou le but d'éviter de possibles échecs contraceptifs, ou encore le fait d'adopter des pratiques variables selon les partenaires. Nos observations peuvent cependant être rapportées à celles réalisées dans le cadre de deux études menées au Québec, auprès d'étudiantes : celles-ci mettaient en évidence qu'une participante sur cinq faisait un usage simultané de la pilule et du condom (Lévesque *et al.*, 2017).

Synthèse de la comparaison entre femmes immigrantes et nées au Canada concernant les moyens contraceptifs utilisés

→ Tout d'abord, des stratégies contraceptives distinctes sont adoptées par les néo-Québécoises et les Québécoises nées au Canada :

- Les femmes immigrantes utilisent le condom en premier lieu (48 %), tandis que celles qui sont nées au Canada privilégient la contraception orale (40%). Nos constats sont similaires aux observations réalisées par Wiebe (2013) en Colombie-Britannique.
- Les Québécoises nées au Canada recourent plus souvent aux méthodes de contraception définitives que les néo-Québécoises (vasectomie : 20 % vs. 6 % ; ligature des trompes : 7 % vs. 3 %).
- Il n'y a pas de différence significative au niveau de l'utilisation du stérilet (14 % FNC vs. 17 % FI).
- Les Québécoises nées au Canada ont plus fréquemment utilisé deux méthodes au cours des 12 derniers mois (21 % vs. 12 %), en ayant eu recours à la contraception orale et au condom dans 69 % des cas.

→ Des différences importantes sont observables au niveau de l'utilisation de la contraception féminine médicalisée (contraception orale, stérilet ou ligature des trompes) :

- 49 % des femmes ayant eu un parcours migratoire utilisent une contraception médicalisée, contre 71 % de celles qui sont nées en sol canadien, ce qui représente un écart majeur de 22 points.
- Les femmes immigrantes ayant un faible revenu sont significativement moins susceptibles d'utiliser une contraception médicalisée (43% vs. 53% pour FI ayant des revenus moyens ou élevés). Cet écart n'est que de 2 points chez les femmes nées au Canada (69% vs. 71%). Les néo-Québécoises économiquement défavorisées se dirigent donc plus souvent vers des méthodes non médicalisées (condom, coït interrompu ou autre méthode).
- Les causes des écarts observés au niveau des pratiques contraceptives sont probablement multiples, en se cumulant pour produire cette asymétrie dans

l'usage des méthodes de contraception féminine médicalisée. Les problématiques d'accès au système de santé, largement documentées pour la population immigrante du Québec et du Canada (Zennia *et al.*, 2023⁵⁷), ainsi que le manque d'information et les réticences à recourir à la contraception orale tels qu'observés dans d'autres provinces du Canada (Newbold et Willinsky, 2009 ; Wiebe *et al.*, 2006 ; Wiebe, 2013), pourraient être des facteurs explicatifs.

→ Le niveau de scolarité entre en interaction avec le statut d'immigration au niveau des moyens contraceptifs utilisés :

- Les néo-Québécoises utilisent moins la contraception orale, quel que soit leur niveau de scolarité, mais c'est pour les femmes les moins éduquées que l'écart est le plus notable (17 % FI vs. 42 % FNC chez les femmes n'ayant pas complété le niveau DES).
- Au niveau de la vasectomie, également, le niveau de scolarité s'avère déterminant : plus les femmes sont diplômées plus l'écart se creuse, pour atteindre 16 points chez les femmes ayant obtenu un diplôme universitaire (4 % FI vs. 20 % FNC).
- Nous avons précédemment observé que les femmes immigrantes ont souvent un niveau de scolarité plus élevé. Ainsi, les écarts entre les deux sous-groupe concernant les moyens contraceptifs utilisés sont atténués par la surreprésentation des néo-Québécoises dans les femmes possédant un diplôme universitaire.

⁵⁷ Ce chapitre ainsi que l'ensemble des documents issus de cette recherche (résultats de la phase quantitative, discussion d'ensemble des résultats, balado et fiches-synthèse présentant les principales conclusions) peuvent être récupérés en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

Principaux constats issus de l'analyse secondaire de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*

En conclusion de ce chapitre, nous allons résumer les principaux constats ayant émergé au fil des sections qui le composent, et qui mettent en évidence différentes spécificités des néo-Québécoises par rapport aux Québécoises nées au Canada.

1. Des différences notables dans les pratiques contraceptives

- Les néo-Québécoises sont plus nombreuses à ne pas utiliser de contraception (21 % des femmes immigrantes vs. 12 % des femmes nées au Canada), quels que soient les moyens utilisés pour éviter des grossesses (cf. section 2.1).
 - Parmi celles qui utilisent une contraception, elles sont beaucoup moins nombreuses à utiliser une contraception féminine médicalisée⁵⁸ (49 % des femmes immigrantes vs. 71 % des femmes nées au Canada, cf. section 4.2). Or, il s'agit des méthodes les plus favorables à l'autonomie procréative des femmes, compte tenu de leur efficacité et du fait que leur utilisation est moins tributaire des partenaires, par rapport au condom, à la vasectomie ou au coït interrompu. Cet écart peut s'expliquer par les problématiques d'accès au système de santé existant pour la population immigrante, mais aussi par le manque de connaissance en santé reproductive ou par des réticences à l'utilisation de méthodes médicalisées.
- L'utilisation de la contraception orale est notablement moindre chez les néo-Québécoises (cf. section 4.1), ce qui rejoint les observations réalisées

⁵⁸ Contraception orale, stérilet ou ligature des trompes.

en Colombie-Britannique par Wiebe *et al.* (2013) et par Rotermann *et al.* (2015) au niveau pancanadien.

- On observe une sous-utilisation de la vasectomie chez les néo-Québécoises, par rapport aux Québécoises nées au Canada (cf. section 4.1).

Ces différentes observations permettent de conclure que le statut d'immigration (être née au Canada vs. être née à l'étranger) est un facteur déterminant au niveau des pratiques contraceptives des femmes.

2. Des similitudes et des différences au niveau des caractéristiques corrélées aux pratiques contraceptives

Tout au long de la présentation des résultats, nous avons examiné les liens existants entre diverses variables et l'utilisation de la contraception ou pas, et sur les moyens contraceptifs employés. Nous avons pu constater que certaines de ces variables ont une association spécifique selon le statut d'immigration :

- Le niveau de revenu est significativement relié aux pratiques contraceptives des néo-Québécoises :
 - Les femmes immigrantes ayant un faible revenu sont moins susceptibles d'utiliser une contraception que celles ayant un revenu moyen ou élevé, même lorsque les variables sociodémographiques du niveau de scolarité et de l'occupation sont prises en compte (cf. section 3.2). Ceci n'est pas observable pour les femmes nées au Canada (cf. section 3.1).
 - Le revenu est également corrélé au type de méthode contraceptive utilisé par les femmes immigrantes : le recours à la contraception médicalisée est moins fréquent chez les néo-Québécoises à faible revenu (cf. section 4.3).
- L'âge est un déterminant majeur pour l'ensemble des femmes, mais il se traduit différemment selon le statut d'immigration :
 - Les néo-Québécoises de 25 à 34 ans ont plus de chances d'utiliser une contraception que celles de 35 à 44 ans. Les femmes immigrantes de 45 à 49 ans sont par contre moins susceptibles d'avoir recours à un moyen

contraceptif, par rapport à la période de référence de 35 à 44 ans (cf. section 3.2).

- Pour les Québécoises nées au Canada, ce sont les femmes de 18 à 24 ans qui ont plus de chances d'utiliser une contraception que celles de 35 à 44 ans. Les femmes de 45 à 49 ans nées au Canada sont également moins susceptibles de faire usage d'un moyen contraceptif (cf. section 3.1).

→ La composition du foyer est déterminante pour toutes, mais ici aussi des nuances sont observables selon le statut d'immigration (cf. sections 3.1 et 3.2):

- Pour les Québécoises nées au Canada et les néo-Québécoises, les femmes de couples sans enfants sont moins susceptibles d'avoir recours à un moyen contraceptif par rapport à celles au sein de couples avec enfants.
- Les Québécoises nées au Canada qui vivent seules ou en famille monoparentale ont par contre plus de chances d'utiliser une contraception. Ceci n'est pas observé chez les néo-Québécoises.

→ Les liens entre le niveau de scolarité et les pratiques contraceptives varient selon le statut d'immigration :

- Pour les femmes immigrantes, le niveau de scolarité n'est pas lié à l'utilisation d'une contraception ou pas – et ce, même si l'on tient compte d'autres variables sociodémographiques telles que l'âge, le revenu et l'occupation (cf. section 3.2). Le niveau de scolarité est par contre associé à l'usage d'un moyen contraceptif pour les femmes nées au Canada (cf. section 3.1), tel qu'observé dans d'autres recherches (Black *et al.*, 2013 ; Rivest *et al.*, 2015). Ceci tend à montrer que le fait d'avoir eu un parcours migratoire est un facteur prépondérant par rapport au niveau de scolarité, qui est habituellement déterminant.
- Les méthodes contraceptives utilisées varient selon le niveau de scolarité dans les deux sous-populations (cf. section 4.4). Chez les néo-Québécoises, la sous-utilisation de la contraception orale par rapport aux Québécoises nées au Canada est particulièrement élevée pour les femmes n'ayant pas complété le niveau DES (25 points d'écart). Chez les Québécoises nées au Canada, le recours à la vasectomie augmente d'autant plus que le niveau de scolarité est élevé, alors que ce taux reste relativement stable quel que soit le nombre d'années d'études réalisées par les néo-Québécoises.

- Le fait d'avoir eu une consultation médicale il y a moins de 6 mois, pour les néo-Québécoises, n'est pas relié à l'utilisation ou non de la contraception :
- Tandis que les Québécoises nées au Canada qui ont vu une ou un médecin il y a plus d'un an sont moins susceptibles d'utiliser une contraception que celles dont la rencontre date de moins de 6 mois (cf. section 3.1), ce n'est pas le cas pour les femmes immigrantes (cf. section 3.2). Il serait utile de mieux comprendre ce phénomène.

L'ensemble de ces observations amène à conclure qu'il est utile de prendre en compte le statut d'immigration pour comprendre les pratiques contraceptives des femmes, sur le plan de la recherche, mais aussi pour intervenir auprès des néo-Québécoises. La discussion de ces résultats, qui seront mis en rapport avec les constats issus de la phase qualitative menée au préalable, est réalisée dans le dernier chapitre de ce rapport de recherche (Gonin *et al.*, 2023b⁵⁹).

⁵⁹ Ce chapitre ainsi que l'ensemble des documents issus de cette recherche (recension des écrits, résultats des phases qualitative et quantitative, balado et fiches-synthèse présentant les principales conclusions) peuvent être récupérés en suivant ce lien : <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>.

Bibliographie

Baulne, J., et R. Courtemanche (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015. Comparabilité des données de la deuxième édition de l'enquête* [Rapport]. Institut de la statistique du Québec. www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/eqsp2014-2015-comparabilite.pdf

Black, A., Yang, Q., Wen, S. W., Lalonde, A. B., Guilbert, E., et Fisher, W. (2009). Contraceptive use among canadian women of reproductive age: results of a national survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(7), 627–640. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34242-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34242-6)

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

Cadario, R., Butori, R. et Parguel, B.. (2020). *Méthode expérimentale : analyses de modération et médiation*. De Boeck Supérieur.

Cornillon P.-A., Hengartner, N., Matzner-Løber É., et Rouvière, L. (2019). *Régression avec R* (2e éd.). EDP sciences.

Daniels, K., et Abma, J. C. (2020). Current Contraceptive Status Among Women Aged 15-49: United States, 2017-2019. *NCHS data brief*, (388), 1–8.

Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 1(1), 35–41.

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

Fassassi, R. (2007). *Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle* [Rapport]. Centre population et développement ; Groupe international de partenaires population-santé. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-07/010039688.pdf

Gauthier, M.-A. (2014, juin). Portrait de la scolarité des immigrants du Québec à partir de l'Enquête nationale auprès des ménages. *Données sociodémographiques en bref de l'Institut de la statistique du Québec*, 18(3), 1-7. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-de-la-scolarite-des-immigrants-du-quebec-a-partir-de-lenquete-nationale-aupres-des-menages.pdf>

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

Barrières et leviers d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire [Rapport, SAC-UQAM].
<https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

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

Gonin, A., Pronovost, V. et Blais, M. (2014). *Enjeux éthiques de l'intervention auprès de femmes vivant une grossesse imprévue au Québec : discours et pratiques de ressources anti-choix et pro-choix* [Rapport, SAC-UQAM].
https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=97875

He, K., Dalton, V. K., Zochowski, M. K., et Hall, K. S. (2017). Women's Contraceptive Preference-Use Mismatch. *Journal of women's health* (2002), 26(6), 692–701. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5807>

Homsy, M. et Scarfone, S. (2016). *Plus diplômés, mais sans emploi. Comparer Montréal : le paradoxe de l'immigration montréalaise* [Rapport]. Institut du Québec. <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2021/02/201612-IDQ-Plusdiplomes.pdf>

Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3e ed.). Wiley.

Institut de la statistique du Québec en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2016). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique). Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* [Rapport]. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/guide-specifique-des-aspects-methodologiques-des-donnees-denquetes-sociosanitaires-eqsp-2014-2015.pdf>

Langevin, L. (2020). *Le droit à l'autonomie procréative des femmes : entre liberté et contrainte*. Éditions Yvon Blais.

Lévesque, S., Mathieu-C., S., Guilbert, É., Lambert, G., Beaulieu Prévost, D., Blais, M., Boislard, M.-A. et Lévy, J. (2017). Connaissances et utilisation des méthodes contraceptives et de la contraception d'urgence par les étudiantes québécoises de niveau collégial et universitaire : résultats de deux enquêtes complémentaires. *Service social*, 63(2), 50–70. <https://doi.org/10.7202/1046499ar>

Machado, S., Wiedmeyer, M.-ling, Watt, S., Servin, A. E., & Goldenberg, S. (2021). Determinants and inequities in sexual and reproductive health (srh) care access among im/migrant women in canada: findings of a comprehensive review (2008–2018). *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(1), 256–299. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w>

Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (2019). *Recueil de statistiques sur l'immigration* au Québec.

http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/BRO_RecueilStat_PlanificationImmigration.pdf

Poncet, L. C., Huang, N., Rei, W., Lin, Y. C. et Chen, C. Y. (2013). Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*, 18 (6), 468-79. <https://doi.org/10.3109/13625187.2013.835394>.

Rasclé, N. et Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 64, 97-118. <https://doi.org/10.3917/th.642.0097>

Rivet, D., Robinson, H., Sydora, B. C., et Ross, S. (2021). Contraception Use and Attitudes Among Women Seeking Pregnancy Termination: Descriptive Cross-Sectional Survey. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 43(2), 197-203.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.023>

Rotermann, M., Dunn, S., et Black, A. (2015). Oral contraceptive use among women aged 15 to 49: Results from the Canadian Health Measures Survey. *Health reports*, 26(10), 21-28.

Ryan ... (2015). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-002-x/2015001/article/14147-fra.htm>

Statistique Canada (2019). Tableau 13-10-0382-01 : Population n'ayant pas utilisé de contraception parmi la population sexuellement active ne tentant pas de concevoir, selon le sexe et autres caractéristiques. <https://doi.org/10.25318/1310038201-fra>

Statistique Canada (2020). Comportements sexuels et utilisation du condom et d'autres méthodes de contraception chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans au Canada [Rapport]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020009/article/00001/tbl/tbl04-fra.htm>

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

Street, M. C. (2015). *La relation entre la migration et la fécondité chez des immigrantes de première génération au Québec*. Thèse de doctorat, Montréal, Institut national de la recherche scientifique - Centre Urbanisation Culture Société, Département de démographie.

Street, M.-C. (2019). État de santé, habitudes de vie et comportements préventifs chez les immigrants au Québec: que nous disent les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008 et de 2014-2015? *Zoom santé*, [En ligne], 65, 1-16. www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-65.pdf

Wiebe, E. (2013). Contraceptive practices and attitudes among immigrant and non immigrant women in Canada. *Canadian Family Physician*, 59(10), 455.

Zennia, S., Gonin, A., Lespérance, P. et Centre de santé des femmes de Montréal (2023) Femmes immigrantes et accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative : Une recension d'écrits internationale sur l'accessibilité de la contraception. Dans Gonin, A., Lévesque, S., CSFM, Zennia, S. et Lespérance, P. (Dir.), *Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : Barrières et leviers*

d'accès aux ressources favorisant l'autonomie procréative des femmes ayant eu un parcours migratoire [Rapport, SAC-UQAM]. <https://www.cremis.ca/publications/dossiers/contraception-et-immigration-au-quebec/>

Zhang Z. (2016). Model building strategy for logistic regression: purposeful selection. *Annals of translational medicine*, 4(6), 111. <https://doi.org/10.21037/atm.2016.02.15>

Annexes : Tableaux de données

➔ Annexe 1 – Tableaux de données concernant les caractéristiques des femmes immigrantes

Tableau 1.1 - Proportion de femmes immigrantes dans la population étudiée

<i>Statut d'immigration</i>	N = 9,511 ¹
Immigrante (FI)	1,482 (16%)
Née au Canada (FNC)	8,029 (84%)

Tableau 1.2 - Nombres d'années passées au Canada par les femmes immigrantes vivant au Québec

<i>Nombre d'années passées au Canada</i>	N = 1,482
< 5 ans	345 (23%)
5-10 ans	403 (27%)
> 10 ans	734 (50%)

Tableau 1.3 - Proportion de femmes immigrantes dans la population étudiée

	Femmes immigrantes (FI) N = 1,482 ¹	Femmes nées au Canada (FNC) N = 8,029 ¹	Total N = 9,511 ¹	p-value ²
<i>Groupe d'âge</i>				<0.001
15-19	37 (2.5%)	703 (8.8%)	740 (7.8%)	
20-24	125 (8.4%)	1,238 (15%)	1,362 (14%)	
25-34	518 (35%)	2,388 (31%)	2,906 (32%)	
35-44	601 (41%)	2,485 (32%)	3,086 (34%)	
45-49	201 (14%)	1,215 (15%)	1,416 (15%)	
¹ n (%)				
² chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction				

Tableau 1.4 - Niveau de scolarité des femmes de 25 ans et plus selon le statut d’immigration

	FI N = 1,320	FNC N = 6,088	Total N = 7,408	p-value ¹
<i>Niveau de scolarité des femmes de 25 ans et plus⁶⁰</i>				<0.001
< DES	88 (6.8%)	367 (6.1%)	455 (6.2%)	
DES	129 (9.9%)	890 (15%)	1,018 (14%)	
DEC	325 (25%)	2,365 (39%)	2,690 (37%)	
Universitaire	752 (58%)	2,430 (40%)	3,182 (43%)	
Sans réponse	26	36	62	
¹ chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction				

⁶⁰ Compte tenu des différences existant dans la pyramide des âges des FI et FNC et du fait qu'un diplôme universitaire ne peut être obtenu qu'après un certain âge, les femmes de moins de 25 ans ont été retirées de l'échantillon pour réaliser cette comparaison.

Tableau 1.5 - Niveau de revenu selon le statut d’immigration

	FI	FNC	Total	p-value ¹
	N = 1,482	N = 8,029	N = 9,511	
<i>Type de ménage</i>				<0.001
Ménages à faible revenu	568 (38%)	1,546 (19%)	2,114 (22%)	
Ménages à revenu moyen-élevé	912 (62%)	6,480 (81%)	7,392 (78%)	
Sans réponse	2	2	4	
¹ chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction				

Tableau 1.6 - Taux d’emploi selon le statut d’immigration

	FI, N = 1,482	FNC, N = 8,029	Total, N = 9,511	p-value
<i>Occupe un emploi</i>				<0.001
Non	481 (33%)	1,263 (16%)	1,743 (18%)	
Oui	996 (67%)	6,759 (84%)	7,755 (82%)	
Sans réponse	5	7	12	

Tableau 1.7 - Composition du foyer selon le statut d’immigration

	FI N = 1,482	FNC N = 8,029	Total N = 9,511	p-value ¹
<i>Composition du foyer</i>				0.4
Personne vivant seule	100 (6.8%)	580 (7.2%)	680 (7.2%)	
Couple sans enfant	209 (14%)	1,264 (16%)	1,472 (16%)	
Couple avec enfants	869 (59%)	4,371 (55%)	5,241 (55%)	
Famille monoparentale	142 (9.6%)	884 (11%)	1,026 (11%)	
Autres	157 (11%)	906 (11%)	1,063 (11%)	
Sans réponse	4	24	28	
¹ chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction				

➔ Annexe 2– Tableaux de comparaison de l’utilisation de la contraception selon le statut d’immigration

Tableau 2.1 - Utilisation de la contraception selon le statut d'immigration

<i>Utilisation d'au moins un moyen de contraception au cours des 12 derniers mois</i> ⁶¹		FI	FNC	Total	p-value
Non	Non	308 (21%)	964 (12%)	1,272 (13%)	<0,001
	Oui	1,162 (79%)	7,050 (88%)	8,212 (87%)	
	Sans réponse	12	15	27	

Tableau 2.2 - Utilisation de la contraception selon l’âge et le statut d'immigration

<i>Utilisation d'au moins un moyen de contraception</i>	15-24 ans			25-34 ans			35-44 ans			45-49 ans		
	FI	FNC		FI	FNC		FI	FNC		FI	FNC	
	N = 150	N = 1,599	N = 518	N = 2,388	N = 601	N = 2,485	N = 201	N = 1,215				
Non	20 (12%)	80 (4.1%)	65 (13%)	294 (12%)	140 (24%)	347 (14%)	83 (42%)	242 (20%)				
Oui	142 (88%)	1,858 (96%)	450 (87%)	2,093 (88%)	454 (76%)	2,136 (86%)	116 (58%)	964 (80%)				
Sans réponse	0	3	3	2	7	2	2	9				
<i>p</i>	<0,001	<0,001	NS	NS	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				

⁶¹ La catégorie « non » est constituée à partir de le réponse « aucune méthode » à cet item de l'enquête : « Au cours des 12 derniers mois, quel(s) moyen(s) de contraception vous et votre (vos) partenaire(s) avez utilisé habituellement ? ».

Tableau 2.3 - Utilisation de la contraception selon le niveau de scolarité et le statut d'immigration

	< DES		DES		DEC		Universitaire	
	FI N = 88	FNC N = 364	FI N = 129	FNC N = 890	FI N = 325	FNC N = 2,360	FI N = 752	FNC N = 2,430
<i>Utilisation contraception</i>								
Non	18 (21%)	67 (18%)	21 (17%)	164 (19%)	76 (24%)	354 (15%)	162 (22%)	292 (12%)
Oui	70 (79%)	297 (82%)	103 (83%)	724 (81%)	247 (76%)	2,006 (85%)	584 (78%)	2,136 (88%)
Sans réponse	0	0	5	2	2	3	6	2
Test proportion	$p < 0,01$		ns		$p < 0,001$		$p < 0,001$	

Tableau 2.4 - Utilisation de la contraception selon la dernière consultation médicale et le statut d'immigration

	Moins de 6 mois		6 mois à moins d'1 an		1 an à moins de 2 ans		2 ans à moins de 5 ans		5 ans et plus	
	FI	FNC	FI	FNC	FI	FNC	FI	FNC	FI	FNC
<i>Utilisation contraception</i>	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =	N =
	766	4,394	287	1,772	219	1,029	102	525	27	283
Non	145 (19%)	489 (11%)	66 (23%)	186 (11%)	45 (21%)	142 (14%)	23 (23%)	98 (19%)	27 (28%)	44 (16%)
Oui	610 (81%)	3,898 (89%)	221 (77%)	1,584 (89%)	173 (79%)	884 (86%)	79 (77%)	427 (81%)	72 (72%)	235 (84%)
Sans réponse	11	7	0	2	1	3	0	0	0	4
Test proportion	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,05$		ns		$p < 0,05$	

➔ Annexe 3 – Régressions logistiques

Tableau 3.1. Analyse univariée et étapes de la régression logistique pour le sous-groupe des Québécoises nées au Canada

Caractéristique	Univariée			Étape 1			Étape 2			Étape 3		
	N	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF _i	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF _F ¹
<u>Avoir eu un PAP test</u>	7,650			0.12							0.8	1.1
<i>Oui</i>	—	—	—						—	—		
<i>Non</i>		1.24	0.95, 1.61	0.12					0.97	0.73, 1.28	0.8	
<u>Composition du foyer</u>	7,650			<0.001							<0.001	1.8
<i>Couple avec enfants</i>	—	—	—						—	—		
<i>Personne vivant seule</i>	2.02	1.28, 3.18	0.003		1.76	1.11, 2.80	0.016		1.75	1.10, 2.78	0.018	
<i>Couple sans enfant</i>	0.57	0.46, 0.70	<0.001		0.51	0.40, 0.64	<0.001		0.51	0.40, 0.64	<0.001	
<i>Famille monoparentale</i>	1.63	1.14, 2.32	0.007		1.67	1.15, 2.43	0.008		1.69	1.15, 2.47	0.007	
<i>Autres</i>	1.48	1.03, 2.12	0.034		1.25	0.84, 1.84	0.3		1.25	0.85, 1.84	0.3	

Caractéristique	Univariée		Étape 1				Étape 2				Étape 3					
	N	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ₁	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ¹	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVI F ¹
<u>Niveau de scolarité</u>	7,633			0.025			0.007	1.3			0.015	1.4			0.011	1.5
<i>Universitaire</i>		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
< DES		0.62	0.44, 0.86	0.004	0.57	0.40, 0.83	0.003		0.60	0.41, 0.88	0.008		0.60	0.41, 0.87	0.007	
DES		0.79	0.61, 1.03	0.079	0.66	0.50, 0.88	0.005		0.68	0.51, 0.91	0.009		0.67	0.50, 0.90	0.008	
DEC		0.91	0.73, 1.13	0.39	0.79	0.63, 1.00	0.047		0.77	0.61, 0.97	0.026		0.75	0.60, 0.95	0.015	
<u>Revenus</u>	7,671			0.069			0.2	1.2			0.8	1.3			0.8	1.3
<i>Ménages à revenu moyen-élevé</i>		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Ménages à faible revenu</i>		1.25	0.98, 1.59	0.069	1.18	0.89, 1.55	0.2		0.97	0.73, 1.29	0.8		0.97	0.73, 1.30	0.8	
<u>Groupe d'âge</u>	7,673			<0.001			<0.001	1.9			<0.001	2.1			<0.001	2.2
<i>35 - 44 ans</i>		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>18 - 24 ans</i>		3.31	2.33, 4.72	<0.001	2.64	1.67, 4.18	<0.001		2.97	1.87, 4.72	<0.001		2.91	1.82, 4.64	<0.001	
<i>25 - 34 ans</i>		1.16	0.93, 1.45	0.20	1.12	0.89, 1.41	0.3		1.21	0.95, 1.55	0.11		1.19	0.94, 1.52	0.2	
<i>45 - 49 ans</i>		0.65	0.51, 0.82	<0.001	0.67	0.53, 0.86	0.001		0.70	0.55, 0.90	0.005		0.68	0.53, 0.88	0.003	

Caractéristique	Univariée		Étape 1			Étape 2			Étape 3		
	N	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ₁	OR ¹	95% CI ¹	GVIF ₁
<u>Occupation</u>	7,488			<0.001			0.064	1.9			0.086
<i>Travailleurs/retraités</i>		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Étudiants</i>		3.23	2.24, 4.67	<0.001	1.65	1.03, 2.65	0.037	1.53	1.51	0.95, 2.40	0.072
<i>Personne sans emploi</i>		0.75	0.53, 1.06	0.10	0.83	0.58, 1.21	0.3	0.79	0.78	0.53, 1.14	0.2
<u>Dernière consultation médecin</u>	7,650			0.001							0.004
< 6 mois		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6 mois - 12 mois		1.07	0.84, 1.36	0.59					1.09	0.85, 1.40	0.5
> 1 an ou jamais		0.70	0.57, 0.87	0.001					0.72	0.58, 0.90	0.004
No. Obs.					7,586			7,573			7,519
BIC					5,513			5,429			5,405
AIC					5,456			5,351			5,310
Test de vraisemblance								p <0,001			p <0,01

¹ OR = rapport de cotes, CI = Intervalle de confiance, GVIF = Facteur d'inflation de la variance généralisé

Graphique 1 : représentation des 3 étapes de l'analyse de régression logistique – Québécoises nées au Canada



Tableau 3.2. Analyse univariée et étapes de la régression logistique pour le sous-groupe des néo-Québécoises

Caractéristique	Univariée				Étape 1				Étape 2				Étape 3				Étape 4			
	N	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF _i	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ¹	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ¹	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ¹
<u>Avoir eu un PAP test</u>	1,438			0.85											0.3	1.1			0.4	1.1
<i>Oui</i>	—	—	—		—	—			—	—			—	—			—	—		
<i>Non</i>	0.96	0.62, 1.49		0.85					0.78	0.48, 1.25	0.3		0.80	0.49, 1.29					0.4	
<u>Composition du foyer</u>	1,453			0.13							0.006	1.7			0.004	1.8			0.005	1.9
<i>Couple avec enfants</i>	—	—	—		—	—			—	—			—	—			—	—		
<i>Personne vivant seule</i>	1.39	0.57, 3.43		0.47	1.05	0.43, 2.59	>0.9		0.94	0.37, 2.34	0.9		0.97	0.39, 2.41					>0.9	
<i>Couple sans enfant</i>	0.54	0.32, 0.90		0.018	0.33	0.18, 0.60	<0.001		0.31	0.17, 0.57	<0.001		0.31	0.17, 0.58					<0.001	
<i>Famille monoparentale</i>	0.75	0.38, 1.49		0.42	0.74	0.34, 1.60	0.4		0.73	0.33, 1.59	0.4		0.70	0.32, 1.54					0.4	
<i>Autres</i>	0.94	0.49, 1.80		0.86	0.66	0.32, 1.37	0.3		0.60	0.29, 1.25	0.2		0.60	0.29, 1.25					0.2	
<u>Niveau de scolarité</u>	1,428			0.47			0.6	1.3			0.6	1.4			0.6	1.5			0.5	1.6
<i>Universitaire</i>	—	—	—		—	—			—	—			—	—			—	—		
<i>< DES</i>	0.75	0.37, 1.53		0.43	0.84	0.40, 1.77	0.7		0.78	0.36, 1.67	0.5		0.80	0.37, 1.75	0.6		0.76	0.34, 1.71	0.5	
<i>DES</i>	1.51	0.79, 2.87		0.21	1.50	0.78, 2.91	0.2		1.43	0.74, 2.77	0.3		1.54	0.78, 3.03	0.2		1.52	0.77, 3.00	0.2	
<i>DEC</i>	1.07	0.67, 1.70		0.78	1.09	0.67, 1.79	0.7		1.05	0.64, 1.74	0.8		1.05	0.63, 1.74	0.9		1.03	0.61, 1.72	>0.9	

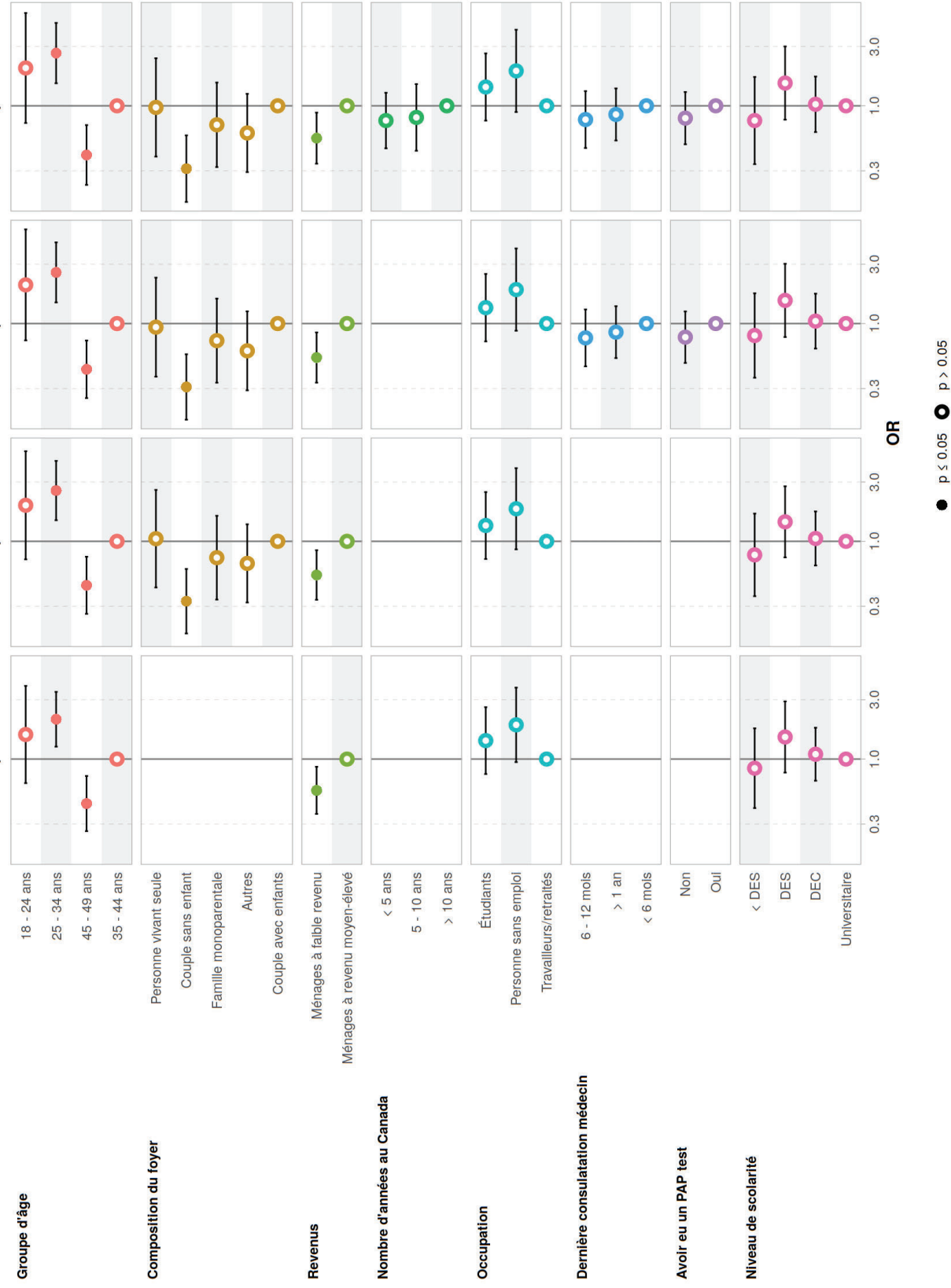
Caractéristique	Univariée		Étape 1			Étape 2			Étape 3			Étape 4				
	N	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ₁	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ₁	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ₁
<u>Revenus</u>	1,456			0.11			0.009	1.2			0.008	1.3			0.013	1.4
Revenu moyen-élevé		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Faible revenu		0.73	0.49, 1.07	0.11	0.56	0.36, 0.87	0.009		0.54	0.34, 0.85	0.008		0.53	0.33, 0.85	0.008	0.34, 0.88
<u>Nombre d'années au Canada</u>	1,457			0.98											0.6	1.6
> 10 ans		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
< 5 ans		0.98	0.63, 1.54	0.94									0.76	0.45, 1.27	0.3	
5 - 10 ans		1.04	0.64, 1.69	0.86									0.81	0.43, 1.50	0.5	
<u>Groupe d'âge</u>	1,457			<0.001			<0.001	1.6			<0.001	2.2			<0.001	2.3
35 - 44 ans		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18 - 24 ans		2.03	0.87, 4.75	0.10	1.58	0.64, 3.88	0.3		1.95	0.72, 5.31	0.2		2.05	0.73, 5.72	0.2	0.73, 5.58
25 - 34 ans		2.14	1.31, 3.47	0.002	2.09	1.26, 3.47	0.004		2.56	1.48, 4.43	<0.001		2.58	1.48, 4.50	<0.001	1.52, 4.64
45 - 49 ans		0.43	0.26, 0.70	<0.001	0.44	0.26, 0.73	0.002		0.44	0.26, 0.75	0.003		0.43	0.25, 0.73	0.002	0.23, 0.70
<u>Occupation</u>	1,413			0.18			0.14	1.5			0.2	1.6			0.2	1.6
Travailleurs/retraités		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Étudiants		1.67	0.96, 2.90	0.068	1.41	0.76, 2.61	0.3		1.34	0.72, 2.49	0.4		1.34	0.72, 2.51	0.4	0.76, 2.64
Personne sans emploi		1.18	0.62, 2.24	0.61	1.88	0.95, 3.76	0.072		1.83	0.86, 3.88	0.12		1.88	0.88, 4.02	0.11	0.89, 4.09

Caractéristique	Univariée			Étape 1				Étape 2				Étape 3				Étape 4				
	N	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ₁	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF ¹	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF _{F¹}	OR ¹	95% CI ¹	p-value	GVIF _{F¹}
<u>Dernière consultation médecin</u>	1,448			0.51																
< 6 mois		—	—						—	—			—	—			—	—		
6 - 12 mois		0.79	0.48, 1.29	0.34					0.77	0.45, 1.30	0.3		0.77	0.46, 1.31	0.3		0.77	0.46, 1.31	0.3	
> 1 an		0.81	0.52, 1.26	0.34					0.85	0.53, 1.38	0.5		0.85	0.53, 1.38	0.5		0.85	0.53, 1.38	0.5	
No. Obs.					788				785				769				769			
BIC					833				838				840				852			
AIC					789				779				769				773			
Test de vraisemblance									P<0,01				P= 0.51*				P= 0,56*			

* La valeur p est non significative pour le passage des étapes 2 à 3, et 3 à 4. Cependant, nous conservons l'étape 3 pour garder la même démarche par rapport aux femmes nées au Canada, et l'étape 4 car il est intéressant de constater que le nombre d'années passées au Canada n'est pas significativement associé à l'usage d'une contraception ou non (que ce soit au niveau de l'analyse univariée ou multivariée).

¹ OR = rapport de cotes, CI = Intervalle de confiance, GVIF = Facteur d'inflation de la variance généralisé

Graphique 2 : représentation des 4 étapes de l'analyse de régression logistique – néo-Québécoises



➔ Annexe 4 – Moyens contraceptifs utilisés selon le statut d'immigration

Tableau 4.1. Utilisation des principaux moyens contraceptifs selon le statut d'immigration

	<i>Moyen(s) de contraception utilisé(s) au cours des 12 derniers mois</i>		FI N = 1,162	FNC N = 7,050	Total N = 8,212	p- value
Pilule						<0.001
Non			833 (72%)	4,230 (60%)	5,063 (62%)	
Oui			329 (28%)	2,820 (40%)	3,149 (38%)	
Condom						<0.001
Non			610 (52%)	4,565 (65%)	5,175 (63%)	
Oui			552 (48%)	2,485 (35%)	3,037 (37%)	
Vasectomie						<0.001
Non			1,091 (94%)	5,662 (80%)	6,753 (82%)	
Oui			70 (6.1%)	1,388 (20%)	1,458 (18%)	
Stérilet						0.056
Non			968 (83%)	6,082 (86%)	7,050 (86%)	
Oui			194 (17%)	968 (14%)	1,162 (14%)	
Ligature des trompes						<0.001
Non			1,128 (97%)	6,558 (93%)	7,686 (94%)	
Oui			33 (2.9%)	493 (7.0%)	526 (6.4%)	
Coût interrompu						<0.001
Non			1,054 (91%)	6,688 (95%)	7,742 (94%)	
Oui			108 (9.3%)	363 (5.1%)	470 (5.7%)	
Autre méthode						0.076
Non			1,056 (91%)	6,555 (93%)	7,611 (93%)	
Oui			106 (9.1%)	495 (7.0%)	601 (7.3%)	

Tableau 4.2. Utilisation ou non d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration

	FI N = 1,482	FNC N = 8,029	p-value ¹
<i>Utilisation d'une contraception médicalisée</i> ⁶² (pilule, stérilet ou ligature des trompes)			
Non	558 (51%)	1,666 (29%)	<0.001
Oui	534 (49%)	3,996 (71%)	
Sans réponse	391	2,366	

Tableau 4.3. Utilisation ou non d'une contraception féminine médicalisée selon le statut d'immigration et le revenu

<i>Utilisation d'une contraception féminine médicalisée</i>	<i>Ménages à faible revenu</i>		<i>Ménages à revenu moyen-élevé</i>	
	FI, N = 568	FNC, N = 1,546 ¹	FI, N = 912 ¹	FNC, N = 6,480 ¹
Non	236 (57%)	387 (31%)	320 (47%)	1,278 (29%)
Oui	179 (43%)	851 (69%)	355 (53%)	3,145 (71%)
Sans réponse	153	307	238	2,058
p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

⁶² Dans ce tableau, la catégorie « oui » comprend les femmes qui utilisent une des trois méthodes de contraception féminine médicalisée (pilule, stérilet ou ligature des trompes), que celles-ci soient accompagnées d'autres méthodes ou pas. La catégorie « non » comprend les femmes qui utilisent un ou plusieurs autres moyens contraceptifs, sans recourir à la contraception féminine médicalisée.

Tableau 4.4. Moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) selon le niveau d'éducation et le statut d'immigration

(Données femmes de 25 à 49 ans ⁶³)	< DES			DES			DEC			Universitaire		
	FI N = 116	FNC N = 698	FI N = 176	FI N = 112 (65%)	FNC N = 907 (62%)	FI N = 289 (77%)	FNC N = 2,054 (65%)	FI N = 617 (79%)	FNC N = 1,803 (68%)			
Pilule												
Non	97 (83%)	402 (58%)	112 (65%)		907 (62%)	289 (77%)	2,054 (65%)	617 (79%)	1,803 (68%)			
Oui	19 (17%)	291 (42%)	59 (35%)		551 (38%)	88 (23%)	1,109 (35%)	160 (21%)	852 (32%)			
Condom												
Non	68 (58%)	404 (58%)	103 (60%)		981 (67%)	243 (65%)	2,268 (72%)	482 (62%)	1,840 (69%)			
Oui	49 (42%)	289 (42%)	68 (40%)		476 (33%)	134 (35%)	895 (28%)	295 (38%)	814 (31%)			
Vasectomie												
Non	110 (94%)	619 (89%)	164 (96%)		1,253 (86%)	351 (93%)	2,582 (82%)	747 (96%)	2,132 (80%)			
Oui	7 (6%)	75 (11%)	7 (4%)		205 (14%)	25 (7%)	582 (18%)	29 (4%)	522 (20%)			
Stérilet												
Non	104 (89%)	638 (92%)	155 (91%)		1,279 (88%)	325 (86%)	2,823 (89%)	665 (86%)	2,265 (85%)			
Oui	12 (11%)	55 (8%)	16 (9%)		178 (12%)	51 (14%)	340 (11%)	112 (14%)	389 (15%)			
Autre méthode⁶⁴												
Non	104 (89%)	569 (82%)	142 (83%)		1,184 (81%)	321 (85%)	2,589 (82%)	636 (82%)	2,313 (87%)			
Oui	12 (11%)	125 (18%)	29 (17%)		274 (19%)	56 (15%)	574 (18%)	141 (18%)	341 (13%)			
NB : Nous surlignons en bleu dans le tableau les méthodes où plus de 10 points d'écart sont observables entre FI et FNC, selon le niveau de scolarité.												

63 Dans ces données, les femmes de moins de 25 ans ont été retirées de l'échantillon, compte tenu du fait que les diplômes universitaires ne peuvent être complétés avant un certain âge.

64 Afin de ne pas avoir de cellule qui comprenne un effectif inférieur à 5, nous avons dû fusionner la ligature des trompes et le coït interrompu au sein de la catégorie «autre méthode ».

Tableau 4.5. Nombre de moyens de contraception utilisés au cours de la dernière année selon le statut d’immigration

	FI	FNC	Total	p-value ¹
	N = 1,482	N = 8,029	N = 9,511	
Nombre de moyens de contraception utilisés au cours des 12 derniers mois ⁶				<0.001
0	308 (21%)	964 (12%)	1,272 (13%)	
1	965 (65%)	5,241 (65%)	6,206 (65%)	
2	188 (13%)	1,692 (21%)	1,879 (20%)	
≥ 3	22 (1.5%)	132 (1.6%)	154 (1.6%)	
¹ chi-squared test with Rao & Scott's second-order correction				