

**Femmes immigrantes et intersectionnalité: enjeux méthodologiques pour la  
recherche en santé au Canada**

Université d'Ottawa

**Liste des auteurs :**

Marie-Hélène Gervais, Ph. D. (c) Études des femmes. Institut d'études féministes et de genre, Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa.

David Buetti, TSI/MSS, Ph. D. (c) Santé des populations. École Interdisciplinaire des Sciences de la Santé, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Marie-Hélène Gervais, Institut d'études féministes et de genre, Université d'Ottawa, [mgerv034@uottawa.ca](mailto:mgerv034@uottawa.ca)

**Titre :**

Femmes immigrantes et intersectionnalité: enjeux méthodologiques pour la recherche en santé au Canada

**Résumé :**

L'article qui suit présente les principaux questionnements méthodologiques relatifs à l'opérationnalisation de l'approche intersectionnelle dans les recherches en santé des femmes immigrantes au Canada. L'identification et la compréhension de l'interaction des différents systèmes d'oppression, la catégorisation de ces intersections et le développement d'une grille d'analyse efficace demeurent les principaux obstacles. Quelques pistes de solution sont par la suite introduites.

*Mots-Clés : Santé; femmes immigrantes; approche intersectionnelle; enjeux méthodologiques.*

**Abstract :**

The following article presents the main methodological questions relating to the operationalization of the intersectional approach in health research of immigrant women in Canada. The identification and understanding of the interaction of different systems of oppression, the categorization of these intersections and the development of an effective analytical framework remain major obstacles. Subsequently introduced are some thoughts on possible solution avenues.

*Keywords : Health, immigrant women, intersectionality; methodological issues.*

Depuis le début des années 2000, il y a eu une augmentation fulgurante de la recherche axée sur les écarts en matière de santé<sup>1</sup> (Navarro, 2009; Hyman, 2009). De ce fait, il est de plus en plus connu et reconnu que l'accès inégal aux ressources et au pouvoir crée des inégalités sociales en matière de santé (voir Mikkonen et Raphael, 2010 ou Spitzer, 2005). Au Canada, il a été montré que le statut d'un groupe racialisé n'entraînait pas systématiquement un état de santé inférieur (Hyman, 2009). Ce serait plutôt, la combinaison de facteurs ou une intersection de conditions comme la race, le genre, la pauvreté et l'immigration qui produirait un état de santé moindre (Hyman, 2009; Spitzer, 2005). Plus récemment, certaines études ont permis de mettre en lumière quelques spécificités quant aux écarts en santé des femmes, particulièrement en contexte post-migratoire (Hyman, 2009 ; Spitzer, Vissandjée et al.2009; Vissandjée et al. 2012; Vissandjée et al.2014;). Les résultats qui s'en dégagent sont univoques : partout à travers le monde, les femmes demeurent surreprésentées dans des conditions sociales d'appauvrissement de précarité, de marginalisation, voire d'asservissement entraînant souvent des coûts importants sur leur santé (Hyman et Guruge, 2002; Hyman, 2009; Spitzer, 2009; 2011; 2012 ; Vissandjée et al.2009). En contexte post-migratoire<sup>2</sup>,

---

<sup>1</sup>La santé a été définie de différentes manières au fil des ans en Occident. On se réfère généralement à l'un des trois modèles suivants : le modèle médical, le modèle holistique et le modèle du bien-être. Le troisième modèle, celui qui nous intéresse ici, est apparu en 1984 et présente la santé comme un processus dynamique, plutôt qu'un simple état. Par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986, cette définition se précise comme suit :

La mesure dans laquelle une personne ou un groupe peut réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et s'adapter aux changements et au milieu. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques (OMS, Bureau régional pour l'Europe, Health Promotion : A discussion document on the concept and principles. Copenhague 1984).

D'autres définitions émergent en lien avec ce troisième modèle, comme par exemple le modèle écologique de la santé qui met l'accent sur l'interaction et la saine coexistence entre humains et les autres créatures vivantes (Brofenbrenner, 1979). Ainsi, les définitions et perceptions relatives à ce qui signifie « être en santé », sont multiples et varient également selon les époques, cultures, origines, parcours de vie et d'éducation.

<sup>2</sup> En 2013, 54,1 % des résidentes permanentes ont été admises dans la catégorie d'immigrantes économiques, dont 19,7 % comme demandeuse principale, 34,3 % dans la catégorie du regroupement

plusieurs inégalités relatives à l'accès aux soins persistent également, et ce, même dans un système de santé universel. Par exemple, des études montrent que les femmes sont plus susceptibles de connaître les conséquences défavorables d'une mobilité sociale descendante parce qu'elles seraient particulièrement désavantagées en termes d'acquisition de capital social<sup>3</sup> dans le pays d'accueil et qu'elles seraient aussi plus vulnérables aux discriminations et aux iniquités que les hommes migrants, notamment en matière d'emploi (Anucha et al, 2006; Spitzer, 2011; Vissandjée et al.2011). Bien que les hommes immigrants puissent également faire face aux discriminations en matière d'emplois dans le pays d'accueil, il semble que ce soit eux qui bénéficieraient généralement des avantages lorsqu'un ménage envisage d'investir dans l'éducation ou la

---

familial et 8,9 % à titre de réfugiées (Stat.Can, 2015 : 4). Elles sont surreprésentées en nombre dans les catégories de rapprochement familial et de réfugiée, ce qui, en soit, augmente dès le début l'écart dans les conditions de santé. Les femmes immigrantes du Canada représentent une communauté profondément hétérogène et sont originaires de près de 200 pays différents. Le principal pays de provenance de ses femmes est la République populaire de Chine, à 8,4 % suivi du Royaume-Uni (7,9 %), de l'Inde (7,8 %), des Philippines (7,5 %) et des États-Unis (4,1 %). Une diminution du flot d'immigrantes en provenance d'Europe a été observée depuis les années 1970, alors que celle d'origine asiatique et moyen-orientale aurait augmentée, ce qui a marqué un changement important dans le portrait de l'immigration canadienne. En 2011, c'était donc 79 % des immigrantes récentes qui se déclaraient comme appartenant à une minorité visible, contre 53 % parmi celles ayant migrées entre 1971 et 1980 et 12,2 % dont la migration s'est effectuée avant 1971 (*Ibid*, p.10). Or, nous savons qu'il existe des liens causaux entre le statut de minorités visibles et l'intégration dans le pays d'accueil et que cela entraîne des coûts sur l'état de santé (Hyman, 2009). À titre d'exemple, une étude de Teelucksingh et Galabuzi (2005) présente les écarts dans la durée de temps requis pour « rattraper » les Canadiens de naissance dans les conditions de travail et de santé entre immigrants d'origine européenne n'appartenant pas à une minorité visible et ceux d'origine asiatique et moyen-orientale appartenant à une minorité visible. Il y aurait également des distinctions à établir entre l'état de santé des femmes de différents statuts immigrants en prenant en compte les autres intersections comme le genre, ou encore le statut socio-professionnel. Des recherches supplémentaires sont toutefois nécessaires.

<sup>3</sup> On attribue généralement le concept de capital social et ses avancées théoriques à Pierre Bourdieu, James Coleman, Robert Putnam, Alexandro Portes et Michael Woolcock. Selon Bourdieu : « le capital social comprend les ressources actuelles ou potentielles liées à la possession d'un réseau stable de relations plus ou moins institutionnalisées de connaissance et de reconnaissance mutuelles, autrement dit liées à l'appartenance à un groupe. » (Bourdieu, 1986, cité en français par Lévesque et White, 1999, p.27-28). Il s'agit d'un concept particulièrement utile en recherche en santé des femmes immigrantes puisqu'il nous permet de mettre en relation et de mieux comprendre différents aspects imbriqués du comportement humain, des sphères organisationnelles, sanitaires et sociétales, de la famille et des différents groupes auxquels appartiennent les individus en question. On étudie présentement, et de plus en plus, les impacts du sexe, de l'immigration ainsi que du statut racial et socio-professionnel sur le capital social (Anucha et al, 2006; Gauthier, 2013).

formation d'un de ses membres (Spitzer, 2011). Notamment, sur le plan linguistique, on estime que 70,4 % des immigrantes et 78 % des immigrantes récentes (moins de dix ans) n'identifiaient pas leur langue maternelle à l'une ou l'autre des langues officielles canadiennes (Stat. Can, 2015 : 20). Cette proportion diminue en fonction de la durée de résidence au pays. Certaines données indiquent que les femmes immigrantes étaient légèrement moins nombreuses à pouvoir maintenir une conversation dans l'une ou l'autre des langues officielles que les hommes. Cette situation fait en sorte que les femmes occuperaient plus longtemps et dans une proportion plus importante des emplois de « survie » et/ou liés au « *care* » ou « service de la personne » que les hommes et cela même lorsque les motifs de migration n'y sont pas directement liés (VanderPlaats, 2007 ; Sassen, 2010; Talahite, 2010 ; Beneria, 2010; Morokvasic, 2010). En effet, bon nombre de femmes migrent pour s'affranchir des rapports de genre en place avant la migration et choisissent d'exercer des emplois liés au « *care* » dans le pays d'accueil (Morokvasic, 2010). Puisqu'elles sont encore, dans une large mesure, perçues comme possédant des « prédispositions et affinités naturelles » (*Ibid.*, p.115) pour assumer ce type d'emploi cela représenterait, pour elles, un compromis au niveau des normes genrées traditionnelles pouvant avoir été ébranlées par la migration (Voir, Morokvasic, 2010). Elles seraient également plus susceptibles d'être « coupées » de cet accès au capital social pour des raisons familiales, puisque l'éducation et la prise de soins des enfants influencent différemment la croissance et la nature du réseau social et que ce sont encore majoritairement aux femmes à qui reviennent ces rôles (Anucha et al, 2006; Gauthier, 2013).

Au Canada, les femmes immigrantes rencontrent davantage des obstacles marqués à l'embauche, acceptent plus souvent des emplois atypiques, temporaires et sous leurs aptitudes et qualifications (Chen et al. 2011; Spitzer, 2011), en comparaison aux hommes immigrants et aux femmes non-racisées d'origine canadienne<sup>4</sup>. Cette situation serait due

---

<sup>4</sup> Nous précisons ici qu'il s'agit des femmes non-racisées d'origine canadienne puisque les femmes natives des premières nations et celles étant racisées peuvent connaître des réalités différentes.

en partie à la non-reconnaissance des crédits et des diplômes, ainsi qu'au racisme. Le racisme est défini par Hyman comme étant :

[...] une idéologie fondée sur la croyance que la race est le premier déterminant des traits et des capacités de l'humain qui repose sur le postulat de la supériorité inhérente d'un groupe racial par rapport aux autres. [...] définit le racisme non seulement comme une attitude, mais aussi comme les actions spécifiques qui résultent de cette attitude et qui ont des répercussions sur certaines personnes, les marginalisent et les oppriment. (2009 : 5).

On interprète généralement le racisme par des actions individuelles, toutefois, il existe également le racisme structurel. Ce racisme structurel serait dû, en partie, à la persistance de la masculinité hégémonique et de la pensée coloniale dans les sociétés occidentales, même celles faisant la promotion du multiculturalisme, comme c'est le cas au Canada (Hyman, 2009).

Comme démontré par Vissandjée et al. (2007), la conception sociale de l'immigrant demeure dans une large mesure liée à l'image de celui ou celle qui ne maîtrise pas la langue du pays d'accueil, qui appartient à une culture ou une ethnie différente de celle de la majorité. Le racisme, dans ce cas, ne concerne pas seulement la « race », mais témoigne de l'exclusion de « l'Autre ». Les institutions politiques, économiques et sociales ainsi que les hôpitaux et centres de soins de santé peuvent contribuer, par certaines politiques, normes et pratiques en place, à la marginalisation de ces groupes « minoritaires », même sans le vouloir. On s'intéresse de plus en plus à ces questions : des inégalités dans l'accès et la qualité des soins reçus, aux impacts réels que peut engendrer l'exposition à des traitements différentiels et au racisme sur le corps et la santé mentale (Hyman, 2009; Sptizer, 2011). Ce qui nous intéresse ici c'est « l'immigrante » dans cet ancrage social, l'apologie de « l'Autre » comme décrit par Mathieu (1973). Elles s'en trouvent marginalisées, par rapport au groupe référentiel et

cela constitue un obstacle dans la cohésion sociale du pays d'accueil. Le parcours migratoire vulnérabilisant, l'appauvrissement et tous autres signifiants sociaux peuvent positionner les femmes, généralement les nouvelles immigrantes dans cette catégorie sociale de « l'Autre ». Ce n'est pas uniquement le statut de citoyen ni le fait qu'elles viennent d'un autre endroit géographiquement qui positionnent ces femmes en marge, mais plutôt l'idée qu'elles soient « Autres » dans la société d'accueil à cause de ces intersections multiples (voir Juteau, 1996). Adapter les structures en santé par rapport aux parcours migratoires multiples et aux dynamiques produites par l'interaction de ces signifiants sociaux, c'est d'avoir à faire un effort pour comprendre « le minoritaire ». Bien qu'on souligne l'importance de ces déterminants sur la santé, il est difficile d'intervenir rapidement et adéquatement sur les causes structurelles (Hyman, 2009).

Conséquemment aux causes présentées précédemment, le taux de chômage des femmes immigrantes se chiffrait à 9,1 % en 2011 comparativement à 6,9 % pour celles nées au Canada (Stat. Can, 2015 : 28). Les femmes immigrantes ne gagnaient que 70 % du revenu touché par les femmes nées au Canada et cela s'élevait à 82 % pour celles détenant un diplôme universitaire, en comparaison avec les natives ayant un degré de scolarité équivalent (Gauthier, 2013). Cela peut générer des désillusions quant à un avenir meilleur dans le pays d'accueil, ainsi qu'une privation économique, pouvant mener à des situations de stress chronique (Spitzer, 2011) et nuit au maintien d'une santé globale. Toutefois, à l'exception des études sur la santé génésique et la santé mentale, rares sont celles qui examinent spécifiquement l'état de santé des femmes immigrantes, en regard des combinaisons possibles d'identités et de parcours ainsi que des inégalités structurelles rencontrées (Hyman, 2000; 2009; Vissandjée et al. 2007; 2009). Par conséquent, les femmes ont été, jusqu'à tout récemment, massivement exclues des recherches portant sur la santé des immigrants, résultant à une méconnaissance de leurs réalités et leurs besoins en santé (Vissandjée et al. 2007; 2009.). Qui plus est, lorsque ces recherches les adressent, elles tendent généralement à les forger comme un bloc homogène en société.

Pourtant, on reconnaît que les réalités et les défis des femmes varient considérablement en fonction, par exemple, de leur origine ethnique, leur éducation, leur parcours migratoire, leur âge, etc. Les obstacles et défis particuliers relatifs à la santé des femmes immigrantes au Canada sont ainsi, pour la plupart, liés à des incompréhensions de la complexité des combinaisons d'identités possibles et des inégalités structurelles qu'elles subissent au quotidien. Dans ce contexte, l'utilisation d'une approche qui prend en compte le caractère multidimensionnel du vécu de ces femmes demeure souhaitable, voire même nécessaire dans les recherches en santé (Vissandjée et al. 2006).

Vissandjée et ses collaborateurs (2006) ont comparé cette nécessité à une carte conceptuelle composée de plusieurs villes, routes, directions et intersections. Cette carte représente les identités culturelles, sociales et spirituelles d'un individu. Dans le but d'orchestrer des interventions adaptées aux femmes immigrantes, il importe donc de développer et d'employer des méthodes qui permettront d'apprécier toute la complexité de ces « cartes » puisqu'autrement : « Travelling without a comprehensive map does not facilitate a successful journey » (2006 : 17). La méthodologie intersectionnelle telle que développée dans les études critiques se définit comme étant une approche transdisciplinaire qui tente de saisir et comprendre la complexité des identités ainsi que des inégalités sociales par une approche située. Cette perspective vise à analyser l'interaction de ces différentes catégories en regard de la production et la reproduction des inégalités sociales (Crenshaw, 1989 ; Bilge, 2015). Ce qui nous intéresse particulièrement ici, ce sont les inégalités sociales en matière de santé.

Depuis peu, certains investissements et développements ont été faits en recherche<sup>5</sup> pour permettre l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins dispensés aux femmes immigrantes et/ou racisées au Canada, tentant par le fait même d'amoindrir les présupposées essentialistes<sup>6</sup> alimentées depuis plusieurs siècles (Puar, 2012). Un intérêt

---

<sup>5</sup> Au Canada, la santé est une compétence provinciale, ainsi selon la province d'arrivée, ainsi que la région, les ressources et les budgets alloués peuvent varier significativement.

<sup>6</sup> Lorsqu'il est question de présupposées essentialistes ou d'essentialisme, on se réfère au fait que les minorisé-es, dont les femmes et les minorités culturelles et sexuelles font partie, sont définis selon une



de plus en plus marqué pour l'approche intersectionnelle en santé témoigne notamment de ces nouvelles préoccupations envers une prise en compte globale des besoins en santé des femmes (Vissandjée et al. 2009; Grace, 2014; Hyman, 2009).

Dans le présent article, seront présentés les enjeux méthodologiques actuels associés à la recherche en santé des femmes immigrantes au Canada. Pour ce faire, nous développerons notre exposé en trois temps. D'abord, nous présenterons brièvement l'approche intersectionnelle et ses avantages en recherche pour ensuite discuter des obstacles liés à sa mise en pratique. Enfin, nous montrerons quelques pistes de solutions proposées par certains auteur-e-s, dont Vissandjée et ses collaborateurs (2007), Maillé (2015) et Condomines et Hennequin (2013).

### **L'approche intersectionnelle : un aperçu**

L'approche intersectionnelle renvoie à la nécessité d'articuler les différents rapports sociaux de pouvoir afin de comprendre les effets de leur entrecroisement (Crenshaw, 1991). Le postulat de base est que les inégalités sociales seraient produites par l'interaction de différents systèmes d'oppression comme le genre, le sexe, la race, l'orientation sexuelle, l'appartenance ethnique et/ou nationale et religieuse, les (in)capacités, le statut social, socio-économique, professionnel et citoyen (Crenshaw, 1991). Plusieurs auteures racisées dont des Afro-américaines et des Chicanas ont contribué à modifier le visage du féminisme actuel en documentant les vécus et réalités quotidiennes des femmes de couleur, ce qui a conduit au concept d'intersectionnalité, tel que compris aujourd'hui. Parmi celles-ci notons, bell hooks (1981; 1984; 2000), Audre Lorde (1984; 1997) et Patricia Hill Collins (1990). Ces auteures ont placé l'expérience de la race et du racisme au centre de leurs analyses portant sur les rapports de domination.

---

essence particulière et statique. Ils possèderaient des caractéristiques différentes par *essence* et sont généralement associés à la nature. Cela permet notamment de classer les groupes sociaux « particuliers » par rapport au groupe dominant (homme blanc, de classe moyenne, hétérosexuel) qui représente le général et la culture menant aux problématiques discriminatoires (sexisme, racisme, homophobie, etc.). Voir à ce sujet Colette Guillaumin (1978ab; 1992; 2002), Nicole Claude-Mathieu (1973) et Danielle Juteau (1996).

Selon hooks, le féminisme américain aurait été radicalement changé par cette demande de prise en compte de la réalité de la race et du racisme dans l'analyse féministe alors que toute femme blanche est consciente du privilège qu'elle possède dans cette société (hooks, 2000 : 55, *traduction libre*). Un travail précédent (Auteure, à paraître) a permis de montrer que des lacunes persistaient dans la compréhension des effets du racisme, du classicisme et du sexisme sur les enjeux qui influençaient l'état de santé des femmes immigrantes, comme au niveau du capital social par exemple. L'approche intersectionnelle semble être appropriée pour mener des recherches viables en santé.

Bien que le terme intersectionnalité ne soit pas toujours celui employé comme tel par les chercheuses, le principe partagé est le même : il faut considérer les effets de l'entrecroisement des inégalités individuelles et structurelles sur les conditions de santé<sup>7</sup> à l'accès aux soins de santé pour effectuer des recherches méthodologiquement fiables.

Angus et ses collaborateurs parlent notamment de « l'intensification de la vulnérabilité sociale » en se référant au système de soins actuel (2012 : 488, *traduction libre*). Cette intensification de la vulnérabilité sociale se traduit par une réalité voulant que la conception et les conditions de prestation des soins de santé octroyés soient orientées par des vulnérabilités sociales préexistantes. Ces vulnérabilités seraient représentées par un statut d'immigrant, un parcours migratoire, un handicap, une orientation sexuelle « hors norme », un état de pauvreté, un statut professionnel inférieur, l'âge, l'ethnie, la culture, etc. À titre d'exemple, Tremblay (2010) présente les contrastes dans les discours des intervenants en santé sur les « pauvres » et la « pauvreté ». Il rapporte notamment l'utilisation des termes « assistanciers » et de stratégies axées sur la prise en charge mettant l'accent sur les incapacités et les manques des personnes « aidées ». Dans ces cas, il remarque que c'est la *positionnalité*<sup>8</sup> (p. 252)

---

<sup>7</sup> Par exemple, l'état de santé à l'arrivée est très important.

<sup>8</sup> La *positionnalité* réfère à la perception, à la manière de voir et d'interpréter le monde en fonction de notre position et nos expériences au sein de celui-ci. Cette position sociale est façonnée par nos marqueurs identitaires (race, sexe, statut citoyen, etc.), qui n'ont toujours qu'une signification dans un groupe, une structure et une culture à une époque donnée. Comme mentionné par Donna Haraway : « La vision est

des intervenants experts qui définit les personnes « aidées » et leurs rôles respectifs. Ils deviennent les récipiendaires de l'aide, des cas, *des objets de l'intervention* (p. 253). Cette approche perpétue d'importantes lacunes au niveau des interventions privilégiées.

Dans ces conditions, il importe d'être attentif aux parcours et aux expériences antérieures des personnes, en étant compréhensif à leurs vulnérabilités, mais également à leurs forces et à leurs compétences (Tremblay, 2010; Vissandjée et Maillet, 2007). Cela requiert une sensibilité des chercheuses et des traitants.

Au-delà des barrières d'accès aux services, tels que la langue et la connaissance des services, à l'échelle communautaire, il est encore plus pertinent de cibler les forces des personnes vivant des expériences d'immigration, surtout celles arrivées récemment dans une nouvelle société, telle la résilience, la collectivisation des ressources du réseau, mais aussi de s'attarder aux contextes de vie, afin de transcender un éventuel risque de *victim-blaming* (Vissandjée et Maillet, 2007 : 154).

Il s'agirait donc, non seulement d'identifier les facteurs d'oppression, mais également ceux qui contribuent à l'autonomisation des participant-e-s. Cela nécessite un véritable dialogue entre les bénéficiaires de services et les traitants. Comme le soutient Vissandjée et ses collaborateurs, le dialogue et la prise en compte des intersections auraient de réels impacts en santé : « L'intégration de la diversité ainsi que la sensibilité de genre dans la planification, la recherche clinique et l'organisation des soins auraient eu

---

toujours une question du pouvoir de voir-et peut-être de la violence implicite de nos pratiques de visualisation (2007, p.121) ». Il n'est pas possible d'analyser les faits sociaux comme des choses, ni de concevoir et d'interpréter des faits humains comme des faits de nature. En réalité, il ne peut y avoir de savoir qui soit complètement à l'abri des subjectivités. La recherche est menée par des êtres humains, qui sont porteurs de signifiants sociaux, de marqueurs identitaires et de biais. Or, la recherche féministe accueille ces liens de proximité possibles entre chercheur-e-s et sujets (empathie, sympathie, complicité, etc.). L'intersubjectivité demeure importante tout comme la réflexivité par rapport à sa position en tant que chercheur-e et les biais que celle-ci peut engendrer. Cette manière de faire de la recherche entre dans ce qu'on appelle l'épistémologie des perspectives partielles (Ollivier et Tremblay, 2000; Haraway, 2007).

comme résultats de réduire les disparités en santé entre les hommes et les femmes. » (2007 : 41, *traduction libre*).

L'approche intersectionnelle, qui est située, aurait le potentiel de saisir ses subtilités. L'intersectionnalité fait partie du champ de l'épistémologie de la connaissance située, une approche plus intégrée. L'épistémologie de la connaissance située, théorisée entre autres par Haraway (1988), Harding (1991), et Collins (1984), évacue l'idée de neutralité. Selon cette approche, « toute connaissance est nécessairement située dans le temps et l'espace », et ancrée « dans les conditions matérielles d'existence spécifiques à un groupe et à une époque donnée » (Ollivier et Tremblay, 2000 : 118). Par cette méthode, on tend à voir de l'intérieur, plutôt que de l'extérieur de la société. Plusieurs explications de situations sociales et relationnelles de trouvent dans « l'ordinaire », le « quotidien ». Il s'agit donc de partir de ce qui est jugé comme étant problématique par les participants-e-s et de voir comment cela est vécu, compris, reproduit et négocié au quotidien. Cette théorie est très pertinente en études féministes parce qu'elle place les acteurs sociaux au cœur des préoccupations et des réflexions. C'est par ailleurs la stratégie à privilégier pour la recherche empirique, notamment en santé et en travail social parce qu'elle permet un contact direct avec les discours de ces acteurs-trices. C'est pour cette raison, qu'on qualifie de « située », l'intersectionnalité.

Bien que conceptuellement, l'approche intersectionnelle soit particulièrement intéressante et permette de réfléchir à l'inclusion des femmes immigrantes dans la société canadienne, sa mise en pratique dans les recherches et les interventions en santé comporte de nombreux défis.

### **Enjeux de l'approche intersectionnelle en santé**

Malgré la pertinence de l'approche intersectionnelle, l'emploi des différents signifiants sociaux en recherche n'est pas encore systématique et il existe certains décalages entre la théorie et la pratique (Hankivsky, de Leeuw, Lee, Vissandjée et Khanlou, 2011; Holtman et Tramonte, 2014; Vissandjée, Hyman, Spitzer, Apale et Kamrun, 2007). Plusieurs auteur-e-s ont montré que rarement plus de deux intersections ou vulnérabilités sociales étaient combinées dans les travaux portant sur la santé des immigrants comme a permis de le documenter l'étude menée par Vissandjée, Hyman, Spitzer, Apale et Kamrun (2007). Pour en faire la démonstration, les auteures ont effectué une recension systématique des écrits (*scoping review*) afin d'analyser la littérature traitant de la santé des femmes immigrantes, notamment en cherchant à identifier le nombre et l'incidence des concepts utilisés dans chaque étude (n= 59<sup>9</sup>). Les résultats ont indiqué que très peu de recherches intégraient systématiquement les différents déterminants sociaux de la santé, comme le sexe, le genre, l'ethnicité, et le parcours migratoire. Nous savons pourtant que la migration n'est pas un processus neutre<sup>10</sup>, tout comme l'appartenance ethnique ou linguistique par exemple. Dans ces conditions, il apparaît questionnable que ces dimensions ne soient pas invariablement intégrées dans les recherches sur la santé des populations. En plus des coûts monétaires et du temps que ces recherches requièrent, des lacunes s'ajoutent au niveau de la mise en relation, de l'identification et la compréhension des différentes intersections (Vissandjée et al.2007; Spitzer, 2011; Holtman et Tramonte, 2014).

Comment mettre en relation de façon dynamique les déterminants ayant des impacts sur la santé, l'accès aux soins de santé ou la qualité des soins reçus, sans simplement les additionner? Puisque rappelons-le, l'approche intersectionnelle ne propose pas de combiner que deux ou trois « intersections » afin d'en comprendre leurs

---

<sup>9</sup> Un échantillon final de 59 études ont été analysées dans le cadre de cette recherche.

<sup>10</sup> Le terme *neutre* est ici employé pour exprimer l'idée d'une composante identitaire et/ou d'un parcours qui serait indépendant de toutes particularités. Par exemple, on parlerait d'un parcours migratoire qui ne serait pas marqué par des imprévus, des expériences spécifiques, des allers-retours dans le pays d'origine, qui serait donc linéaire et reproductible, ce qui n'est pas possible.

effets sur la santé, mais bien de dégager la synergie résultant d'une interaction complexe entre celles-ci à un moment donné. Dans ce même ordre d'idée, comment documenter cette synergie, sans la figer, la cristalliser sur l'ensemble d'un groupe? Par exemple, est-ce que le fait d'être une femme immigrante mènerait systématiquement à un résultat prédéterminé? S'appuyant sur les auteurs cités jusqu'à présent, il ne s'agit pas de formules préétablies qui soient reproductibles. La reproductibilité des résultats demeure un enjeu de santé des populations.

Bien que l'utilisation de l'approche intersectionnelle se soit considérablement développée dans les recherches en santé depuis une dizaine d'années, elle demeure essentiellement confinée aux études qualitatives (Grace, 2014). Les entretiens approfondis ou l'approche du point de vue situé (*stand point theory*) sont généralement les méthodes de cueillettes de données privilégiées lorsqu'on tente de comprendre les effets des interactions des différentes formes d'oppression dans un cadre de recherche spécifique. Produisant des résultats riches de sens, l'approche qualitative demeure pourtant difficilement généralisable (Pope et Mays, 2006). Au sein de plusieurs approches en santé, une certaine portion quantitative doit être avancée pour justifier l'ampleur ou la portée des résultats obtenus par les méthodes qualitatives. Pour contrecarrer les limites découlant de l'usage exclusif des méthodes qualitatives ou quantitatives, Dubrow (2013) suggère d'utiliser une méthodologie mixte :

[...] the use of both qualitative and quantitative data is needed to produce a full and complete portrait of intersectionality, and to test its main assumptions. [...] For exemple, while quantitative data is helpful in intersectionality research for producing generalizable results for larger population groups, qualitative data can provide complementary insights into institutional processes and people's subjective and context-dependent experiences in the everyday world (Dubrow, 2013: 164).

Grace (2014) soutient qu'une approche méthodologique mixte-intersectionnelle, bien qu'elle comporte encore plusieurs limites comme celle de la construction d'une grille d'analyse utilisant des catégories statiques et celle de l'interprétation des enjeux produits par l'interaction des identités, offre des possibilités pragmatiques importantes à prendre en considération.

Bauer (2014) a identifié d'autres obstacles de cette approche méthodologique. D'abord, il existerait une confusion entourant la « valeur » des termes catégoriels quantitatifs chez certains chercheurs et professionnels de la santé. Cette confusion réside dans l'évaluation des valeurs des différentes intersections. Plusieurs questions émergent de ces considérations : est-ce que certaines intersections sont plus importantes que d'autres? Comment évaluer si une intersection a une importance suffisante pour être incluse dans une recherche? Comment interpréter les interactions entre les catégories? Puisque les catégories ne sont pas fixes et que les identités sont multidimensionnelles et en changement constant, comment évaluer des croisements qui pourraient être éphémères (Maillé, 2015)? Par exemple, dans un contexte migratoire, il se peut qu'au moment de l'étude, une participante soit particulièrement vulnérable parce qu'elle ne maîtrise pas la langue officielle, qu'elle soit isolée et peu informée du fonctionnement du système de santé et que cela modifie son expérience lors de la réception des soins de santé. Or, quelques mois plus tard, cette même femme s'étant perfectionnée dans cette langue, ayant développé un réseau social et comprenant mieux le fonctionnement du système de santé sera pleinement satisfaite des soins reçus. Dans ce contexte, la perception et l'expérience de cette participante auront différé à cause du moment où la recherche aura été réalisée. Est-il possible, dans ce cas, de mener des études longitudinales dans le temps? Sans une compréhension approfondie des rapports de domination entrecroisés et des effets y étant rattachés, il peut être particulièrement difficile de bien saisir les subtilités dans son changement de perceptions et d'attitude et donc, d'adapter les soins selon les besoins.

Pour Dorlin, le principal danger de l'intersectionnalité comme outil d'analyse se trouve notamment dans le fait qu'il « stabilise des relations en des positions fixes, qui sectorise les mobilisations, exactement de la même façon que le discours dominant naturalise et enferme dans des identités altérisées (2005 : 92). » Cette cristallisation des identités aurait pour conséquence de baser le système de soins à partir de généralisations excessives faites sur certains groupes, comme ce fut le cas au 19<sup>e</sup> siècle lorsqu'on parlait de « la » femme, de « ses » besoins et de « sa » physiologie féminine, de « ses » maladies, etc. Il s'agit des mêmes questionnements par rapport aux catégories « ethniques ».

Appréhender et classifier les différences « ethniques » ou « raciales » peut s'avérer particulièrement complexe. Selon Chantal Maillé :

Le contexte dans lequel émerge l'analyse intersectionnelle est balisé, au plan théorique, par les théories postmodernes, postcoloniales, mais aussi par les théories queer et anti-racistes; cependant, les grilles de compréhension des processus de racialisation à l'œuvre dans une société donnée ne sont pas toutes au même stade de développement, rendant parfois difficile la tâche d'intégrer les dimensions raciales à l'analyse féministe est beaucoup plus complexe lorsqu'il n'existe pas déjà de métarécits sur ces questions dans un contexte national donné (2015 : 7).

Pour Maillé (2015) et Bilge (2015), d'autres lacunes persistent dans la mise en œuvre de l'approche intersectionnelle. L'absence d'une théorie unifiée représente l'enjeu premier (Maillé, 2015). Le problème des emprunts conceptuels représente le second défi. Maillé s'explique :

L'importation qu'ont faite les féministes de théories sur la race et sur les classes sociales-le fait de plaquer une grille marxiste des classes sociales à une analyse féministe, par exemple, sans redéfinir les classes sociales en fonction des réalités



des femmes, constitue un autre problème important pour le féminisme actuel qui tente d'intégrer des analyses sur la race et la classe aux questions de genre (2015 : 11).

Jasbir Puar (2012), théoricienne féministe, a également exposé le danger de la catégorisation de certaines identités sociales, n'ayant pas été préalablement déconstruites. Cela pourrait mener vers un enfermement essentialiste des sujets ainsi que des identités sociales. Bauer (2014) a également souligné l'importance de distinguer soigneusement les imbrications entre les identités, les positions, les processus, les politiques et les pratiques, exigeant des considérations méthodologiques distinctes. Elle précise que cela évite le problème de l'identité amalgamée entre la position ou l'expérience. Cette distinction ouvrirait des possibilités à l'étude des interactions entre ces domaines ou à l'examen des modèles de médiation et permettrait de centrer l'attention sur les besoins méthodologiques pluriels ainsi que les exigences et différents types de questions intersectionnelles. (Bauer, 2014 : 14, *traduction libre*).

De plus, la manière dont on mesure l'oppression dans un domaine défini, par exemple le racisme ou encore l'homophobie, nécessiterait des expériences dites dés-agrégées (*traduction libre*), c'est-à-dire qu'elles soient décomposables<sup>11</sup>, puisque les échelles de mesure de ces questionnaires n'ont toujours pas été adaptées à l'analyse intersectionnelle. La constitution de ces échelles suppose que la discrimination ou encore la marginalisation soit identifiable pour chaque type d'identité ou de groupe. Selon le postulat que l'imbrication des différentes intersections puisse produire une expérience singulière, il devient particulièrement difficile de faire émerger ou encore de chiffrer cette singularité (Bauer, 2014). Également, la perception et l'interprétation des différentes

---

<sup>11</sup> Pour qu'elles soient décomposables, les expériences et conditions d'oppression vécues devraient pouvoir être divisées en différents éléments qui seraient unitaires (sexe, parcours migratoire, âge, classe socio-économique, etc.) pour ensuite en analyser la composition et l'expliquer, comme une formule mathématique. C'est comme si nous divisions l'identité d'une personne comme suit : blanche+femme+pauvre+immigrante+jeune+homosexuelle=résultat X. La division de ces expériences et marqueurs identitaires de manière unitaire pour en lire un résultat X est improbable et peu souhaitable.

catégories pourraient être très éloignées d'une participante à une autre et sa compréhension très subjective. Comme l'avaient montré les membres du Combahee River Collective (2006), séparer et distinguer les différentes formes d'oppression de race, de classe et de sexe s'avère être un exercice particulièrement ardu, étant donné qu'elles en font l'expérience quotidiennement et de manière simultanée. Pour les participantes d'une recherche en santé, il pourrait donc être ardu de distinguer précisément quelle intersection produit quel effet sur sa santé et, de façon plus générale, sur son bien-être. Rappelons que Bilge avance : « Non seulement l'intersectionnalité, comme analytique du pouvoir, permet *l'examen des relations d'interdépendance* historiquement contingentes entre les vecteurs de pouvoir (de race, de classe, de genre, etc.), mais elle réalise aussi cet examen en fonction de plusieurs *domaines de pouvoir* et de leurs interactions (2015 : 16) ». Il ne peut y avoir de segmentation des différentes catégories, puisque c'est leur dynamique, à un moment historique donné, qu'il convient de lire. Des biais de recherches et des manques importants sont possibles lorsque seulement certaines pratiques de subordination sont analysées, de manière compartimentée.

Dans un récent article, Bilge (2015) émet une critique sur la blancheur de l'intersectionnalité. Pour l'auteure, il y aurait un « effacement », une « dépolitisation » du projet politique à l'origine de cette idée, puisque les féministes académiques, entre autres, se seraient approprié le concept. Le clivage entre féminisme disciplinaire et académique est important pour cette auteure :

Le féminisme disciplinaire renforce plus qu'il ne la confronte la façon hégémonique de faire de la science. Il est plus soucieux du succès institutionnel des savoirs qu'il produit que de transformer ou de déstabiliser l'institution, les disciplines ainsi que leurs méthodes et épistémologies dominantes. Ironiquement, le féminisme disciplinaire normalise de nos jours l'intersectionnalité en utilisant des outils disciplinaires analogues à ceux qui ont été utilisés contre le féminisme radical des années 70 et 80 quand celui-ci est entré à l'université (2015 : 18).

Les analystes et interprètes de l'intersectionnalité qui se trouvent être les nouveaux « spécialistes » de la théorie se trouveraient également à être des gens très instruits, blancs et occidentaux (Bilge, 2015). Cela pose problème, puisque c'est avec des lentilles occidentales que sont analysées et menées certaines recherches en études féministes ainsi qu'en santé d'une part. D'autre part, des rapports de pouvoir persistent au sein même des équipes de chercheur-e-s et/ou de traitant-e-s ainsi que vis-à-vis des sujets à l'étude, comme questionné par Tremblay (2010). Face à cette problématique, Vissandjée et Dupéré (2000) proposent la formation de groupes de recherche plus diversifiés. Il y aurait une « nécessité de l'appariement ou « matching » des identités de la population à l'étude avec des chercheurs comme stratégie pour développer des connaissances culturelles appropriées (p.483) ». Les équipes de recherche pourraient être constituées de spécialistes de différentes disciplines (par exemple travailleurs sociaux, médecins, infirmières, psychologues, ergothérapeutes, sociologues) et ayant des expériences complémentaires (par exemple internes, stagiaires, seniors), elles devraient donc être multiethniques et multidisciplinaires. La collaboration avec certains partenaires essentiels, tels que les hôpitaux, les cliniques de milieu et les organismes communautaires, demeure prioritaire. Une étude de Torres, Spitzer, Labonté, Amaratunga et Andrew (2013) permettait récemment de constater les contributions et les impacts positifs de certains travailleurs de la santé communautaire et d'agents culturels dans des initiatives de santé canadiennes. La place du dialogue doit devenir centrale dans ces types de recherches et nécessite, par la connaissance située caractérisant l'intersectionnalité, de laisser émerger les savoirs (Vissandjée et al.2013). Les soignant-e-s et les chercheur-e-s devront accepter de « se décentrer » (Vissandjée et al. 2013 : 74), c'est-à-dire de s'ouvrir aux savoirs provenant des « experts » du quotidien et des expériences des populations ciblées par les projets. Il faudrait également s'assurer d'inclure les principales concernées dans l'élaboration des recherches ainsi que dans le

processus de validation des résultats (Vissandjée et Dupéré, 2000). Puis, les résultats de recherche devraient être traduits et accessibles à la population cible. Seule une approche de coalition permettrait éventuellement la réalisation de véritables recherches intersectionnelles en santé.

Au final, il faut réfléchir à cette mise en garde émise par Bilge (2015) face au projet intersectionnel :

Aussi faut-il souligner que la volonté de standardiser l'intersectionnalité et de produire une sorte de « mode d'emploi » facile est une caractéristique du marché des savoirs en cette ère néolibérale où les savoirs sont souhaités « prêts à consommer » et faciles à digérer. Comme le souligne Patricia Hill Collins (2009), l'intersectionnalité devient alors une pensée à ingurgiter et à écarter aussitôt qu'une nouvelle tendance plus séduisante se profile à l'horizon (Bilge 2015 : 25).

Bilge critique le fait de vouloir à tout prix développer : « [...] la démarche méthodologique » de l'intersectionnalité, de la maîtriser comme « science », comme « protocole », quand en fait, il n'y a pas « de définition de taille unique (*One-size-fits-all*) de l'intersectionnalité, ni d'application - une telle attente universaliste va contre l'esprit de l'intersectionnalité, qui est, faut-il le rappeler, un savoir situé » (Bilge, 2015 : 15). L'auteure reprend également la comparaison de Crenshaw qui laisse entendre que le désir actuel de faire de l'intersectionnalité un savoir dont la scientificité est immuable rappelle, ironiquement, les efforts disciplinaires entrepris contre le féminisme lui-même, il y a quelques décennies. (Crenshaw, 2011 : 223, citée par Bilge 2015 : 23)

Pour Maillé (2015), le problème est autre. La persistance des points de tensions dans les théorisations et tentatives d'application en grilles pratiques applicables de l'intersectionnalité montre la lacune principale et elle y propose une solution. Pour cette auteure, l'analyse postcoloniale est une condition *sine qua non* au projet intersectionnel, tant dans ses méthodes que ses applications :

Il manque à l'analyse intersectionnelle un véritable projet politique orienté vers le dépassement de systèmes qui organisent la domination. Ici, l'analyse postcoloniale est en quelque sorte le chaînon manquant pour organiser la compréhension des dynamiques au sein des féminismes. [...] L'analyse postcoloniale utilise les catégories de l'analyse intersectionnelle pour proposer une lecture politique des rapports de pouvoir produits par le genre, la race ou la classe sociale (2015 : 12).

En ce sens, l'intersectionnalité est pertinente pour les recherches en santé, mais encore faut-il réfléchir au colonialisme et comment il contribue à orienter les analyses selon des théories dominantes issues d'un modèle occidental-centré. Il faudrait développer une manière de « mesurer », d'intégrer systématiquement l'analyse postcoloniale aux recherches intersectionnelles en santé. En quoi les rapports coloniaux peuvent-ils influencer les différentes « catégories » et leurs intersections? Il s'agit d'une piste intéressante à laquelle il faudrait effectivement se pencher si l'on souhaite mener des recherches dont l'objectif est véritablement l'amélioration des conditions de santé des femmes immigrantes au Canada.

### **Conclusion**

Cet article a permis de soulever certains questionnements méthodologiques face à l'utilisation de l'approche intersectionnelle en santé. Parmi ces enjeux, plusieurs questions sont restées en suspens : comment bâtir des grilles d'analyse qui ne se focaliseraient pas que sur une ou deux catégories identitaires? Comment documenter la synergie résultant des différentes catégories, sans tomber dans une forme de cristallisation des identités et des positions des femmes immigrantes? Quelle approche méthodologique permettrait d'inclure et de traiter ces différents enjeux de manière démocratique, dynamique et efficace? Comment intégrer les méthodes qualitatives aux

quantitatives, tout en adoptant une vision plus politique des interactions que produisent ces intersections (race, genre, classe, statut citoyen, etc.)? Peut-on exiger des chercheurs, la formation de groupes de recherche culturellement et professionnellement mixtes? Dans un contexte de restriction budgétaire, peut-on se permettre d'investir dans des recherches dont la reproductibilité ne puisse être assurée? Considérant que la recherche féministe a pour objectif le changement social, questionner et déconstruire les structures de pouvoir est une condition essentielle pour l'équité entre les sexes. Cela nécessite que les chercheur-e-s se distancient d'un projet élitiste et hégémonique, en misant sur le dialogue. Par conséquent, il faut, pour s'assurer d'une équité dans l'état ainsi que dans l'accès aux soins de santé, reconnaître les défis présentés et trouver des moyens de les contourner collectivement. Les traitants et chercheurs devront se distancier de ce rapport hiérarchique entretenu vis-à-vis des soignants depuis des siècles d'une part. D'autre part, il faudra investir massivement dans des recherches plus démocratiques en santé en étant conscients des présupposés sociaux qui façonnent l'expérience et la santé des gens que nous avons choisi d'accueillir au Canada, dont, encore faut-il le rappeler, les femmes font intégralement partie.

## Références

- Angus, Jan E, Lombardo, Anthony P, Lowndes, Ruth H, Cechetto, Naomi, Ahmad, Farah, et Bierman, Arlene S (2013). Beyond Barriers in Studying Disparities in Women's Access to Health Services in Ontario, Canada. *Qualitative Health Research*, 23(4), 476-494.
- Anucha, Uzo, Nombuso, Dlamini, Miu Chung, Yan et Smylie, Lisa (2006). *Capital social et bien-être des immigrantes : Étude multidimensionnelle auprès de quatre communautés ethniques de Windsor*, Condition féminine Canada : Ottawa.
- Bauer, Greta (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10-17.
- Beneria, Lourdes (2010). Travail rémunéré, non rémunéré et mondialisation de la reproduction, dans Falquet Jules, Hirata Helena, Kergoat Danièle... [et al.] (dir.). *Le sexe de la mondialisation : genre, classe, race, et nouvelle division du travail* (pp. 71-79), Paris : Presses de Sciences Po.
- Bilge, Sirma, Sous la direction de Lebel, Estelle, Bourque, Dominique et Maillé, Chantal (2015). Le blanchiment de l'intersectionnalité. *Recherches Féministes*, 28(2), 9-32.
- Bronfenbrenner, Urie (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chen, Cynthia, Smith, Peter et Cameron, Mustard (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & Health*, 15(6), 601-619.
- Combahee River Collective (2006). Déclaration du Combahee River Collective , *Cahiers de CEDREF*, 14, 53-67.

- Condomines Bérangère (2013). Étudier des sujets sensibles : Les apports d'une approche mixte. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise*, (1), 12-27.
- Crenshaw, Kimberlé W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics and violence against women, *Stanford Law Review*, (43), 1241-1298.
- Dorlin, Elsa (2005). De l'usage épistémologique et politique des catégories de « sexe » et de « race » dans les études sur le genre. *Cahiers Du Genre*, (2), 83-105.
- Dubrow, Joshua (2013). Why Should We Account for Intersectionality in Quantitative Analysis of Survey Data? Dand V. Kallenberg, J. Meyer, & J. M. Müller (Eds.), *Intersectionality und Kritik: Neue Perspektiven für alte Fragen* (pp. 161-177). Wiesbaden: Springer.
- Gagnon, Anita J., Dougherty, Geoffrey, Wahoush, Olive, Saucier, Jean-François, Dennis, Cindy-Lee, Stranger, Elizabeth, Palmer, Becky, Merry, Lisa et Stewart E. Donna (2013). International migration to Canada: The post-birth health of mothers and infants by immigration class, *Social Science & Medicine*, 76 (197-207).
- Gauthier, Carol-Anne, Boucher, Jacques L., Côté, Denyse et Andrew, Caroline (2013). Le rôle des réseaux sociaux dans le processus d'intégration socioprofessionnelle des femmes immigrantes qualifiées au Québec. *Économie et Solidarités*, 43(1-2), 98-110.
- Grace, Daniel (2014). Intersectionality-informed Mixed Methods Research: A Primer, *Institute for Intersectionality Research and Policy*, 1-20.
- Guillaumin, Colette (1978), Pratique de pouvoir et idée de nature : 1. l'appropriation des femmes, *Questions féministes*, 2, 5-30.
- Guillaumin, Colette (1992), *Sexe, Race et Pratique de Pouvoir : L'idée de la Nature*, Paris : Côté-femmes éditions.
- Guillaumin, Colette (2002). *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris : Éditions Gallimard.



- Hankivsky, Olena, de Leeuw, Sarah, Lee, Jo-Anne, Vissandjée, Bilkis et Khanlou, Nazilla (Éd.) (2011). *Health Inequities in Canada : Intersectional Frameworks and Practices*, Vancouver.Toronto: UBC Press.
- Haraway, Donna (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Haraway, Donna (2007). Savoirs situés. La question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle, *Manifeste Cyborg et autres essais*, Paris : Exils Éditeur, 107-140.
- Harding, Sandra. (1991), *Whose Science/Whose Knowledge?* Milton Keynes: Open University Press.
- Hill Collins, Patricia (1990). *Black Feminist Thought, Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*, Boston, MA: Unwin Hyman.
- hooks, bell (1981). *Ain't I a woman; Black Women and Feminism*, Londres: Plutot Press.
- hooks, bell (1984). *Feminist theory: from margin to center*. Cambridge: South End Press.
- hooks, bell (2000). *Feminism is Everybody*, Cambridge: South End Press.
- Holtmann, Cathy, et Tramonte, Lucia (2014). Tracking the Emotional Cost of Immigration: Ethno-religious Differences and Women's Mental Health. *Journal of International Migration and Integration*, 15(4), 633-654.
- Hyman, Ilene (2009) *Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants*, Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.
- Hyman, Ilene, et Sepali, Guruge (2002). A Review of Theory and Health Promotion Strategies for New Immigrant Women. *Canadian Journal of Public*, 93(3), 183- 187.
- Hyman, Ilene (2001). *Health policy Working Paper Series: Immigration and health. Applied Research and Analysis Directorate*, Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.
- Juteau, Danielle (1996). L'ethnicité comme rapport social, *Mots*, (49), 97-105.
- Lombardo Anthony, Angus, Jan E., Lowndes, Ruth, Cechetto, Naomi, Khattak Shamal,

- Ahmad, Farah et Bierman, Arlene S. (2014). Women's strategies to achieve access to healthcare in Ontario, Canada: a meta-synthesis", *Health and Social Care in the Community* 22 (6), 575-587.
- Lorde, Audre (1984). *Sister Outsider*, Freedom CA: The Crossing Press.
- Lorde, Audre (1997). "Age, race, class, and sex: women redefining difference", in McClintock, A., Mufti, A. and Shohat, E., *Dangerous liaisons: gender, nation, and postcolonial perspectives* (pp.374-380), Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Lupton, Deborah (1994). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, Londres: Routledge.
- Maillé, Chantal (2015). « Approche intersectionnelle, théorie postcoloniale et questions de différences dans les féminismes anglo-saxons et francophones », dans Maillé, C. et Hamrouni, N., *Le sujet du féminisme est-il blanc? Femmes racisées et recherche féministe* (pp. 1-29), Montréal : Les Éditions Remue-Ménage.
- Mathieu, Nicolas-Claude (1973). Homme-culture et femme-nature. *L'Homme*, 13(1-2), 101-113.
- Mikkonen, Juha, et Raphael, Dennis (2010). *Social determinants of health the Canadian facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management.
- Morokvasic, Mirjana (2010). Le genre est au coeur des migrations, dans Falquet Jules, Hirata Helena, Kergoat Danièle... [et al.] (dir.), *Le sexe de la mondialisation : genre, classe, race, et nouvelle division du travail* (pp. 105-112), Paris : Presses de Sciences Po.
- Navarro, Vicente (2009). What We Mean by Social Determinants of Health, *International Journal of Health Services*, 39(3), 423-441.
- Ollivier, Michèle et Tremblay, Manon (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Paris: l'Harmattan.
- Pope, Catherine, et Mays, Nicholas (2006). *Qualitative research in health care* (3rd ed.). Toronto: Blackwell Publishing.

- Puar, Jabsir (2012). *Homonationalisme. Politique Queer après le 11 septembre*. Paris: Éditions Amsterdam.
- Sassen, Saskia (2010). Mondialisation et géographie globale du travail, dans Falquet Jules, Hirata Helena, Kergoat Danièle... [et al.] (dir.). *Le sexe de la mondialisation : genre, classe, race, et nouvelle division du travail* (pp. 27-34), Paris : Presses de Sciences Po.
- Spitzer, Denise (2005). Engendering Health Disparities. *Canadian Journal of Public Health*, 96, S78-96.
- Spitzer, Denise (2011). *Engendering Migrant Health: Canadian Perspectives*, Toronto: University of Toronto.
- Spitzer, Denise (2012) *Oppression and Health*, Halifax: Fernwood Publishing.
- Statistique Canada (2015). *Les femmes immigrantes, Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*, Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Talahite, Fatiha (2010). Genre, marché du travail et mondialisation, dans Falquet Jules, Hirata Helena, Kergoat Danièle... [et al.] (dir.). *Le sexe de la mondialisation : genre, classe, race, et nouvelle division du travail* (pp. 43-54), Paris : Presses de Sciences Po.
- Torres, Sara, Spitzer, Denise, Labonté Ronald, Amaratunga Carol, Andrew Caroline, (2013). Community health workers in Canada: innovative approaches to health promotion outreach and community development among immigrant and refugee populations, *Journal of Ambulatory Care Management*, Oct-Dec 36 (4), 305-318.
- Torres, Sara, Richard, Lucie, Guichard, Anne, Chiocchio, François, Litvak, E, Beaudet, Nicole. (2015). Professional development programs in health promotion: tools and processes to favor new practices, *Health Promotion International*.
- VanderPlaat, Nadine (2007). Integration Outcomes for Immigrant Women in Canada: A review of the literature 2000-2007, *Série de documents de recherche 8 du Centre Métropolis Atlantique*.

Vissandjée, Bilkis, Apale, Alisha, Wieringa, Saskia (2009). “Exploring Social Capital among Women in the Contexte of Migration: Engendering the Public Policy Debate”, in Vijay, A., *Racialized migrant women in Canada: essays on health, violence and equity*, (pp.198-215), Toronto: Toronto University Press.

Vissandjée, Bilkis, Bates, Karine, Violla, François et Kuntz, Jonathan (2013). Expérience d’immigration et droit à la santé, à des soins et à des services de qualité : une question de justice sociale, *Revue internationale de la recherche interculturelle Alterstice*, 3(1), 67-83.

Vissandjée, Bilkis, Cognet, Marguerite, Fortin, Steeve et Kuntz, Jonathan (2014). « Relever les défis de la diversité en contexte interculturel par une pratique clinique responsable », dans Lenoir, A. et Allaoui, D. (Eds), *L’interculturel, un outil de reconnaissance de la diversité culturelle?* Paris: Presses L’Harmattan.

Vissandjée, Bilkis, Desmeules, Marie and Schotsman, Alisha (2006). Putting Migration and Ethnicity on the Women’s Health Map, *CWHN Network*, 16-17.

Vissandjée, Bilkis, Denetto, Shereen, Migliardi, Paula et Proctor, Jodi (2014). Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences, *BMC International Health and Human Rights*, 14(13).

Vissandjée, Bilkis, et Dupéré, Sophie (2000). Culture, migration et instrument de mesure : défis incontournables, *Journal of International Migration and Integration*, 4, 447-492.

Vissandjée, Bilkis, Hyman, Ilene, Spitzer, Denise, Apale, Alisha, et Kamrun, Nahar (2007). Integration, clarification, substantiation: Sex, gender, ethnicity and migration as social determinants of women's health.(Report). *Journal of International Women's Studies*, 8(4), 32.

Vissandjée, Bilkis, Hyman, Ilene, Janczur, Axelle et Villefranche, Marjorie (2012). “Searching for Promising Health Promotion Practices for Immigrants: Accounting

for Intersecting Determinants”, in, I.Rootman, S. Dupéré, A.Pederson and M.O’Neill (Eds), *Health Promotion in Canada* (pp.249-254), Toronto: Canadian Scholars’ Press Inc.

Vissandjée, Bilkis et Lingam, Line (2012). « Enjeux liés aux approches sensibles à l’interaction entre le genre et la migration : construire des partenariats, revoir les pratiques pour un accès équitable à des soins de santé », dans Suárez-Herrera, J.C. et Blain, MJ. (Eds), *La recherche en santé mondiale : Perspectives socio-anthropologiques* (pp.197-212), Montréal : La Collection des cahiers scientifiques de l’ACFAS.

Vissandjée, Bilkis, et Maillet, Line (2007). « L’empowerment et l’expérience de l’immigration au Canada, Multiples déterminants d’une réalité complexe », dans Dorvil, H. (dir), *Problèmes Sociaux, Théories et méthodologies de l’intervention sociale*, Québec : Presses de l’Université du Québec.

Vissandjée, Bilkis, Migliardi, Paula, Denetto, S Shereen, et Proctor, Jodi (2013). « Défis d’intervention en contexte interculturel : Le cas des pratiques traditionnelles telles que l’excision et l’infibulation dans une perspective éthique en santé publique au Canada », dans Massé, R. et Mondou, I. (Eds), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques* (pp. 190-224), Québec : Presses de l’Université Laval.

Vissandjée, Bilkis, VanDerPlaat, Madine, Alexander, Stephanie, et Apale, Alisha (2011). “At the intersection of social capital, gender, migration and health”, in Spitzer, D. (Ed). *Engendering Migrant Health: Canadian Perspectives* (pp.231- 244), Toronto: University of Toronto Press.

Vissandjee, Varcoe, et Apale, Alisha (2007). Words: A diversity of words. *Applied Nursing Research*, 20 (1), 47-48.

Tremblay, Pierre (2010). Intervention et représentation de la pauvreté. *Revue Canadienne De Sociologie*, 47(3), 247-271.