

# Inégalités de santé et intersectionnalité

Janvier 2015

## Note documentaire

Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé

L'intersectionnalité est une façon de réfléchir et d'agir en matière d'inégalités sociales et de discrimination. Il s'agit d'une approche prometteuse pour traiter de ces questions dans le cadre des politiques publiques et de la santé publique. Cette note documentaire explique brièvement l'intersectionnalité et se penche sur le potentiel d'une telle approche pour réduire les inégalités de santé<sup>1</sup>.

Le fait que la position sociale<sup>2</sup> de certains groupes et de certaines personnes influe considérablement sur la santé est reconnu depuis longtemps par le domaine de la santé publique. Quand les états de santé sont comparés selon le revenu, le sexe, la race ou l'éducation, pour ne nommer que ces critères, il devient évident que ces derniers jouent des rôles clés pour déterminer l'état de santé. Les taux de plusieurs maladies, par exemple, sont plus élevés chez les gens vivant dans la pauvreté, et ces derniers

meurent plus jeunes que les personnes mieux nanties. Au Canada, les groupes racialisés sont également en moins bonne santé que les personnes de race blanche, et l'état de santé des femmes est souvent moins reluisant que celui des hommes. L'accès aux soins de santé comporte souvent des obstacles considérables pour les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres (LGBT), en particulier les jeunes, qui ont des taux d'itinérance et de suicide significativement plus élevés (Mulé *et al.*, 2009). Les énoncés précédents ne surprendront pas les acteurs de santé publique. Ces facteurs, tout comme le logement, le revenu et l'éducation, sont communément appelés les **déterminants sociaux de la santé** (DSS)<sup>3</sup>. Bien que la plupart des discussions sur les déterminants sociaux de la santé touchent également ce que nous appelons parfois les déterminants structurels (politiques macrosociales, fiscales et économiques, valeurs sociales et culturelles générales; Commission on Social Determinants of Health, 2007), il a été difficile, étant donné les mandats des organismes de santé publique, de voir comment ces derniers peuvent agir sur les déterminants structurels dans le cadre de leurs pratiques. Les idées et les approches qui émanent des études sur l'intersectionnalité peuvent pallier cette difficulté sur deux fronts : en aidant à comprendre l'interaction entre différentes positions sociales défavorisées et comment ces dernières sont liées aux structures sociales qui les ont créées et qui les maintiennent.

## Qu'est-ce que l'intersectionnalité?

Au cours des dernières années, l'intersectionnalité, en tant qu'approche et en tant que pratique, s'est révélée comme l'une des façons les plus prometteuses de s'attaquer aux inégalités structurelles. Élaborée à l'origine pour examiner les formes complexes et

<sup>1</sup> Le gouvernement canadien définit ces inégalités comme « les différences de l'état de santé de divers groupes ou personnes de la société. Elles peuvent provenir de facteurs génétiques et biologiques, des choix effectués ou du hasard, mais ces inégalités sont souvent liées à un accès inégal aux principaux facteurs qui influent sur la santé comme le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et les soutiens sociaux » (Gouvernement du Canada, 2008, p. 5). Même si le terme « *health inequities* » est souvent utilisé dans la littérature sur l'intersectionnalité, nous utilisons ici « inégalités de santé » en lui donnant la même signification que dans les autres documents du CCNPPS. Note : tous nos documents sont publiés en anglais et en français; à ce jour, il n'existe aucun consensus sur la traduction française du terme « *health inequities* » (les rapports de la Commission de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS], par exemple, utilisent les termes « *health inequities* » en anglais et « inégalités en santé » en français). Dans un souci de clarté et de constance, nous utilisons « *health inequalities* » en anglais et « inégalités de santé » en français.

<sup>2</sup> L'expression « positionnement social » ou « position sociale » est utilisée pour refléter l'idée que bien que chacun de nous occupe une place particulière dans le monde, cette place est déterminée par notre relation avec le milieu social dans lequel nous évoluons. Autrement dit, notre place dans la société dépend de notre place au sein des structures sociales auxquelles nous appartenons, qui la modifient et la façonnent. Bien que principalement déterminée par les structures d'inégalités inhérentes à un système social, la place dans la société est, en outre, souvent ressentie par les individus comme une identité profonde lorsqu'ils négocient leur situation dans un milieu social.

<sup>3</sup> L'Association canadienne de santé publique définit les déterminants de la santé comme « les facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des gens » (Association canadienne de santé publique, s. d.).



Le terme « intersectionnalité » a été utilisé pour la première fois par Kimberlé Crenshaw, dans son analyse des décisions rendues dans des causes de discrimination en milieu de travail portées devant les tribunaux américains par des femmes noires (Crenshaw, 1989). Dans un de ces jugements, un groupe de femmes noires avaient intenté une action contre General Motors après avoir été licenciées injustement et, selon elles, spécifiquement parce qu'elles étaient des femmes noires. Le tribunal a jugé qu'aux termes de la loi, elles ne pouvaient pas intenter une telle action; soit elles étaient victimes de discrimination parce qu'elles étaient des femmes, soit elles étaient victimes de discrimination parce qu'elles étaient noires. Aucune position juridique ne leur permettait à la fois d'être noires et d'être des femmes. Cet exemple constitue un rappel brutal de la situation précaire et particulière des femmes afro-américaines. En fait, le premier recueil d'écrits de féministes noires réfère à ce problème dans son titre, *All the Women are White, All the Blacks are Men, But Some of Us Are Brave* (Hull, Scott et Smith, 1982). Ainsi, tant le mouvement noir que le mouvement féministe ont marginalisé les femmes noires. C'est à la lumière de ces révélations qu'est né le concept (certains diront le mouvement) de l'intersectionnalité, bien qu'il soit bon de répéter que les idées sous-jacentes à celui-ci n'avaient rien de nouveau. Au cours des décennies qui ont suivi les premiers travaux de Crenshaw (1989; 1991), de Hooks (1990) et de Hill-Collins (1990), cette approche s'est étendue au sein des sciences sociales.

multidimensionnelles de la discrimination envers les femmes de couleur, sa capacité à expliquer le domaine politique ainsi qu'à y intervenir s'est avérée avoir une portée encore plus étendue, et son utilisation est particulièrement appropriée au secteur de la santé publique. Bowleg définit l'intersectionnalité comme « un cadre théorique permettant de comprendre comment les multiples identités sociales telles que la race, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique et les incapacités se combinent au niveau micro de l'expérience individuelle pour refléter des systèmes interdépendants de privilèges et d'oppression » (Bowleg, 2012, p. 1267, traduction libre). Bien que l'intersectionnalité ait été établie par Crenshaw, les principes qui la sous-tendent existaient avant même l'invention du terme. On les retrouve dans des écrits et des pratiques, en Amérique du Nord comme à

l'étranger, par exemple dans quantité de travaux sur les Autochtones et dans les textes et les pratiques de nombreux activistes. Le poignant poème de Sojourner Truth, *Ain't I a Woman*, est souvent cité comme preuve de la longue tradition de l'intersectionnalité, sans qu'elle porte encore ce nom, dans le féminisme noir. Le terme « femme noire » renferme l'essence même de l'approche intersectionnelle dans ce qu'elle a de plus fondamental. On veut dire par là qu'être une femme noire n'équivaut pas à qu'à être noire et à être femme de surcroît (voir l'encadré). Les forces sociales, politiques et économiques qui façonnent le positionnement social consistant à être noir et celles qui déterminent le positionnement social consistant à être une femme ne peuvent simplement être additionnées; elles se rejoignent pour devenir autre chose, comme elles le font avec diverses autres positions sociales pour créer des situations conjoncturelles de défavorisation particulières<sup>4</sup>. Selon Hill-Collins, l'intersection de ces catégories forme une « matrice de domination » (Hill-Collins, 1990, traduction libre). Encore une fois, nous pouvons voir comment l'intersectionnalité peut nous aider à comprendre les inégalités de santé et à les atténuer en faisant ressortir l'importance des interactions entre les différents positionnements sociaux. Autrement dit, l'analyse intersectionnelle cherche spécifiquement à comprendre et à aborder les intersections de diverses positions socialement défavorisées plutôt que leur addition. Il n'est donc pas question ici d'accumuler les positions sociales défavorisées (femme + noire + faible revenu + immigrante récente, etc.), mais de voir comment ces positions défavorisées se croisent dans diverses situations et à des moments différents. Une femme pourrait, par exemple, être défavorisée parce qu'elle est une femme, parce qu'elle est autochtone, parce qu'elle vit en région éloignée ou parce qu'elle est pauvre. Chacune de ces positions sociales a tendance, dans la société canadienne actuelle, à désavantager considérablement ces personnes par rapport aux autres (hommes, Canadiens de race blanche et d'origine européenne, citadins, personnes de rang socio-économique plus élevé). Point encore plus important, ces positions sociales peuvent aussi se concilier de diverses façons pour produire des configurations ou des combinaisons particulières

<sup>4</sup> Il est important de noter que les processus qui créent les positions défavorisées créent également les positions privilégiées. Être blanc, de sexe masculin, riche et éduqué renvoie aussi à plus que la somme de ces parties; nous ne pouvons comprendre comment ces positionnements aboutissent à des privilèges qu'en examinant leur amalgame.

d'inégalités pouvant être modifiables ou modulables, mais toujours présentes sous une forme combinée ou une autre. En les examinant de la sorte, nous pouvons commencer à voir ces facteurs comme des forces interactives qui se définissent les unes les autres, plutôt qu'à les isoler pour tenter de les aborder individuellement.

L'intersectionnalité nous permet également de voir comment les facteurs structurels s'entrecroisent pour produire des effets particuliers sur la santé des individus. Même si le rapport final de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2009) souligne l'importance des déterminants structurels, il a toujours été difficile pour la santé publique d'intervenir en ce qui concerne les causes structurelles. Comme c'est souvent le cas pour tout effort visant à réduire les inégalités de santé, et peut-être plus généralement dans les organisations de santé publique, l'intersectionnalité repose sur plusieurs principes faisant la promotion de l'équité et de la justice sociale. En outre, « loin d'être uniquement un exercice de sémantique, l'intersectionnalité fournit au domaine de la santé publique un important cadre d'interprétation analytique cohérent permettant de repenser la manière dont les experts en santé publique conceptualisent, examinent, analysent et abordent les disparités et les inégalités sociales de santé » (Bowleg, 2012, p. 1267, traduction libre). La seconde contribution potentielle de l'intersectionnalité dont nous discuterons ici réfère à la façon dont les déterminants structurels et leur lien avec le pouvoir sont mis de l'avant. Les positions sociales défavorisées n'ont rien d'arbitraire. Elles résultent de relations systémiques, institutionnelles et structurelles qui avantagent certaines positions sociales et qui en défavorisent d'autres.

## Intersectionnalité et politiques publiques

Un certain nombre d'outils conçus pour atténuer ou éliminer les inégalités de santé ont été élaborés au cours des dernières années (voir, par exemple, Mendell, Dyck, Ndumbe-Eyoh et Morrison, 2012). Ils sont utilisés de diverses façons pour faciliter la planification des politiques et pour analyser les effets des politiques actuelles. Parmi les principaux outils, on retrouve l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre, l'analyse comparative entre les sexes plus (ACS+) (qui inclut les positions sociales non liées au sexe, mais garde l'accent sur ce facteur),

l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) et divers types d'évaluations d'impact s'intéressant spécifiquement à l'équité. L'intersectionnalité veut améliorer toutes ces analyses et évaluations d'impact<sup>5</sup>.

Comme il a été mentionné précédemment, l'intersectionnalité s'attarde avant tout aux façons dont les divers positionnements sociaux interagissent entre eux pour créer des conditions particulières ainsi qu'aux façons dont ces dernières interagissent avec les forces structurelles qui génèrent des catégories de privilèges et des facteurs de défavorisation. Bien que les outils énumérés ci-dessus aient contribué à faire progresser les efforts pour réduire les inégalités de santé, ils portent sur des catégories individuelles (quelles répercussions une politique pourrait avoir sur les femmes *ou* sur les personnes pauvres, par exemple), alors que l'intersectionnalité « se penche sur les interactions entre des positions sociales, des systèmes et des processus sociaux divers, et examine la signification de toute combinaison de facteurs, plutôt que de la supposer » (Hankivsky, 2014, p. 13, traduction libre).

## Trois approches canadiennes

Dans la prochaine section, trois des principales applications des approches s'inspirant de l'intersectionnalité actuellement utilisées dans le contexte canadien seront présentées. Dans les trois cas, l'intersectionnalité constitue un moyen prometteur de réduire les inégalités sur le plan politique (à l'échelon de l'État ou des organisations), et toutes sont spécifiquement conçues pour favoriser l'équité en santé.

### INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHE SUR LES FEMMES (ICREF)

Au début des années 2000, après un examen approfondi de ses pratiques, l'ICREF a adopté ce qu'il appelle des cadres d'analyse féministe intersectionnelle (CAFI) pour ses travaux (Lee, 2011). Une des raisons pour lesquelles cet outil a été adopté repose sur la réalisation que l'utilisation de l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre<sup>6</sup> signifiait que les personnes appartenant aux

<sup>5</sup> Pour obtenir plus de détails sur la façon dont l'intersectionnalité diffère des autres approches et sur ce qu'elle leur ajoute, voir Hankivsky, 2014, pp. 12-18.

<sup>6</sup> Il s'agit d'un cadre fréquemment utilisé par le gouvernement canadien et par d'autres organismes pour examiner comment une politique influe différemment sur les hommes et les femmes et a tendance à défavoriser plus particulièrement les femmes.

groupes sociaux les plus défavorisés n'étaient pas incluses dans l'analyse si d'autres positionnements sociaux ne faisaient pas partie de l'équation. « Les femmes autochtones, immigrantes, handicapées, pauvres et âgées demeurent présentes de manière disproportionnée dans les groupes montrant les plus grandes disparités » (Lee, 2011, p. 359, traduction libre). Pour l'ICREF, l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre, étant donné qu'elle est conçue pour étudier les disparités entre les hommes et les femmes lorsqu'elle fait partie d'une approche en santé publique, ne peut aborder efficacement les réalités intersectionnelles auxquelles font face les femmes (ou les hommes) dans ces groupes. Cette réflexion a mené l'ICREF à adopter les CAFI, qui sont décrits comme étant « fluides, distinctifs, diversifiés et interdépendants tant localement que mondialement » (Canadian Research Institute for the Advancement of Women (CRIA), 2006, p. 8, traduction libre). Pour les gens de l'ICREF, les CAFI offrent un moyen progressiste d'aborder la multitude de façons dont les personnes sont défavorisées, le sexe reflétant une situation (mais pas la seule) où ces façons s'entrecroisent.

#### **INSTITUTE FOR INTERSECTIONALITY RESEARCH AND POLICY**

L'Institut for Intersectionality Research and Policy (Institut pour la recherche et les politiques en matière d'intersectionnalité), Simon Fraser University, est devenu, au cours des dernières années, la plaque tournante des études sur l'intersectionnalité au Canada, plus particulièrement celles liées aux politiques sociales et celles sur la santé. Les travaux se poursuivent afin d'examiner les multiples positionnements sociaux qui s'entrecroisent pour produire des matrices complexes d'inégalités. Cet institut a publié nombre d'analyses et d'articles de portées variées et a élaboré un cadre de travail conçu spécifiquement pour analyser les inégalités de santé. Lorsqu'il est utilisé dans le contexte de la santé et des politiques qui y sont liées, l'*Intersectionality-Based Policy Analysis Framework* (cadre IBPA), (cadre d'analyse des politiques axé sur l'intersectionnalité) vise explicitement à améliorer tant l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre que l'évaluation d'impact sur la santé — dont celles incluant une optique d'équité — et à étendre leur portée. « Le cadre IBPA peut être utilisé pour des politiques issues de tous les secteurs, dont une vaste gamme de politiques et de programmes en matière de santé ou de questions connexes. Il peut être utilisé de manière prospective ou rétrospective

pour examiner les questions d'équité à toutes les étapes du processus d'élaboration des politiques » (Hankivsky *et al.*, 2012, p. 7, traduction libre).

#### **IBPA – Questions clés**

##### **Descriptives :**

1. Quelles connaissances, valeurs et expériences apportez-vous à ce secteur d'analyse des politiques?
2. Quel est le « problème » à l'étude en ce qui concerne les politiques?
3. Comment s'est manifesté le « problème »?
4. Comment chacun des différents groupes est-il touché par cette manifestation du « problème »?
5. Quelles sont les réponses politiques actuelles à ce « problème »?

##### **Transformatives :**

6. Quelles inégalités relatives à ce problème sont déjà en place?
7. Où et comment les interventions peuvent-elles aider à résoudre ce problème?
8. Quelles sont les solutions possibles à court, à moyen et à long termes?
9. Comment les interventions proposées réduiront-elles les inégalités?
10. Comment la mise en œuvre sera-t-elle assurée?
11. Comment saurez-vous si les inégalités ont été atténuées?
12. En quoi la mise en œuvre d'une analyse des politiques axée sur l'intersectionnalité a-t-elle transformé :
  - votre façon de réfléchir aux relations entre le pouvoir et les inégalités, ainsi qu'à leurs structures?
  - les façons dont vous et d'autres personnes effectuez les travaux relatifs à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques?
  - les conceptualisations, les relations et les effets généraux du déséquilibre du pouvoir dans la vie de tous les jours?

(Tiré de Hankivsky *et al.*, 2012, pp. 39-42)

Le cadre IBPA repose sur un ensemble de principes directeurs (catégories entrecroisées; analyse à plusieurs niveaux; pouvoir; réflexivité; temps et espace; connaissances diverses; justice sociale; équité) et sur 12 questions clés, à la fois descriptives et normatives-transformatives, qui seront utilisées lors de l'examen des propositions de programmes ou de politiques, ou lors de l'évaluation des programmes ou des politiques en place.

L'IBPA est une approche théorique et conceptuelle de l'intersectionnalité dont le cadre, ancré dans la pratique, la rend particulièrement utile aux personnes œuvrant dans le domaine des inégalités de santé et des politiques publiques. Ce cadre a été conçu pour être adapté et utilisé comme outil dans l'analyse et l'élaboration de politiques soutenant une plus grande équité. Ce nouvel outil d'analyse peut aider à mieux comprendre de quelles façons les politiques peuvent influencer différemment sur des groupes et des individus selon leurs positions sociales.

## INTERSECTIONNALITÉ ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Elizabeth McGibbon et ses collègues intègrent aussi explicitement une approche axée sur l'intersectionnalité, et plus particulièrement sur la notion d'oppression, à leurs travaux sur les déterminants sociaux de la santé (McGibbon, 2012). Ainsi, l'approche de McGibbon correspond à celles décrites précédemment, c'est-à-dire qu'elle place le pouvoir et les relations de pouvoir au cœur de ses considérations. McGibbon et McPherson utilisent par ailleurs l'intersectionnalité en combinaison avec les déterminants sociaux de la santé et en portant une attention particulière à la géographie pour décrire ce qu'elles appellent des « synergies d'oppression » (McGibbon et McPherson, 2011, p. 65, traduction libre). Cette utilisation particulière de l'intersectionnalité veut permettre de comprendre comment les intersections entre les déterminants sociaux de la santé, ceux liés à l'identité (les *-ismes*, comme on les appelle) et ceux liés à la géographie produisent à leurs points de rencontre des configurations d'oppression particulières qui ont

toutes un impact sur la santé et qui occasionnent des inégalités de santé. Parmi les contributions de McGibbon, on compte l'adoption d'une position explicite sur la façon dont l'oppression agit à titre de déterminant social de la santé et l'attention portée au rôle joué par la géographie et la localisation.

Les trois approches brièvement présentées précédemment ont toutes le potentiel d'aider à réduire les inégalités de santé au Canada en s'attardant aux relations entre le pouvoir et l'oppression qui influent sur la santé des groupes et des individus. En examinant plus particulièrement les multiples façons dont les positions sociales se combinent et génèrent des privilèges pour certains et de la défavorisation pour d'autres, les approches intersectionnelles peuvent contribuer de manière importante à faire mieux comprendre la création de facteurs de défavorisation et les façons de les contrer.

## Conclusion

Au cours des dernières années, la réduction des inégalités de santé est devenue une importante préoccupation pour la santé publique, tant dans la littérature que dans la pratique. Ces inégalités sont liées à des inégalités sociales plus globales, qui se font sentir à tous les paliers de la société canadienne. Bien que des progrès aient été faits au cours des décennies, il est toujours nécessaire de s'attarder aux meilleures façons d'aborder l'inégalité. L'intersectionnalité est une approche qui attire notre attention sur les façons dont les positions sociales interagissent entre elles et créent des privilèges et des facteurs de défavorisation pour les groupes et les individus. Elle nous aide aussi à voir comment ces situations touchent aux politiques sociales ainsi qu'aux structures sociales et sont façonnées par celles-ci. La poursuite de ces travaux en santé publique favorisera notre compréhension critique des inégalités sociales et nous aidera à trouver des moyens de les atténuer.

## Références

- Association canadienne de santé publique. (N.d.). Les déterminants sociaux de la santé.
- Bowleg, L. (2012). The Problem with the Phrase *Women and Minorities*: Intersectionality – an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*. 102(7), 1267-1273.
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health: Draft Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Genève : World Health Organization. Consulté en ligne à : [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (Rapport final)*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne à : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf)
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersections of Race and Sex: a Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *The University of Chicago Legal Forum*, 140, 139-167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Canadian Research Institute for the Advancement of Women (CRIAOW). (2006). *Intersectional Feminist Frameworks: A Primer*. Ottawa : Canadian Research Institute for the Advancement of Women. Consulté en ligne à : [http://criaw-icref.ca/sites/criaw/files/IFFs%20Primer\\_0.pdf](http://criaw-icref.ca/sites/criaw/files/IFFs%20Primer_0.pdf)
- Gouvernement du Canada (2008). *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada de l'administrateur en chef de la santé publique, 2008*. Ottawa : Gouvernement du Canada, ministère de la Santé. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf>
- Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Ferlatte, O., Clark, N., Fridkin, A., Giesbrecht, M., Rudrum, S., et Laviolette, T. (2012). *Intersectionality-Based Policy Analysis*. Vancouver: the Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University. Consulté en ligne à : <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/46176>
- Hankivsky, O. (2014). *Intersectionality 101*. Vancouver : The Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University. Consulté en ligne à : [http://vawforum-cwr.ca/sites/default/files/attachments/intersectionality\\_101.pdf](http://vawforum-cwr.ca/sites/default/files/attachments/intersectionality_101.pdf)
- Hill-Collins, P. (1990). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness & the Politics of Empowerment*. Boston : Unwin Hyman.
- Hooks, B. (1990). *Yearning: Race, Gender & Cultural Politics*. Toronto : Between the Lines.
- Hull, G. T., Scott, P. B., et Smith, B. (dir.). (1982). *All the Women Are White, All the Blacks Are Men, But Some of Us Are Brave: Black Women's Studies*. New York : The Feminist Press at The City University of New York.
- Lee, J-A. (2011). Intersectional Feminist Frameworks in Practice: CRIAW's Journey Toward Intersectional Feminist Frameworks, Implications for Equity in Health. In O. Hankivsky (dir.) *Health Inequalities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*, (pp. 349-362). Vancouver : University of British Columbia Press.

McGibbon, E. (dir.). (2012). *Oppression: A Social Determinant of Health*. Halifax et Winnipeg : Fernwood.

McGibbon, E. et McPherson, C. (2011). Applying Intersectionality & Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women's Health. *Women's Health and Urban Life*, 10(1), 59-86.

Mendell, A., Dyck, L., Ndumbe-Eyoh, S., et Morrison, V. (2012). *Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé. Tableaux comparatifs*. Antigonish, Nouvelle-Écosse et Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : [http://www.ccnpps.ca/docs/Equite\\_Outils\\_CNDS-CCNPPS.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/Equite_Outils_CNDS-CCNPPS.pdf)

Mulé, N. J., Ross, L. E., Deeprose, B., Jackson, B. E., Daley, A., Travers, A., et Moore, D. (2009). Promoting LGBT Health and Wellbeing Through Inclusive Policy Development. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 1-11.

## Lien utile

Institut canadien de recherche sur les femmes :  
<http://www.criaw-icref.ca/fr>

**Janvier 2015**

Auteure : Val Morrison, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Édition : Geneviève Hamel, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

**COMMENT CITER CE DOCUMENT**

Morrison, V. (2015). *Inégalités de santé et intersectionnalité*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

**REMERCIEMENTS**

Le CCNPPS souhaite remercier Dre Sande Harlos, médecin-hygiéniste, Office régional de la santé de Winnipeg et Olena Hankivsky, directrice, Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University, pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

N° de publication : 2758

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca) et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : [www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca).

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: [www.ncchpp.ca](http://www.ncchpp.ca) and on the Institut national de santé publique du Québec website at: [www.inspq.qc.ca/english](http://www.inspq.qc.ca/english).

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2020  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-88231-2 (PDF ANGLAIS)  
ISBN : 978-2-550-88230-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)



Centre de collaboration nationale  
sur les politiques publiques et la santé  
National Collaborating Centre  
for Healthy Public Policy

Institut national  
de santé publique

Québec

