

**La santé sexuelle et reproductive :
savoirs situés des migrantes boliviennes vivant en Argentine**

Par Emmanuelle Lajoie
Sous la direction de la Professeure Andrea Martinez

Thèse soumise dans le cadre des exigences du programme de
maîtrise en mondialisation et développement international
avec une spécialisation en études féministes et de genre

École de développement international et mondialisation
Institut d'études féministes et de genre
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa



uOttawa

© Emmanuelle Lajoie, Ottawa, Canada, 2018

Table des matières

Résumé.....	iv
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Revue de littérature	4
1.1 La migration des femmes et ses tendances en Argentine	4
1.2 La santé des femmes migrantes	12
1.3 La santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes	22
1.4 Synthèse et zones grises de la littérature.....	29
Chapitre 2 : Cadre théorique	32
2.1 Théories féministes intersectionnelles	32
2.2 Théories féministes postcoloniales	35
Chapitre 3 : Méthodologie	38
3.1 Méthodologie féministe des savoirs situés	38
3.2 Méthodes de collecte de données et population cible.....	41
3.3 Profil des participantes.....	44
3.4 Déontologie et problèmes éthiques liés au projet	47
3.5 Du recrutement à l'analyse des résultats	49
Chapitre 4 : Analyse des résultats	51
4.1 La représentation de la SSR : l'effet des marqueurs identitaires.....	51
4.1.1 Différences représentationnelles selon l'âge	52
4.1.2 Différences représentationnelles selon la classe	54
4.1.3 Ressemblances représentationnelles	57
4.2 L'expérience des participantes : entre les obstacles rencontrés et les stratégies de résistance déployées.....	59

4.2.1 Les obstacles rencontrés : niveau structurel.....	59
4.2.2 Les obstacles rencontrés : niveau culturel	65
4.2.3 Les stratégies de résistance déployées et envisagées	76
Conclusion	84
Bibliographie.....	89
Annexes.....	103

Résumé

Bien que les études montrent qu'une meilleure prise en charge de la santé sexuelle et reproductive (SSR) contribue à réduire le taux de mortalité infantile et maternelle, le nombre de grossesses non désirées et le taux d'infections transmises sexuellement, il reste beaucoup à faire pour améliorer la situation sanitaire des femmes du Sud, tout particulièrement des femmes pauvres. Comme l'illustre la présente étude, le cas des migrantes boliviennes en Argentine est révélateur des défis à relever en la matière. Partant de la volonté de mieux comprendre les représentations mentales et les expériences de SSR de ces migrantes, l'analyse permet d'identifier les principaux obstacles qui les empêchent d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs. S'appuyant sur douze entrevues individuelles effectuées avec des migrantes boliviennes vivant dans la ville de Córdoba, les données montrent que les représentations mentales de la SSR varient selon l'âge et la classe sociale des participantes. En revanche, ni leur statut générationnel, ni leur âge au moment de la migration, ni même leur origine géographique (rurale ou urbaine) ne semblent des facteurs décisifs. En ce qui a trait aux expériences en matière de SSR, elles sont influencées à la fois par les obstacles que rencontrent les femmes migrantes et par les stratégies de résistance de celles-ci pour y faire face. Au niveau structurel, les participantes font valoir que le manque d'éducation sexuelle à l'école et les éléments contraignants du système public de la santé, notamment la procédure de prise de rendez-vous, l'emplacement des établissements et leur manque de ressources, ont un impact négatif sur leur SSR. Au niveau culturel, les participantes jugent que le machisme et le marianisme, les pratiques racistes, le tabou entourant la sexualité et la culture du travail exercent une influence négative sur leurs expériences respectives. En réponse à ces contraintes, les participantes se tournent vers des « femmes informées » de leur communauté, souscrivent à un plan de sécurité sociale ou encore

suggèrent l'ouverture de centres de santé par et pour les migrantes ainsi que l'embauche d'un plus grand nombre de migrantes dans les établissements publics de la santé. Les participantes insistent également sur l'importance de briser le tabou social et familial entourant la SSR et vont jusqu'à résister aux ordres de leur mari en privilégiant des méthodes contraceptives faciles à dissimuler.

Mots-clés : Santé sexuelle et reproductive; migrantes boliviennes; Argentine.

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier ma superviseuse de recherche, la professeure Andrea Martinez, pour son soutien et ses conseils tout au long de ma recherche. Je souhaite également remercier ma famille, mon conjoint, et mes ami-e-s, pour leurs encouragements et leur soutien psychologique lors des moments de rédaction difficiles. De plus, je tiens à souligner ma gratitude à la directrice de la *Unión de Colectividades de Inmigrantes de Córdoba* (UCIC), Marta Guerreño López, qui a été mon point de contact de départ et qui a grandement facilité le recrutement des douze participantes. Finalement, ce travail n'aurait pu être réalisé sans la collaboration de ces dernières. Fortes, éloquentes et généreuses, ces femmes m'ont laissée entrer dans leur intimité à bras ouvert sans rien me demander en retour. *Les dedico mi trabajo, el cual no hubiera existido sin su colaboración. Siempre tendrán un lugar especial en mi corazón.*

Introduction

La migration internationale des femmes n'est pas un phénomène récent. Pourtant, historiquement, les travaux se sont intéressés principalement aux hommes qui occupent invariablement le centre des analyses sur la migration, tandis que les femmes sont représentées comme des accompagnatrices de leur partenaire masculin ou simplement invisibles (Miranda, 2012). Ce n'est qu'à partir des années 1980 que des chercheur-e-s féministes dénoncent cette tendance et commencent à exposer la place centrale des femmes au sein du processus migratoire (Erel, 2011; Moujoud, 2008). Parmi ces chercheur-e-s, Morokvasic (2012) explique le caractère intrinsèquement genré de la migration, rappelant que les rapports sociaux de sexe ont un effet sur la mobilité, les modalités des flux migratoires et l'accès à l'emploi. En effet, la situation économique et professionnelle des migrantes reflète les formes de domination liées au genre, à la classe et à la race (Morokvasic, 2012; Roulleau-Berger, 2010).

Un exemple illustrant ce phénomène est le cas des migrantes boliviennes en Argentine. Ces migrantes sont généralement pauvres, autochtones, peu scolarisées et travaillent dans des emplois à bas salaires (Caggiano, 2007; Mallimaci Barral & Magliano, 2015). Or, depuis les années 1990, les nouvelles politiques néolibérales mondialisées introduites dans certaines grandes villes à travers le monde ont généré davantage d'emplois peu rémunérés, surtout ceux considérés comme « féminins » (Sassen, 2010). Malgré le fait que ces emplois offrent certaines opportunités aux migrantes, ils comportent de nombreux désavantages économiques et sont socialement dévalorisés (Dusseault, 2005; Lara Flores, 2012; Magliano & Domenech, 2009; Morokvasic, 2012; Roulleau-Berger, 2012). La situation professionnelle et économique des migrantes n'est toutefois pas la seule sphère de leur vie à être touchée par les systèmes de

domination : la santé, et plus particulièrement la santé sexuelle et reproductive (SSR) des migrantes, en est un autre exemple important.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit séparément la santé sexuelle et la santé reproductive. Toutes deux s'inscrivant dans le cadre de la définition de la santé de l'OMS¹, la première désigne « un bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité » (OMS, 2017b, paragr. 1), alors que la seconde renvoie à « la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent » (OMS, 2017c, paragr. 2). Depuis la Conférence du Caire (1994), la SSR est reconnue comme un droit humain fondamental qui devrait permettre aux femmes d'avoir un plus grand contrôle sur leur vie (ONU, 1995). Mais alors que les études montrent qu'une meilleure prise en charge de la SSR contribue à réduire le taux de mortalité infantile et maternelle, le nombre de grossesses non désirées et le taux d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Herrmann, 2015), il reste beaucoup à faire pour améliorer la situation sanitaire des femmes du Sud, tout particulièrement des femmes pauvres (Truong, Marin, & Quesada-Bondad, 2014). Le cas des migrantes boliviennes en Argentine est révélateur des défis à relever en la matière (Almeida, 2013; OS, FEIM, & OIM, 2008; Martínez-Pizarro & Reboiras-Finardi, 2010).

L'examen des bases de données scientifiques révèle que les quelques recherches entreprises sur la SSR des migrantes se concentrent davantage sur les villes d'envergure et les villes frontalières. Dans le cas de l'Argentine, on parle de Buenos Aires ou des villes de la province de Jujuy ou Salta; pourtant, une importante population de migrantes boliviennes réside à Córdoba, une ville de près de 1,4 million d'habitants située au centre-nord du pays (Magliano, 2013). Étudier la

¹ Selon l'OMS, la santé constitue « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2017a, l. 1).

SSR des femmes migrantes résidant dans cette ville pourrait donc contribuer à remédier à leur invisibilisation et potentiellement à leur offrir de meilleurs services en la matière. En ce sens, la présente recherche tentera de répondre aux questions suivantes :

- Comment les femmes migrantes, notamment celles d'origine bolivienne installées dans la ville de Córdoba (Argentine) appréhendent la santé sexuelle et reproductive (SSR)?
- Quelles sont leurs expériences en la matière? Et les obstacles qui les empêchent d'exercer leurs droits en SSR?
- Quelles sont leurs stratégies de négociation et les solutions qu'elles proposent pour contrer ces obstacles?

Le prochain chapitre fait une recension des écrits sur la migration des femmes, en accordant une attention particulière à la santé des femmes migrantes, et plus particulièrement la SSR.

Chapitre 1 : Revue de littérature

1.1 La migration des femmes et ses tendances en Argentine

La migration peut être définie comme le déplacement d'une population d'un endroit à un autre motivé par des raisons économiques, politiques et/ou humanitaires (Landry, 2012). Jusqu'au 19^e siècle, la République de l'Argentine possède un territoire peu peuplé et demeure relativement fermée à l'immigration (Blancpain, 2011). Le premier recensement national de l'an 1869 comptabilise seulement 1 850 000 habitant-e-s, parmi lesquels seulement 11 000 migrant-e-s annuels pour la période allant de 1860 à 1869 (Blancpain, 2011). La présence d'un si faible nombre de migrant-e-s peut être attribué au fait que le pays n'est pas encore un territoire unifié et qu'il connaît de multiples conflits avec les populations autochtones et les pays avoisinants (Lynch, 1998). Cette tendance change radicalement à partir de 1879 avec la mise en place de la loi sur l'immigration et la colonisation (Meter, 2014). À partir de ce moment, un important flux migratoire européen se dessine et ne s'arrête qu'au cours des années 1930. Les conflits politiques, les crises économiques, les famines et les épidémies font en sorte que des millions d'Européens et d'Européennes cherchent à immigrer en Argentine afin d'y connaître une vie meilleure (Blancpain, 2011). Meter (2014) caractérise même cette période comme « hémorragique ». De fait, en 1914, le taux de migrant-e-s européen-ne-s représente plus de 27 % de la population (INDEC & La Communauté éducative, 2010). Ce premier flux migratoire a considérablement changé la composition ethnique de l'Argentine (Meter, 2014), contribuant par la même occasion à la vision de la nation argentine comme étant fondamentalement de descendance européenne (Blancpain, 2011).

Par ailleurs, la majorité des travaux sur la migration européenne en Argentine s'inscrit dans une perspective androcentrique qui tend à gommer l'expérience migratoire des femmes et,

inversement, présente la migration des hommes comme « la migration » (Morokvasic, 2010, p.3). Plusieurs recherches dans le domaine se contentent aussi de citer la répartition des sexes; dans le cas de la migration européenne en Argentine, on signale simplement que pour une longue période, l'Argentine compte deux fois plus d'hommes migrants que de femmes migrantes (Blancpain, 2011; Bletz, 2010; INDEC & La Communauté éducative, 2010; Meter, 2014; Texidó & Gurrieri, 2012). Hondagneu-Sotelo, Cranford (2006) et Kofman (2009) réfèrent à cette tendance comme « l'approche du ajouter et brasser » (*add and stir approach*), où le genre est perçu comme une caractéristique binaire, statique et surtout négligeable, qui doit simplement être ajoutée à la liste des caractéristiques à identifier. Le groupe social des femmes est donc analysé en tant que nouvel objet de recherche, mais on ne pose toujours pas le regard sur les rapports sociaux de sexe (Ollivier & Tremblay, 2000). Cette lacune peut être partiellement attribuée au fait que plusieurs chercheur-e-s étudiant la migration européenne en Argentine, se basent sur les recensements androcentriques de l'époque, ce qui ne permet qu'une lecture restreinte de la migration et ne capture pas la nature dynamique du genre (Lawson, 1998).

D'autres recherches poussent leur analyse plus loin en utilisant la théorie des rôles de sexe (*sex role theory*). Considérant encore le genre comme une catégorie fixe, elles soutiennent que les rôles attribués aux femmes et aux hommes déterminent leur comportement migratoire (Hondagneu-Sotelo & Cranford, 2006). Par exemple, la répartition des sexes de la population migrante en Argentine est attribuée aux mécanismes de sélection genrés instaurés par le gouvernement argentin. Fondés sur les stéréotypes de genre de l'époque, l'État porte un intérêt prononcé à la migration des hommes qu'il perçoit comme travailleurs et fermiers, alors que les femmes sont perçues comme des mères et des épouses, dépendantes des hommes (Cook Martin, 2006). Les lois de l'époque qui interdisent aux femmes d'être propriétaires foncières (en Europe

comme en Argentine) et leur dépendance vis-à-vis des hommes pour obtenir la citoyenneté cristallisent cette préférence et la répartition des sexes (Cook Martin, 2006; Devoto, 2009). Cependant, la théorie des rôles de sexes sous-estime (et dans certains cas ignore) les enjeux de relations de pouvoir et de changements sociaux et considère que ces rôles sont immuables et interculturels (Hondagneu-Sotelo & Cranford, 2006).

Le deuxième flux migratoire le plus important qu'ait connu l'Argentine est issu des pays limitrophes (Paraguay, Uruguay, Bolivie, Brésil et Chili) et du Pérou (Texidó & Gurrieri, 2012). Depuis le premier recensement de 1869, il est possible de constater que les habitant-e-s de ces pays immigreront à un rythme constant : entre 1889 et 2001, le pourcentage de ceux et celles déclarant être nés dans les pays périphériques se situe entre 2,0 et 2,9 % (INDEC & La Communauté éducative, 2010). Les raisons migratoires sont diverses, mais les plus importantes peuvent se résumer aux meilleures conditions de travail, aux plus grandes opportunités d'emploi, à la situation économique et au régime politique plus stables, ainsi qu'à la proximité géographique (Benencia, 2009; Lara Flores, 2012). Les similitudes sociales et culturelles sont une autre raison favorisant le choix du pays de destination. Les frontières argentines ne sont pas non plus surveillées de façon rigoureuse, permettant aux habitant-e-s des pays voisins d'y immigrer de façon clandestine s'illes² en éprouvent la nécessité (Benencia, 2009).

Bien que le nombre absolu de migrant-e-s des pays périphériques et du Pérou n'ait pas augmenté de façon significative au cours des décennies, leur proportion par rapport aux migrant-e-s européen-ne-s augmente considérablement au fil du temps : alors qu'en 1914, les ressortissant-e-s de ces pays sont minoritaires par rapport aux Européen-ne-s, leur proportion monte à partir des années 1960 et grimpe jusqu'à 68,9 % en 2010 (INDEC & La Communauté éducative, 2010,

² Pronom de la troisième personne du pluriel utilisé dans le cadre d'un langage non sexiste.

p. 3). Ce changement s'explique par le fait que la situation économique de l'Argentine se détériore au cours des années et est moins bonne que celle de l'Europe, ce qui n'incite pas les Européen-ne-s à y immigrer (Devoto, 2009). À l'inverse, la situation économique de l'Argentine est plus favorable que celle de la Bolivie, du Paraguay et du Pérou, donnant une motivation économique à leurs populations pour s'y déplacer (Benencia, 2009). De plus, ces pays font partie de l'union subrégionale du Mercosur³ qui émerge en 1991. Se positionnant en faveur de la migration interrégionale, le Mercosur va jusqu'à mettre en vigueur des normes résidentielles afin de faciliter le déplacement de ses ressortissant-e-s au cas où illes souhaiteraient migrer à des fins économiques (INDEC & La Communauté éducative, 2010).

En 2010, le taux d'immigration national se situe à environ 5 % et les deux plus grands bassins d'immigration de l'Argentine sont de loin le Paraguay (30,5 %) et la Bolivie (19,1 %) (INDEC & La Communauté éducative, 2010). Jusqu'au milieu du 20^e siècle, la migration s'effectuait surtout vers les villes frontalières de l'Argentine, puis la crise économique y a durement affecté les opportunités d'emploi, ce qui a poussé de nombreux migrant-e-s à se tourner vers des villes plus prospères, comme Córdoba (Benencia, 2009). Dans la province de Córdoba, la répartition migratoire est différente du tableau national : le plus grand nombre de migrant-e-s provient du Pérou (36,0 %) et ensuite de la Bolivie (22,7 %), les ressortissant-e-s des autres pays périphériques ne représentant qu'un faible pourcentage des nouveaux arrivant-e-s (INDEC, 2010).

À partir des années 1990, les femmes migrantes gagnent en visibilité au sein des recherches, notamment en raison de la « féminisation de la migration » (Reysoo, 2005). Pour Dumitru et Marfouk (2016), la plupart des études qui utilisent l'expression « féminisation de la migration »

³ *Mercado Común del Sur.*

se réfèrent habituellement à trois éléments : 1) l'augmentation du nombre absolu de femmes migrantes; 2) l'augmentation de la proportion de femmes migrantes; et 3) le fait que les femmes sont majoritaires au sein du groupe des migrant-e-s. C'est le cas des travaux de Lara Flores (2012) et de Texidó et Gurrieri (2012) pour qui la migration intrarégionale en Amérique du Sud s'est féminisée au cours des dernières décennies.

Reysoo (2005) ne partage pas la définition de Dumitru et Marfouk (2016) et conçoit plutôt la féminisation de la migration comme « une amplification et une intensification inégales jusque-là de femmes migrantes en tant qu'actrices indépendantes » (p. 120). Ce postulat ne fait cependant pas l'unanimité. D'un côté, Morokvasic (2010) et Kofman (2009) rappellent que nous ne possédons pas les données nécessaires afin de démontrer si les femmes qui migrent sont économiquement plus actives qu'auparavant. D'un autre côté, les études montrent que, dépendamment de leur pays d'origine, les migrantes des pays périphériques et du Pérou en particulier n'ont pas le même degré d'autonomie. Par exemple, la majorité des migrantes paraguayennes venues s'installer en Argentine migrent seules et considèrent leur migration comme une démarche émancipatrice (Miranda, Cravino, & Martí Garro, 2012). En contrepartie, les migrantes boliviennes prennent la décision de migrer à l'issue de discussions familiales (Courtis & Pacecca, 2014; Martínez-Pizarro & Reboiras-Finardi, 2010) et leur style de migration varie : certaines migrent seules et envoient des fonds à leur famille en Bolivie, alors que d'autres migrent avec leur conjoint et leurs enfants (Ceriani, Courtis, Pacecca, Asa, & Pautassi, 2009; Magliano, Perissinotti, & Zenklusen, 2013).

Nonobstant le débat sur la « féminisation » de la migration, les femmes boliviennes migrant en Argentine restent toutefois largement dans l'ombre. D'une part, la hiérarchie raciale présente en Argentine et le fait que les pays limitrophes ne correspondent pas à la migration « idéale » (j'y

reviendrai), semblent agir sur le manque d'intérêt des chercheur-e-s à l'endroit de ces femmes en particulier (Sabarots, 2002). D'autre part, jusqu'aux années 1970, les recherches occidentales sur les femmes et sur les rapports de genre négligent l'importance de la race et de l'ethnicité, privilégiant l'idée de la « femme universelle » (Morokvasic, 2011, p. 33). Ainsi, l'existence même de la femme migrante racialisée est jusque-là impensable (Morokvasic, 2011). En Amérique du Sud, les femmes migrantes ne commencent à acquérir une certaine visibilité et spécificité qu'à partir de l'an 2000, soit au moment de la première Conférence sud-américaine sur les migrations⁴ (Magliano & Domenech, 2009).

À partir de cette année, tandis que les recherches non féministes sur la migration intrarégionale continuent d'utiliser la théorie des rôles de sexe (León Bologna, 2010; Mallimaci, 2012), la plupart des recherches féministes examinent plutôt le genre comme un système de rapports de force (Caggiano, 2007; Courtis & Pacecca, 2010; Magliano et collab., 2013; Martínez-Pizarro & Reboiras-Finardi, 2010; Miranda et collab., 2012; Perissinotti, 2016). Les analyses ne se concentrent désormais plus sur les femmes, mais plutôt sur les relations de genre au sein de la migration (Nawyn, 2010). Présents à chaque étape de l'expérience migratoire des hommes et des femmes, les rapports de genre (qui se croisent avec d'autres rapports de force, comme la race et la classe) modèlent les flux migratoires et l'expérience des migrant-e-s (Hondagneu-Sotelo & Cranford, 2006; Nawyn, 2010; Ouali, 2012). Désormais, la recherche fait une place à la façon dont la migration reconfigure les rapports sociaux de sexe (Hondagneu-Sotelo, 2000). Par exemple, Magliano et ses collègues (2013) examinent l'influence de la migration sur les rapports de genre entre les Boliviens et les Boliviennes après leur arrivée à Córdoba.

⁴ *Conferencia Sudamericana sobre Migraciones* (CSM).

Alors que certains travaux étudiant les ressortissantes des pays périphériques et du Pérou se concentrent sur la période pré-migration et la décision de migrer (Courtis & Pacecca, 2010; Miranda et collab., 2012), Nawyn (2010) affirme que la littérature sur le genre et la migration se penche surtout sur la période post-migration, en examinant l'intégration et l'adaptation à la société d'accueil. Ainsi, Magliano (2009) examine les interactions entre l'origine nationale, le genre et la classe des Boliviennes migrant en Argentine pour mieux comprendre leur insertion sociale et au travail.

D'autres recherches analysant cette période se concentrent spécialement sur les rapports de genre au sein de la famille. Critiquant l'idée du ménage comme unité homogène, Nawyn (2010), McIlwaine (2010) et Bartolomei (2010) examinent les relations de pouvoir dans le couple migrant ou au sein de la famille. Plus précisément, leurs analyses abordent le thème de la masculinité et de son influence sur la migration. La masculinité se définit comme l'ensemble d'attributs spécifiques définissant un homme (Connell, 2005). D'après Connell (2005), il existe plusieurs masculinités puisque le genre se croise avec d'autres caractéristiques sociales (classe, race, etc.) et celles-ci seraient organisées de façon hiérarchique. En haut de cette hiérarchie se trouverait la masculinité hégémonique, considérée comme étant la masculinité dominante et la « vraie » masculinité. En migrant vers un autre pays, de nombreux hommes se voient attribuer une masculinité subalterne qui leur fait perdre leur masculinité hégémonique. Parmi eux, plusieurs tentent de la retrouver en affichant des comportements considérés comme masculins, tels que boire à l'excès ou refuser de participer aux tâches domestiques (McIlwaine, 2010; Bartolomei, 2010). Ces nouveaux comportements ont des impacts importants sur les relations de couple des migrants, d'autant plus que la masculinité est représentée comme étant l'opposé de la féminité et supérieure à celle-ci (Connell, 2005).

De plus, même si le conjoint reste dans le pays d'origine, le travail reproductif et le soin des enfants « de » la femme migrante sont surtout endossés par une autre femme de la famille (Benería, 2010; Parreñas, 2012). Une grande proportion de femmes migrantes occupent un travail domestique et du *care*, c'est-à-dire qu'à leur tour, elles remplacent les femmes des classes moyenne et élevée et assurent « leurs » tâches domestiques (Kofman & Raghuram, 2009; Miranda, 2012). Ce transfert de tâches entre femmes, appelé chaîne mondiale des soins (Hochschild, 2000), contribue à reproduire les inégalités de genre (Morokvasic, 2010). Depuis les années 1990, la « crise du *care* » dans les pays du Nord a contribué à l'intensification de cette chaîne (Benería, 2010; Kofman, 2012), qui se reproduit par le fait même dans les pays du Sud. En effet, lorsque des femmes quittent leur pays pour assurer un emploi du *care*, leurs responsabilités ne sont généralement pas prises en charge par les pères, mais plutôt par une autre femme de la famille, sinon par une employée issue d'une classe plus modeste ou originaire d'un pays limitrophe plus pauvre (Parreñas, 2012; Lara Flores, 2012).

Les politiques étatiques et le marché du travail sont également des processus genrés ayant un impact sur la migration (Ito, 2010; Sassen, 2010; Talahite, 2010). Sassen (2010) soutient notamment que l'augmentation du chômage, la pauvreté, et le désengagement de l'État en matière de services sociaux entraînent :

une féminisation des stratégies de survie qui va bien au-delà de la situation des ménages et s'étend aux entreprises et aux gouvernements. D'autres possibilités de profits et de revenus pour les gouvernements s'instaurent aux dépens des migrants et surtout des migrantes (p.30).

Dans cette perspective, la migration apparaît comme une réaction micro-économique à de plus vastes processus de restructuration économique et le genre joue un rôle majeur dans cette

restructuration. À ce propos, Sassen (2010) précise que les transferts de fonds des migrantes sont devenus une source importante de revenus pour certains États du Sud. Les travaux sur les effets et la nature du marché du travail mondialisé sur les migrantes constituent un autre pan important de la recherche féministe. Par-delà la perception voulant que la migration des femmes soit positive car offrant l'opportunité aux femmes de devenir indépendantes financièrement, la littérature a mis en lumière l'autre versant, à savoir que les femmes migrantes deviennent dépendantes de ce marché et vulnérables à ses fluctuations (Talahite, 2010).

Finalement, un thème notable de la recherche sur la migration est l'implication des réseaux sociaux et familiaux. Il semble que la présence de ces réseaux soit l'une des principales raisons assurant la migration continue de groupes de migrants entiers, puisque la présence d'ami-e-s ou de parenté diminue de façon significative les coûts et les risques de la migration, tout en offrant un accès à l'information (Carling, 2008; Magliano, 2013; Massey, Durand, & Pren, 2014). À ceci, les recherches féministes ajoutent que les attentes genrées influent sur les réseaux auxquels les hommes et les femmes ont accès. Par exemple, lorsque les femmes sont tenues de maintenir les liens familiaux, elles ont généralement davantage accès aux réseaux familiaux que les hommes (Nawyn, 2010). Les femmes ont aussi tendance à faire partie de réseaux féminins et les hommes, de réseaux masculins, ce qui influencerait leurs ressources et emplois respectifs (Miranda et collab., 2012).

1.2 La santé des femmes migrantes

Un consensus se dessine dans la littérature sur la santé générale des migrantes à l'effet que celle-ci décline de façon considérable à la suite de la migration dans le pays d'accueil (Cognet, Moisy, & Hamel, 2012; Gravel, Rhéaume, & Legendre, 2012; Kennedy, McDonald, & Biddle, 2006;

Moreno & Klijn, 2011). Les chercheur-e-s indiquent en effet que plusieurs migrantes souffrent de nouveaux problèmes respiratoires, musculaires et de vision suite au processus migratoire (Bermúdez-Quintana, 2013; Cagnet et collab., 2012; Goldberg, 2013). Fréquemment, ces femmes éprouvent également des problèmes de santé mentale, notamment des problèmes reliés à la dépression (Adanu & Johnson, 2009; Bermúdez-Quintana, 2013; Cagnet et collab., 2012; Goldberg, 2013; OIM, 2013).

Les études expliquent en outre que les problèmes de santé des migrantes sont généralement liés à leur emploi dans des secteurs à risque tels que l'industrie du sexe, le travail domestique et du *care*, l'industrie du textile et autres formes de travaux informels (Dusseault, 2005; Morokvasic, 2012; Roulleau-Berger, 2012). La situation des migrantes installées à Córdoba semble correspondre à ce tableau (Magliano et collab., 2012). La plupart d'entre elles occupent des emplois dépourvus d'avantages sociaux et très peu ou mal rémunérés, ce qui rend difficile sinon impossible la souscription à une assurance médicale privée (Dusseault, 2005; Lu et collab., 2012). Dans ce contexte, les femmes n'ont pas toujours la possibilité de s'offrir les services de santé ou les médicaments dont elles ont besoin (Bermúdez-Quintana, 2013; Cagnet et collab., 2012). Or leurs emplois impliquent aussi de longs quarts de travail et/ou un horaire fragmenté, ce qui complexifie davantage l'accès des femmes aux services de santé (Aizenberg, Rodríguez, & Carbonetti, 2015).

La communauté scientifique explique la détérioration de l'état de santé des migrantes et leur ghettoïsation au sein de certains métiers par trois facteurs-clés : la discrimination basée sur le statut légal et/ou le racisme, la discrimination basée sur la classe sociale et le sexisme. En

d'autres termes, les femmes migrantes se voient traiter différemment en raison de leurs marqueurs identitaires⁵ de statut légal/de race, de classe et de sexe.

La perception associant les migrantes à des populations non citoyennes, voire illégales, a exercé un impact considérable sur la qualité des services de santé qui leur sont offerts (Cognet et collab., 2012; Deeb-Sossa, Olavarrieta, Juarez-Ramirez, Garcia, & Villalobos, 2013; Meghani & Eckenwiler, 2009). Cette perception a été alimentée entre autres par l'État et les médias argentins. À partir des années 1990, ces acteurs sociaux ont ouvertement soutenu que l'illégalité migratoire était en hausse, en plus d'affirmer que les migrant-e-s étaient responsables de la crise économique et du taux de chômage élevé (Nadali, 2007; Sabarots, 2002). Leurs discours ont agi sur l'imaginaire social des Argentin-e-s, qui surestiment grandement le nombre de migrant-e-s (en situation légale et illégale) des pays périphériques (Pizarro, 2008). Ainsi, une partie de la population, incluant des professionnel-le-s de la santé, estiment que les migrantes illégales ne devraient pas avoir droit aux soins de santé, car leur offrir les mêmes services qu'aux citoyen-ne-s serait injuste (Deeb-Sossa et collab., 2013; Meghani & Eckenwiler, 2009). Pourtant, le fait de refuser des services de santé aux migrantes illégales sous prétexte que cela est « juste » puisqu'elles auraient violé les lois du pays, ne tient pas compte du contexte social, politique et économique entourant la migration de ces femmes (Meghani & Eckenwiler, 2009).

Par ailleurs, le statut d'immigration est plus complexe que les catégories « légal » et « illégal », et les migrantes ont souvent un statut qui comprend à la fois des aspects légaux et irréguliers (Düvell, 2011). Par exemple, il est possible qu'une femme ait le statut de résidente, mais qu'elle

⁵ Les marqueurs identitaires peuvent être définis comme étant « not a birthright, but rather a set of meanings and positions that are achieved and, by implication, may shift over time » (Diamond cité dans Walters, 2017, paragr.20). Stuart Hall offre également une définition spécifique relative au marqueur identitaire ethnique, qui de surcroît nous aide à comprendre le concept de marqueur identitaire de façon plus large. Il écrit : « We all speak from a particular place, out of a particular history, out of a particular experience, a particular culture. We are all, in that sense, *ethnically* located and our ethnic identities are crucial to our subjective sense of who we are » (Hall cité dans Alcoff, 2006, p.86).

occupe un emploi sans détenir un permis de travail. Certain-e-s chercheur-e-s ont qualifié cette ambivalence statutaire comme une semi-légalité, une illégalité « légale » ou une informalité formelle (Düvell, 2011; Erdemir & Vasta, 2007). Or ce sont des politiques gouvernementales inadéquates sur les plans de la conception et de l'implantation qui contribuent à cette ambivalence statutaire et à l'irrégularité migratoire. Pour illustrer ces lacunes, on peut citer la lenteur bureaucratique du processus migratoire (Düvell, 2011).

Outre l'opinion négative de certain-e-s sur les migrant-e-s en situation d'illégalité, un article de la loi sur l'immigration de 1981 exigeait que les établissements de santé communiquent les informations personnelles des migrantes en situation irrégulière aux autorités afin de les expulser (OS, FEIM, & OIM, 2008). Malgré le fait que cette loi ait été modifiée en 2004 et que l'accès à la santé ne puisse désormais plus être nié sous le prétexte du statut d'immigration (OS et collab., 2008; Baeza, 2014), certaines études tendent à montrer qu'une partie des migrantes craignent encore de se faire dénoncer si elles accèdent au système de santé (OS et collab., 2008; Jelin, Grimson & Zamberlin, 2006; Pizarro, 2012). L'attitude du parti Proposition républicaine (PRO), actuellement au pouvoir, vis-à-vis de la migration, et la mise en place d'un décret modifiant la loi sur l'immigration⁶ pourraient également accentuer la peur des migrantes. D'ores et déjà, ces femmes évitent de recourir aux services disponibles lorsqu'elles rencontrent des problèmes requérant une consultation médicale.

Une autre barrière à laquelle font face plusieurs migrantes est la différence linguistique : le fait que certaines ne parlent pas la langue du pays d'accueil, mais plutôt une langue autochtone rend la communication avec le personnel soignant très ardue (Adanu et Johnson, 2009; Almeida,

⁶ Le 27 janvier 2017, le gouvernement de Mauricio Macri a passé le décret 70/2017, qui modifie plusieurs aspects de la loi de l'immigration et la loi de résidence. Par exemple, il est maintenant plus facile d'expulser des migrant-e-s ayant commis un délit, que ce soit un délit mineur ou majeur (Boletín Oficial de la República Argentina, 2017).

Caldas, Ayres-de-Campos, Salcedo-Barrientos & Dias, 2013; Cha, 2013; Cagnet et collab., 2012).

Le racisme est également identifié comme un facteur agissant sur l'état de santé des migrants. Kebabza (2006) explique comment le racisme est intimement lié au concept de racialisation, c'est-à-dire à : « la construction de hiérarchies sociales et ethnico-raciales, caractérisées par des rapports de domination et de subordination, entre des groupes inégaux » (p.4). Les discours eugéniques de la fin du 19^e siècle en Argentine ont certainement contribué à légitimer la racialisation et le racisme envers les peuples non blancs et ont fortement influencé la vision de la nation (Blancpain, 2011; Bletz, 2010). Ainsi, bien que plusieurs gouvernements aient soutenu que la nation argentine soit un « creuset des races » ayant une ouverture face à la diversité, ce discours gomme les réalités historiques de la racialisation et de la discrimination raciale au sein du pays (Adaszko & Kornblit, 2008). L'existence même des appellations de nature péjorative « *Boliviano*⁷ » et « *cabecita negra*⁸ », utilisées couramment à titre d'insultes en Argentine, illustre bien ce propos (Caggiano, 2005; Sabarots, 2002). Plusieurs historien-ne-s révèlent aussi que l'État tend à définir la nation argentine comme étant principalement blanche et européenne, excluant les membres n'appartenant pas à cette catégorie (Magliano, 2009; Sutton, 2008).

La racialisation a également été étudiée sous un angle mondialisé, puisqu'elle s'exprime dans la division et dans la répartition des ressources et du pouvoir à l'échelle mondiale (Kebabza, 2006).

À ce propos, Kebabza (2006) écrit :

Les « Blancs » ne sont certainement pas à regarder comme une communauté, ni comme un groupe ethnique ou racial, en tant que tel, mais davantage comme représentant quelque chose qui symbolise de près ou de loin, le capitalisme, l'oppression, sans évidemment s'y

⁷ Bolivien.

⁸ Une personne aux cheveux noirs et à la peau foncée issue de la classe populaire.

réduire. Se profile dès lors, une « ligne de couleur » qui traverserait tous les continents (p.5).

Étienne Balibar parle de « deux races » : les « Blancs » (ou les Nordistes) et les « non-Blancs » (ou les Sudistes). Bien que personne ne sache précisément ce qu'est un « Blanc », ou un « non-Blanc », la différence entre les deux est perceptible et n'a pas été affaiblie par les récentes vagues de migration (cité dans Kebabza, 2006).

Que ce soit parce qu'elles les rendent responsables des problèmes économiques du pays ou parce qu'elles représentent le Sud (ou un mélange des deux), plusieurs Argentin-e-s ont des préjugés négatifs à l'égard des Boliviennes, des Paraguayennes et des Péruviennes (Magliano, 2009; Mouratian, 2013), qui se traduisent fréquemment par des pratiques discriminatoires. Par exemple, certain-e-s professionnel-le-s de la santé perçoivent et interagissent avec leurs patientes migrantes différemment d'avec les non-migrantes : elles les soupçonnent, et parfois même les accusent, de mentir sur leurs symptômes ou sur la raison de leurs blessures, ou encore d'être sexuellement irresponsables afin de pouvoir obtenir un congé ou une aide financière (Cognet et collab., 2012; Deeb-Sossa & Bickham Mendez, 2008). Dans le contexte argentin, des employé-e-s du secteur de la santé affirment que les femmes migrantes boliviennes ne sont pas comme les Argentines ou les autres femmes migrantes, qu'elles sont « différentes » (Baeza, 2013; Jelin et collab., 2006). Le personnel de la santé raconte également ne pas les comprendre et ne pas savoir comment établir un lien de confiance avec elles (Baeza, 2013). Tous ces facteurs ont un effet néfaste sur l'expérience des migrantes boliviennes et sur la qualité des soins qu'elles reçoivent.

À cela s'ajoute la classe sociale⁹ des migrantes qui agit négativement sur leur état de santé (Abeldaño & González, 2016; Aizenberg, Rodríguez & Carbonetti, 2015). Comme la majorité des pays d'Amérique latine, l'Argentine est caractérisée par un fort taux d'inégalités. En 2014, l'indice GINI¹⁰ de l'Argentine était de 42,7, soit un niveau d'inégalités plutôt élevé (Banque mondiale, 2017). Les disparités de revenus affectent à leur tour l'inégalité d'accès aux soins de santé. Selon Blendon et ses collaborateurs (2002), les personnes issues de classe inférieure à la moyenne sont significativement plus susceptibles de rapporter un mauvais accès aux soins.

Rappelons que le système de santé argentin se divise en trois sous-systèmes relativement indépendants : le système privé, le système de sécurité sociale et le système public (Gogna & Zamberlin, 2004; Yavich, Báscolo, & Haggerty, 2016). Le système privé est dirigé par des entreprises privées et implique des coûts onéreux, ce qui explique pourquoi il est majoritairement fréquenté par la classe supérieure (OS, FEIM & OIM, 2008). La majorité des individus de la classe moyenne et la portion de la classe populaire qui en a les moyens se tournent plutôt vers les plans de sécurité sociale. En échange de paiements à intervalles réguliers, les plans de sécurité sociale (communément appelés « *obras sociales* »), fournissent leurs propres services de santé à leurs membres ou bien embauchent des services de fournisseurs privés (Gogna & Zamberlin, 2004).

Par ailleurs, les soins de santé du système public sont offerts gratuitement, au sein d'hôpitaux, de centres de santé et de cliniques (OS et collab., 2008; Hess & Maughan, 2012). De ce fait, ils sont majoritairement utilisés par les gens à faibles revenus (Abeldaño & González, 2016; Aizenberg

⁹ La classe sociale peut être définie comme étant la profession, le niveau d'éducation et le revenu d'une personne (Navarro, 1990).

¹⁰ L'indice GINI révèle dans quelle mesure la distribution des revenus des ménages, s'éloigne de l'égalité parfaite. Un score de zéro indique une égalité absolue alors que 100 signale une inégalité parfaite. De nos jours, l'indice GINI des pays du monde varie entre 25 et 65.

et collab., 2015; Karolinski et collab., 2010). Toutefois, ce système comporte plusieurs lacunes importantes. Par exemple, une étude effectuée à Rosario souligne que le système public de la santé n'est pas en mesure de fournir le volume de services nécessaires pour répondre à la demande (Yavich et collab., 2016). Par conséquent, l'État la limite en exigeant que les demandes de service soient faites en personne. L'impossibilité de prendre rendez-vous en ligne ou par téléphone accuse la faible accessibilité aux soins (Yavich et collab., 2016). Les migrantes étant disproportionnellement issues de la classe qui utilise le plus le système public de la santé, elles sont donc à risque d'avoir un accès difficile aux services de soins de santé, ce qui les rend plus susceptibles d'être en moins bonne santé.

Enfin, l'état de santé déclinant des femmes migrantes est également construit par le sexisme. En Argentine, les forces hégémoniques du machisme et du marianisme¹¹ sont très présentes et renforcent la division sexuelle du travail (Stobbe, 2005). En Argentine, comme en Amérique latine en général, la féminité est traditionnellement étroitement liée à la maternité (Sutton, 2014; Zabaleta, 2001). Puisque la femme peut enfanter, elle est présentée comme ayant des aptitudes innées pour être mère et s'occuper de la sphère domestique (Hammond, 2011; Sosa-Buchholz, 2008), alors que l'homme aurait des compétences naturelles pour la sphère publique (Molyneux, 2001). En somme, les normes genrées ont tendance à limiter et à essentialiser les femmes à l'aune de leurs fonctions reproductives (Bellucci, 1997; Sutton, 2014).

Il n'est donc pas étonnant que les migrantes soient surreprésentées dans le travail domestique et le travail du *care* (Benería, 2010; Magliano, 2009; Sassen, 2010). En Argentine, c'est avec ces

¹¹ Selon Sanders (2011) : « Machismo and marianismo are ideological constructions, originating in 19th-century Spanish and Latin America, which serve as a model for gender relations. Machismo refers to an idealized understanding of male behavior and power while marianismo is the term for the corresponding female role. [...] Machismo and marianismo are two sides of the same coin; each of them cannot exist or be understood without the other » (p.2).

arguments que, par exemple, l'illustre Eva Perón¹² a réussi à convaincre plusieurs de ces concitoyen-ne-s que les femmes devaient obtenir le droit de vote aux élections nationales : leurs rôles de mère et d'épouse leur apportaient une perspective « pertinente et éclairée » (Zabaleta, 2001).

Le stéréotype de la bonne mère de famille a aussi été renforcé par le mouvement des Mères de la Place de Mai¹³ (MPM) (Morales, 2015). Lors de la dictature argentine de 1976 à 1983, des mères se rencontraient à la place principale afin de réclamer à l'État leurs enfants disparus (Morales, 2015). À une époque où les manifestations étaient strictement interdites et très dangereuses, le courage de ces mères marque profondément la conscience collective et les MPM deviennent un des mouvements sociaux des droits de la personne les plus importants d'Argentine. Néanmoins, le mouvement repose sur l'identité de mère et perpétue les rôles de genre traditionnels, sans remettre en question la place des femmes au sein de la famille et de la société (Morales, 2015; Morgan, 2015).

La littérature spécialisée souligne également le fait que les migrantes sont largement responsables des tâches ménagères de leur foyer, ce qui diminue leur temps disponible pour s'occuper de leur propre santé (Magliano, 2009). Les femmes se voient également attribuer la responsabilité des soins aux enfants et de nombreuses migrantes, dont plusieurs sont elles-mêmes mères de famille, en viennent à faire passer le bien-être de leurs enfants avant le leur (Magliano, 2009).

Dans un contexte de migration familiale, les responsabilités du travail domestique et du *care* des migrantes peuvent être également alourdies si leur conjoint migrant arbore une masculinité

¹² Eva Perón était la Première dame de l'Argentine et une femme politique influente au cours des décennies 1940 et 1950.

¹³ *Madres de la Plaza de Mayo*.

subalterne. Comme mentionné précédemment, un migrant perdant sa masculinité hégémonique peut se sentir ébranlé et tenter de récupérer cette dernière en adoptant davantage de comportements jugés masculins (Connell, 2005). Le conjoint migrant pourrait ainsi refuser de participer aux tâches domestiques et aux soins des enfants, quelque chose qu'il aurait peut-être consenti à faire dans une certaine mesure s'il n'avait pas perdu sa masculinité hégémonique (Bartolomei, 2010).

Malgré les responsabilités domestiques, la discrimination raciale et les autres embûches auxquelles elles peuvent faire face, les migrantes ne sont toutefois pas passives en ce qui a trait à leur santé. En fait, certain-e-s chercheur-e-s notent que les femmes utilisent leurs réseaux familiaux ou sociaux afin de faciliter leur intégration à la société et acquérir de l'information par rapport à l'accès aux soins (Aizenberg et collab., 2015; Massey et collab., 2014). Les nouvelles arrivantes et leurs proches partagent aussi certaines responsabilités liées à la maison et aux enfants afin de permettre aux femmes de se rendre aux points de service plus facilement (Aizenberg et collab., 2015; Balaam et collab., 2013). Cet exemple déconstruit l'idée préconçue de passivité et de fragilité chez les migrantes (Magliano, 2009) et démontre au contraire l'agentivité qu'elles déploient lors de situations problématiques. Selon Guilhaumou (2012) l'agentivité est « une puissance d'agir qui n'est pas une volonté inhérente au sujet, plus ou moins attestée, mais le fait d'une individu(e) qui se désigne comme sujet sur une scène d'interpellation marquant la forte présence d'un pouvoir dominant » (p.27). Rares sont cependant les études qui explorent cette capacité en examinant les stratégies mises en œuvre par les migrantes pour accéder aux services de SSR dont elles ont besoin. Si par ailleurs il est vrai que, jusqu'ici, j'ai abordé les notions de citoyenneté, de race, de classe et de genre séparément, il n'en demeure pas moins que ces marqueurs identitaires s'entrecroisent et agissent de façon simultanée sur la vie

des migrantes (Landry, 2012; Morokvasic, 2010). Par exemple, en Argentine, l'entrecroisement des notions de race et de classe se reconnaît à la racialisation des rapports de classe (Oliver & Muntaner, 2005; Sutton, 2008), laquelle associe habituellement les membres de la classe économique supérieure à des personnes d'origine européenne, et les membres de la classe populaire à des personnes de descendance autochtone et « *mestiza* » (Sutton, 2008). Pourtant, de nombreuses études (Cerrutti, 2010; Gravel et collab., 2012; OIM, 2013) ne tiennent toujours pas compte de l'imbrication des marqueurs identitaires, se contentant d'assimiler l'expérience de santé des migrantes à celle de leurs homologues masculins ou des femmes argentines.

1.3 La santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes

Au cours de la deuxième moitié du 20^e siècle, nous avons assisté à l'expansion massive des technologies et des services de santé relatifs aux soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) (Cook, Dickens, & Fathalla, 2005). Néanmoins, durant cette période, ces services étaient fragmentés et conçus pour répondre seulement à certains besoins en la matière, par exemple des besoins prénataux des femmes (Cook et collab., 2005). Il faudra attendre la Conférence du Caire de 1994 et la Conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Beijing en 1995 afin d'approcher les besoins de SSR de façon complète et intégrée (Cook et collab., 2005).

En plus d'apporter une visibilité sans précédent aux enjeux touchant spécifiquement à la SSR des femmes (incluant les risques de la criminalisation de l'avortement¹⁴ et le manque d'accès aux services de la SSR), les conférences du Caire et de Beijing marquent un tournant majeur en ce qui a trait à l'avancement de la conception de la SSR (Chiarotti, 2007; Ryckmans & Maquestiau, 2008). C'est en effet au Caire que la communauté internationale adopte pour la première fois une

¹⁴ Aussi appelé « interruption volontaire de grossesse non désirée »; j'ai décidé de m'en tenir au terme « avortement » puisqu'il est plus couramment utilisé dans la littérature scientifique.

définition internationale de la santé de la reproduction (Cook et collab., 2005) qui se lit comme suit :

On entend également par [santé en matière de reproduction], la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles (ONU, 1995, p. 38).

L'une des forces de cette définition est l'intégration du concept de sexualité basée sur le libre consentement à la notion de la santé reproductive (Ryckmans & Maquestiau, 2008).

Le Programme d'action du Caire prend en outre le soin de préciser qu'il est essentiel que les services de SSR tiennent compte des besoins particuliers des femmes et des adolescentes migrantes puisqu'elles sont susceptibles de se retrouver dans des situations vulnérables et de voir leur santé et leurs droits en la matière menacés (ONU, 1995). Qui plus est, ce programme souligne que les personnes migrantes ont généralement un accès limité aux services de SSR (ONU, 1995). En témoigne la recherche de Lu et ses collègues (2012) voulant que les femmes migrantes aient un accès moindre à l'information relative à la santé sexuelle, aux pratiques sexuelles sécuritaires et aux services offerts en matière de SSR par rapport aux non-migrantes. Cette difficulté d'accès exerce aussi un impact significatif sur le taux élevé d'ITSS chez les femmes migrantes (Jordal, Wijewardena, Öhman, Essén, & Olsson, 2014). De plus, les problèmes d'anémie après la grossesse ainsi que les malformations congénitales sont également plus fréquents chez les migrantes que chez les non-migrantes (Almeida et collab., 2013). À ces difficultés de santé vécues par les migrantes s'ajoutent des problèmes d'accès à la contraception (Rogers & Earnest, 2014), ce qui explique en partie pourquoi elles ont un taux élevé de grossesses non désirées (Huang et collab., 2012). Il s'en suit que les migrantes sont

particulièrement à risque de complications liées à un avortement non sécuritaire (Dong et collab., 2015; Jordal et collab., 2014; OIM, 2013).

Non seulement le Programme d'action du Caire incorpore la notion de santé sexuelle au concept de santé reproductive et rappelle que les femmes migrantes ont des besoins particuliers dans ce domaine, mais il définit également le concept de droits en matière de sexualité et de reproduction comme une partie intégrante des droits humains (Attané & Scornet, 2011; Sesia, 2007). On peut notamment y lire que :

Ces droits [reproductifs] reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et les individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espace de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme (ONU, 1995, p. 38).

En d'autres termes, pour évaluer la SSR, il faut tenir compte du droit à l'information et à l'éducation; du droit à l'égalité et à la non-discrimination; du droit de décider du nombre d'enfants désirés et de l'écart entre les grossesses; ainsi que du droit à la santé et à la sécurité sociale (OMS, 2006). La Conférence mondiale sur les femmes de 1995 viendra amplifier cette notion, en soutenant que « les droits des femmes sont des droits fondamentaux de la personne » (ONU, 1996, p. 3) d'une part, et en réclamant que la communauté internationale porte une attention particulière à la SSR des femmes et des filles d'autre part (ONU, 1996; Rodriguez-Trias, 1996). La conception de la SSR comme droit de la personne tel que revendiqué par les

conférences du Caire et de Beijing influencera les approches de nombreuses organisations dont l'OMS. Dans le contexte argentin, le fait de parler de l'accès à la SSR comme d'un droit humain interpelle les citoyen-ne-s d'une manière particulière en raison de la dictature de 1976 et 1983 (Bellucci, 1997). Dans leurs esprits, le concept de violation des droits humains renvoie aux injustices, disparitions, et horreurs survenues lors cette époque et possède par conséquent une forte connotation émotive (Chiarotti, 2007; Sutton & Borland, 2013).

Bien que le fait d'approcher la SSR comme un droit humain offre certains avantages, cet angle juridique permet une lecture limitée de la situation, puisque la garantie de droit n'entraîne pas nécessairement une garantie d'accès, surtout pas pour les personnes vulnérables et discriminées (OS, FEIM & OIM, 2008). C'est pourquoi il devient primordial de revoir la notion d'accès à la fois sous l'angle matériel (coût, infrastructure existante, etc.) et sous l'angle socioculturel (acceptabilité de recourir à ces services, autorisations, etc.).

Une autre façon d'analyser la SSR des migrantes est de la concevoir comme un enjeu de santé publique (Alanís & Sippel, 1999; Gogna, Romero, Ramos, Petracci & Szulik, 2002; Kulczycki, 2011; Vasquez et al., 2012). En Argentine, l'un des enjeux fréquemment abordés sous cette perspective est l'avortement. Les partisan-ne-s de la décriminalisation de cette pratique¹⁵ rappellent que les avortements clandestins sont une cause importante de mortalité : en 2014 dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes¹⁶, les décès reliés à ce genre d'avortement représentaient au moins 10 % du taux de mortalité maternelle du territoire (Gutmacher Institute, 2017). La criminalisation de cette pratique ne semble pas non plus avoir pour effet de diminuer le nombre d'avortements exécutés (OMS, 2016). De plus, les complications reliées aux

¹⁵ En Argentine, l'avortement est un acte criminel, excepté dans trois cas précis : lors des douze premières semaines de grossesse et lorsque la vie de la mère est en danger; dans le cas d'un attentat à la pudeur sur une femme handicapée; ou, depuis mars 2012, lorsque la grossesse est le résultat d'un viol (CLADEM, 2014).

¹⁶ Les statistiques les plus récentes concernant l'avortement en l'Argentine remontent à 2010 (ADC et al., 2012).

avortements clandestins ont des répercussions financières importantes sur le système public de la santé (Vasquez et collab., 2012).

L'analyse de la SSR comme un enjeu de santé publique est cependant insuffisante, et ce pour plusieurs raisons. D'abord, parce que cette approche ne fait généralement pas appel à la participation des migrantes. Au contraire, elle tend à les traiter davantage comme des objets plutôt que des sujets de recherche actifs, une démarche pourtant cruciale afin de comprendre les enjeux de SSR dans leur entièreté (Ollivier & Tremblay, 2000). Ensuite, parce qu'en réduisant la SSR à une problématique d'ordre sanitaire, les personnes consultées sont souvent les autorités en la matière, c'est-à-dire les médecins, les gynécologues et les praticien-ne-s de la santé (Gogna et collab., 2002; Jelin et collab., 2006; Vasquez et collab., 2012). Bien que ces professionnel-le-s possèdent une légitimité auprès de la population et peuvent donc influencer son opinion sur le sujet, illes peuvent aussi faire partie du problème dès lors qu'illes cristallisent des rapports sociaux de sexe, de classe et de race. Rares sont pourtant ceux ou celles qui reconnaissent faire preuve de paternalisme, de protectionnisme et/ou de discrimination envers les femmes racialisées ou de la classe populaire (Smith-Oka, 2009).

Pour les chercheur-e-s féministes, les relations de pouvoir ont une importance capitale afin de bien comprendre une problématique donnée. En ce qui a trait à la SSR, l'appropriation du corps des femmes, et particulièrement des femmes migrantes racialisées, a été identifiée comme une conséquence centrale d'une relation de pouvoir inégale entre les femmes et certains acteurs (Baeza, 2013; Brown, 2004; Sutton & Borland, 2013). Le premier des acteurs avec lequel les femmes migrantes ont une relation inégalitaire et qui s'approprie leur corps est le personnel de la santé. Par exemple, dans le milieu médical, on s'attend à ce que les femmes donnent naissance allongées sur le dos afin de faciliter le travail des médecins (Cerrutti, 2010). Or une tradition

bolivienne autochtone privilégie l'accouchement en position accroupie plutôt qu'allongée sur le dos (Cerrutti, 2010). Dans plusieurs cas, les centres de santé n'offrent pas directement cette option, mais l'acceptent lorsqu'une femme le demande (Cerrutti, 2010). Toutefois, peu de professionnel-le-s de la santé honorent cette coutume de façon respectueuse ou de gaieté de cœur, affirmant que cette position est plus compliquée à assister (Cerrutti, 2010; Jelin et collab., 2006). Les chercheur-e-s féministes dénoncent cette inégalité de pouvoir entre patientes migrantes et professionnel-le-s de la santé, déconstruisent les fondements de l'institution médicale et dénoncent sa nature sexiste et raciste (Steele & Chiarotti, 2004). Ainsi, l'accouchement accroupi n'est pas valorisé, car il ne correspond pas au modèle dit « adéquat » ou occidental (Aizenberg et collab., 2015; Baeza, 2013) et privilégie le confort de la femme qui accouche plutôt que celui des professionnel-le-s de la santé, un métier historiquement dominé par les hommes (Jelin et collab., 2006; Brodsky, 2008). Balaam et ses collaborateur-e-s (2013) ainsi que Cerrutti (2010) soulignent également qu'il n'existe pas de programme traitant des besoins de santé spécifiques des migrantes vivant en Argentine, et que ceux-ci pourraient aider le personnel du système de santé à mieux comprendre et répondre aux besoins de cette population. Le fait que la migration de femmes boliviennes ne soit pas un phénomène récent laisse croire que les professionnel-le-s de la santé souhaitent conserver leur position d'autorité.

Le deuxième acteur reconnu comme s'appropriant le corps des femmes dans le cadre de la SSR est l'État (Brown, 2004; Sutton & Borland, 2013). En Argentine, la loi interdisant l'accès à l'avortement illustre bien ce propos. À travers ses lois, l'État contrôle ce que les femmes peuvent faire (ou ne pas faire) avec leur corps et leur maternité. Une fois de plus, les travaux retracent et dénoncent les normes de genre à l'origine de ce besoin de contrôle. En Argentine, les normes de genre commandent aux femmes de personnifier la maternité et définissent le corps d'une femme

comme un « corps pour les autres », en particulier pour les hommes et les enfants (Sutton, 2007, p. 135). Intrinsèquement patriarcales, ces normes, rappelons-le, tendent à diminuer les femmes à leurs fonctions reproductives (Bellucci, 1997; Sutton, 2014). Dans la même veine, l'État (une institution historiquement patriarcale) fait ce qui est en son pouvoir pour ne pas laisser les femmes éviter une maternité. Or seules les femmes des classes moyenne et supérieure réussissent généralement à échapper à cette appropriation puisqu'elles ont normalement accès à des avortements illégaux et à des suivis sécuritaires dans des cliniques privées et loin des autorités (Carabajal, 2010; Guillaume & Lerner, 2007). Utilisant le système public de la santé de façon disproportionnée, les femmes qui se font poursuivre en justice et qui se voient durement interrogées par plusieurs professionnel-le-s de la santé qui les soupçonnent d'avoir eu recours à un avortement illégal sont plutôt issues de la classe populaire (Karolinski et al., 2010; Steele et Chiarotti, 2004). Surreprésentées au sein de la classe populaire, les femmes migrantes sont donc particulièrement touchées par ces problèmes et se voient davantage assujetties à l'État que d'autres groupes de femmes (ADC et collab., 2012; Guillaume & Lerner, 2007).

Le troisième acteur identifié comme s'appropriant le corps des femmes migrantes est le conjoint de la migrante (Cerrutti, 2010; Jelin et collab., 2006). Selon une tradition bolivienne autochtone, une femme perdrait sa féminité si elle n'effectue pas un accouchement « normal », à savoir un accouchement vaginal (Cerrutti, 2010). De plus, le temps de guérison d'une césarienne est plus long et les professionnel-le-s de la santé soupçonnent que les hommes souhaitent que leur conjointe retourne travailler rapidement. Ainsi, même lorsqu'une femme et son enfant sont en danger de mort, plusieurs conjoints refusent que leur femme subisse une césarienne (Cerrutti, 2010; Jelin et collab., 2006). Certaines femmes refusent elles-mêmes la césarienne afin de ne pas contrarier leur mari ou par peur de perdre leur féminité (Jelin et collab., 2006). Dans tous les cas,

le conjoint prend des décisions par rapport au corps de sa conjointe et se l'accapare comme s'il s'agissait du sien.

1.4 Synthèse et zones grises de la littérature

Au fil du temps, les littératures traitant respectivement de la migration, de la santé des migrantes et de la SSR ont su exploiter des thématiques et des angles d'analyse variés. Les recherches féministes sur les migrations ont notamment donné de la visibilité à la migration des femmes, en prenant soin d'étudier les différentes relations de pouvoir y étant associées. À ce propos, j'ai fait état des travaux sur les circonstances entourant la décision de migrer, les relations entre les membres de la famille et l'influence des politiques gouvernementales et du marché du travail.

La revue des ouvrages sur la santé des migrantes a révélé que la citoyenneté, la race, la classe et le genre ont une incidence déterminante sur la santé des migrantes et sur leur ghettoïsation au sein d'un certain type d'emploi. En tenant compte du contexte politico-historique de l'Argentine, il a été possible d'identifier les divers acteurs en cause et d'analyser les différentes relations de pouvoir en lien avec la santé des migrantes, que ce soit au niveau macro ou au niveau micro.

Il est également apparu que la plupart des chercheur-e-s étudiant la santé des migrantes se spécialisent sur la migration Sud-Nord plutôt que sur la migration Sud-Sud (Almeida, 2014; Bermúdez-Quintana, 2013; Cha, 2013; Cagnet et collab., 2012; Eckenwiler, 2014; Gravel et collab., 2012). Or la majorité de ces travaux ne définissent pas clairement ce qu'ils entendent par « migrantes » : est-ce que ce groupe inclut les individus d'origine étrangère nés en Argentine ou seulement les nouveaux et nouvelles arrivant-e-s? Différencier les descendants des nouveaux arrivants pourrait influencer les conclusions de la recherche. Par exemple, Cerrutti (2010)

souligne que les nouvelles arrivantes boliviennes sont réfractaires à l'idée de subir une césarienne lors de leur accouchement, ce qui n'est pas le cas de celles vivant en Argentine depuis longtemps. Par ailleurs, la littérature sur la SSR des femmes a permis de dégager deux grandes approches en vigueur, soit l'approche des droits humains et celle de la santé publique. Le thème de l'appropriation du corps des femmes par les professionnel-le-s de la santé, l'État et les conjoints complète ce survol. Au vu de ces travaux, il ressort que le sujet de la SSR des femmes migrantes en Argentine reste encore peu exploré. Le fait que la discrimination envers les migrant-e-s constitue un phénomène mal avoué et peu étudié en Argentine (Sutton, 2008) pourrait expliquer cette lacune. Mon travail propose de combler ce vide en examinant deux aspects particuliers de la SSR des migrantes boliviennes résidant à Cordoba : leur agentivité pour faire valoir leurs droits à une SSR pleine et entière d'une part, et l'impact de la classe, de l'âge et du travail sur leurs expériences et prises de décision en la matière d'autre part.

Bien que les études féministes nous fassent remarquer que les migrantes possèdent de l'agentivité face à l'adversité, très peu d'études se concentrent sur les stratégies de résistance déployées par les femmes afin de combler leurs besoins en matière de SSR. La littérature spécialisée se focalise davantage sur les obstacles d'accès à la santé plutôt que sur les solutions alternatives utilisées ou envisagées par les migrantes. Il me semble primordial d'examiner plus en détail ces solutions afin d'avoir un portrait plus complet de la situation des femmes migrantes qui reconnaisse pleinement leur agentivité.

En outre, les femmes migrantes sont généralement représentées comme un groupe homogène faisant l'expérience de diverses situations plus ou moins de la même façon. Or, hormis l'ethnicité et le genre, les femmes possèdent d'autres marqueurs identitaires, comme l'âge actuel et au

moment de la migration¹⁷, le statut générationnel¹⁸, l'origine du milieu de vie (racines rurales ou urbaines) la classe, etc., qui sont tout aussi susceptibles d'influer sur leurs expériences et opinions. C'est pourquoi je m'attarde à leur analyse dans le chapitre 5 de la présente thèse.

¹⁷ Dans ce cas-ci, je comparerai les propos des participantes ayant migré en tant qu'enfant ou adolescente à celles ayant migré en tant qu'adolescente autonome ou adulte.

¹⁸ Inspiré de Statistique Canada (2016), j'emploie l'expression « statut générationnel » pour indiquer si une personne ou ses parents sont né-e-s au sein d'un certain pays, dans ce cas-ci l'Argentine. La première génération réfère donc aux migrant-e-s qui sont né-e-s à l'extérieur de l'Argentine, alors que la deuxième génération désigne les personnes qui sont nées en Argentine et dont au moins un des parents est né à l'extérieur de ce pays.

Chapitre 2 : Cadre théorique

2.1 Théories féministes intersectionnelles

Ma recherche est guidée par un cadre théorique féministe intersectionnel s'intéressant aux conséquences des systèmes de domination sur la vie des individu-e-s. Selon Kate Millett (1971), un système de domination est reconnaissable lorsqu'une « collectivité... exerce un contrôle général sur une autre collectivité » (p.38). Inspirées du courant féministe noir, les théories intersectionnelles rejettent l'idée d'une oppression universelle et univoque des femmes, même si celles-ci font partie d'un même groupe social qui est subordonné à celui des hommes (Collins, 2000; Crenshaw, 1991). Les féministes intersectionnelles considèrent plutôt que les différents systèmes d'oppression (le genre, la race, la classe, pour n'en citer que quelques-uns) interagissent simultanément et par conséquent construisent différemment l'expérience des femmes (Nakano Glenn, 2009; Stasiulis, 1999).

Bien que la plupart des auteures s'entendent sur ce principe de base, l'analyse intersectionnelle suscite de nombreux désaccords (Bilge, 2009). L'un des points de tension se rapporte à la hiérarchisation des systèmes de domination : certain-e-s chercheur-e-s la croient pertinente (Gimenez, 2001; Skeggs, 1997) alors que d'autres la considèrent comme réductrice (Knapp, 2005; Walby, 2007). Danièle Kergoat (2009) a par ailleurs critiqué la pertinence d'utiliser des catégories pour étudier les rapports sociaux. Elle écrit : « la multiplicité des catégories masque les rapports sociaux... travailler sur des catégories, même reformulées en termes d'intersections, c'est prendre le risque que des points demeurent invisibles » (Kergoat, 2009, p. 117). D'autres chercheur-e-s comme Evelyn Nakano Glenn, utilisent plutôt la « *categorical approach* », que l'on peut traduire en français comme l'approche catégorielle (McCall, 2005). Selon cette perspective, malgré le fait que les catégories soient imparfaites et changeantes, leur utilisation est

nécessaire lorsqu'on tente d'expliquer les rapports d'inégalité qui leur sont rattachés (McCall, 2005). Ma recherche se rapportera à cette dernière approche.

Un autre débat au sein de la recherche intersectionnelle s'articule autour des niveaux d'analyse. Pour certaines auteures, le cadre d'analyse intersectionnelle doit opérer aussi bien au niveau microsociologique (lequel s'intéresse davantage aux effets des systèmes de pouvoir sur les vies individuelles des gens) qu'au niveau macrosociologique (qui se concentre sur les façons dont les structures de domination agissent sur la production, l'organisation et le maintien des inégalités) (Bilge, 2009). Cependant, cet équilibre semble difficile à atteindre vu les multiples controverses sur le sujet (Bilge, 2009).

Afin de surmonter ces tensions, des auteures dans la lignée de Walby (2007), Yuval-Davis (2006) et Collins (1990) ont proposé des analyses intégrant ces deux niveaux et se positionnant par rapport à la hiérarchisation des systèmes de domination. Parmi ces efforts d'intégration, je retiens l'approche de Collins (1990), car elle propose un cadre d'analyse opérationnel à trois niveaux qui me semble utile pour mener à bien ma propre recherche.

Travaillant dans la tradition de la pensée féministe noire, Collins (1990) rejette l'idée selon laquelle on peut simplement additionner les différents systèmes d'oppression et que ceux-ci sont organisés de façon hiérarchique. Pour elle, les systèmes d'oppression se construisent mutuellement, sont imbriqués les uns dans les autres et forment ensemble une matrice de la domination. Elle écrit :

Viewing relations of domination for Black women for any given sociohistorical context as being structured via a system of interlocking race, class and gender oppression expands the focus of analysis from merely describing the similarities and differences distinguishing these systems of oppression and focuses greater attention on how they

interconnect. Assuming that each system needs the other in order to function creates a distinct theoretical stance that stimulate rethinking of basic social science concepts (Collins, 1990, p. 222).

De même, pour Collins (1990), les différents axes d'oppression ont un impact d'importance variable sur les individu-e-s. Par exemple, chez les femmes afro-américaines, c'est l'imbrication des axes d'oppression du genre, de la race et de la classe qui exerce l'incidence la plus forte. Dans le cadre de mon étude, les axes d'oppression qui agissent fortement sur la vie des femmes migrantes que j'ai interviewées et qui seront étudiés sont : le genre, l'ethnicité, la classe et l'âge.

En plus de former divers axes d'oppression, la domination (et sa résistance) opèrent à trois niveaux : au niveau personnel, au niveau du groupe d'un contexte culturel et au niveau institutionnel (Collins, 1990). Le niveau individuel comprend les expériences, les valeurs, les motivations et les émotions personnelles propres à chaque individu-e. Vient ensuite le niveau de groupe d'un contexte culturel. Un contexte culturel émerge des expériences et idées individuelles partagées par les membres d'un groupe et vient leur donner du sens et de la valeur. Dans le but de maintenir le contrôle, le groupe dominant tente de remplacer la façon de penser des individu-e-s et le contexte culturel d'un groupe subalterne par ses propres référents (Collins, 1990). La violence conjugale entre un homme et une femme est un exemple de domination au niveau individuel, alors que les standards de beauté promouvant exclusivement les traits physiques des Blancs sont un exemple au niveau de groupe d'un contexte culturel.

Le troisième niveau par lequel le groupe dominant tente de garder le contrôle qu'il exerce sur les groupes opprimés est le niveau institutionnel (Collins, 1990). D'une part, les institutions (incarnées par les écoles, les médias, l'Église, le gouvernement, etc.) exposent les individu-e-s au mode de pensée du groupe dominant. D'autre part, même si ces institutions offrent la possibilité

d'acquérir certaines compétences qui pourraient être utilisées pour résister au groupe dominant, il reste que d'en faire partie requiert de la docilité et de la passivité (Collins, 1990). Dans le cadre de mon travail, j'examinerai l'expérience et les opinions des femmes migrantes par rapport à l'institution de la santé.

2.2 Théories féministes postcoloniales

Plaçant l'expérience du colonialisme au cœur de leur analyse, les théories féministes postcoloniales sont également incorporées à ma recherche. Englobant à la fois les femmes du « Nord » et du « Sud » (Maillé, 2014), les analyses féministes postcoloniales critiquent, comme les théories intersectionnelles, l'homogénéisation des femmes et la non-reconnaissance de leur diversité (Kian, 2010). Chandra Talpade Mohanty (2009) dénonce notamment la vision ethnocentrique de certaines féministes occidentales, pour qui les femmes non occidentales sont représentées comme étant opprimées, passives et arriérées, alors que les femmes occidentales seraient libres, actives et progressistes. Mettant en lumière les effets du racisme et du colonialisme sur les femmes non blanches, les écrits de Mohanty (2009) rejoignent ceux de Kergoat (2009) puisqu'ils appellent à historiciser les contextes afin de bien saisir les spécificités culturelles de la réalité des femmes, et à éviter les concepts de vérité et d'émancipation universelle.

À ce propos, les théories féministes postcoloniales nous mettent bien en garde contre l'essentialisme culturel (Racine, 2003) et soutiennent que l'expérience de chaque individu-e est construit et influencé, non seulement par le fait d'être du « Nord » ou du « Sud », mais également par la race, la classe, le genre, la sexualité, l'ethnicité et bien d'autres rapports de pouvoir (Kian, 2010). Que ce soit au niveau macro ou micro, les recherches féministes postcoloniales prennent

soin de mettre en lumière et de détailler les impacts de ces divers rapports de pouvoir sur l'expérience des femmes (Lu & Racine, 2015).

De même, les théories féministes postcoloniales soulignent que le positionnement au sein des différentes relations de pouvoir influe sur les connaissances d'une personne, ce qui veut dire que tout savoir est socialement situé (Racine, 2003). Les chercheur-e-s féministes postcoloniales s'intéressent particulièrement aux savoirs des personnes opprimées, car ils ont longtemps été (et sont encore souvent) gommés par des chercheur-e-s du Nord qui nient l'impact de leur positionnement et considèrent leurs propres connaissances comme le « vrai » savoir (Racine, 2003). Porter une attention particulière aux savoirs subjugués corrige cet effacement, met en évidence l'importance de la position sociale sur la construction des connaissances et remet en question le fait que les savoirs seraient « universels » (Racine, 2003).

Gayatri Chakravorty Spivak alimente la réflexion postcolonialiste en considérant les effets du positionnement des chercheur-e-s. Selon elle, les individu-e-s privilégié-e-s peuvent étudier et représenter les groupes opprimés, à condition qu'elles examinent avec attention leur propre position sociale (Sharp, 2009). S'adressant aux membres des groupes dominants, Spivak ajoute même : « to refuse to represent a cultural Other is salving your conscience, and allowing you *not* to do any homework » (Spivak cité dans Sharp, 2009, p.115). En résumé, les chercheur-e-s faisant partie d'un groupe dominant peuvent investiguer les groupes dominés, mais elles doivent saisir cette opportunité pour examiner avec précautions les répercussions de leur position sociale sur leurs interprétations et leurs connaissances.

Suivant les recommandations des théories féministes postcoloniales de Mohanty (2009) et de Lu et Racine (2015), je chercherai à illustrer l'influence des différents systèmes d'oppression (notamment de genre, de classe, d'ethnicité et d'âge) sur à la fois les expériences vécues et les

représentations mentales de la SSR telles qu'exprimées par les femmes migrantes. De même, je veillerai à bien comprendre le contexte historique et culturel entourant leur expérience de SSR, en évitant de les essentialiser ou de les réduire à leur culture. Les savoirs des femmes migrantes auront également une place de choix puisque les entrevues de celles-ci se trouvent au cœur de mon analyse. Finalement, comme le veut Spivak (cité dans Sharp, 2009), je prendrai acte de ma propre position sociale de sorte à me débarrasser de mes propres préjugés, lesquels sont inévitablement influencés par mon appartenance à plusieurs groupes dominants (je suis une jeune canadienne, blanche, de classe moyenne).

Chapitre 3 : Méthodologie

3.1 Méthodologie féministe des savoirs situés

Mon travail est de nature exploratoire, ce qui revient à dire que le sujet étudié est jusqu'ici peu exploré et que je cherche à mieux le comprendre (Babbie & Benaquisto, 2009). De plus, mon étude est de type qualitatif, car elle se base sur l'interprétation d'observations dans le but de découvrir les structures de rapports sociaux et les significations sous-jacentes (Babbie & Benaquisto, 2009).

Plus spécifiquement, je m'appuie sur une méthodologie féministe. Cela implique que ma recherche est un projet non seulement intellectuel, mais aussi politique, qui adhère aux valeurs féministes et qui vise à contribuer au changement social (Ollivier & Tremblay, 2000). Une autre caractéristique fondamentale de la méthodologie féministe est qu'elle reconnaît les femmes comme sujet et non simplement comme objet de recherche : l'expérience et le vécu des femmes sont vus comme centraux à la recherche (Ollivier & Tremblay, 2000). Par conséquent, le point de départ de la recherche féministe émerge habituellement de situations jugées problématiques par les femmes elles-mêmes. À partir de là, la-le chercheur-e féministe tente de comprendre comment les femmes vivent ces situations et en particulier, comment et pourquoi celles-ci persistent (Ollivier & Tremblay, 2000). Dans le cadre de mon projet, et sachant que peu de recherches ont été effectuées à partir du point de vue des migrantes boliviennes vivant à Córdoba, mon objectif est de découvrir d'abord les situations et/ou relations que les femmes jugent problématiques en ce qui a trait à leur SSR, pour ensuite faire des liens avec la théorie et proposer des interprétations.

Aux antipodes d'une réflexion hypothético-déductive, mon travail privilégie plutôt une approche inductive, ce qui revient à dire « qu'à partir de faits rapportés ou observés (expériences,

événements, etc.), [le-la chercheur-e] aboutit à une idée par généralisation et non par vérification à partir d'un cadre théorique pré-établi » (Blais & Martineau, 2006, p. 4). Il n'y a donc pas de résultats présupposés ou de théories préconçues : la vision du-de la chercheur-e n'est pas modelée par la référence aux écrits scientifiques, mais davantage par une fréquentation soutenue du terrain (Guillemette & Luckerhoff, 2012). Dans le but de satisfaire aux exigences universitaires, j'ai effectué une recension des écrits et un cadre théorique antérieurement à mon travail de terrain. Malgré cela et quand bien même je réfère à ma revue de littérature lors de mon analyse, j'ai pris soin de retourner constamment « au monde empirique dans lequel le monde est vécu », ce qui m'a permis d'aller au-delà de mes premières impressions (Labelle, Navarro-Flores & Pasquero, 2012, p. 13; Chevrier, 2009). D'ailleurs mes participantes ont orienté la recherche dans une direction différente de ce à quoi je m'attendais, rendant certains éléments de mon cadre théorique initial hors sujet. Je l'ai donc réajusté au lieu de forcer les données dans un cadre inadéquat.

Un autre aspect qui caractérise la méthodologie féministe est son interprétation des concepts d'objectivité et de subjectivité. Contrairement aux partisan-ne-s du positivisme pour qui l'implication du-de la chercheur-e est jugée problématique car elle biaiserait son analyse et sa « neutralité », Gaussoit (2008) postule que : « le point de vue et la position sociale sont ce qui permet d'élaborer une connaissance sociologique (non pas *bien que* mais *parce que* la connaissance exprime toujours un point de vue) » (p.195). En d'autres termes, la méthodologie féministe ne croit pas en la séparation entre la « subjectivité » et « l'objectivité », mais bien en leur combinaison et leur complémentarité. Je suivrai donc le principe d'Ollivier et de Tremblay (2000) selon lequel « l'objectivité suggère des façons de faire ... alors que la subjectivité, qui

doit aussi être utilisée avec rigueur, contribue à des façons d'être, de penser et de dire en recherche » (p.44).

Ma méthodologie doit également à Donna Haraway (2007) le concept des « savoirs situés ». Selon elle, c'est uniquement à travers une perspective partielle, localisable, critique et qui maintient la possibilité de conversations partagées que l'on peut avoir accès à la connaissance objective (Haraway, 2007). Pour Haraway (2007), les lectures totalisantes autant que celles en faveur du relativisme nient les enjeux de positionnement, de l'incarnation et du point de vue partiel en prétendant être à la fois nulle part et partout en même temps. Elle écrit :

Les « yeux » que rendent accessibles les sciences technologiques modernes ruinent toute idée d'une vision passive; ces prothèses nous montrent que tous les yeux, y compris nos propres yeux organiques, sont des systèmes de perceptions actifs, intégrés dans des traductions et des manières particulières de voir, c'est-à-dire, des manières de vivre [...] toutes ces images du monde ne devraient pas être des allégories d'une mobilité et d'une interchangeabilité infinies, mais d'une spécificité et d'une différence élaborée, et du grand soin dont on doit s'armer pour apprendre à voir fidèlement à partir du point de vue d'un autre, même quand cet autre est l'une de nos machines (Haraway, 2006, p. 118).

L'extrait ci-dessus souligne également l'importance de reconnaître la capacité d'action des participantes à la recherche. Haraway (2007) postule même que c'est uniquement en écoutant les sujets concernés que les chercheur-e-s peuvent éviter des erreurs et de mauvaises interprétations. En somme, les savoirs proviennent d'un processus dialogique entre les participantes et la-le chercheur-e, aussi appelé l'intersubjectivité (Haraway, 2007). Le-la chercheur-e développe des connaissances non pas parce qu'elle essaie de devenir « l'Autre » mais bien parce qu'elle s'associe aux autres (Zitouni, 2012).

Afin d'analyser mes données de façon précise et rigoureuse, j'ai développé des catégories que j'ai ensuite séparées par thèmes, une étape appelée le codage (Babbie & Benaquisto, 2009). Suivant les conseils de Strauss et Corbin (2008), mon analyse des données s'est opérée en trois étapes : le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif. Lors du codage ouvert, j'ai identifié, catalogué et classifié le plus grand nombre d'idées et de thèmes possible sans me soucier de leur utilisation ou de leur lien entre eux (Babbie & Benaquisto, 2009). J'ai ensuite examiné et retravaillé mes catégories en profondeur. Finalement, je me suis concentrée sur les relations entre mes catégories les plus importantes. Tout au long de cette démarche, j'ai pris soin de rédiger des notes de recherche signalant mes préoccupations d'ordre méthodologique et mes idées concernant une étude future ou tout autre élément que j'ai jugé pertinent (Babbie & Benaquisto, 2009).

3.2 Méthodes de collecte de données et population cible

Pour mener à bien mon étude, j'ai effectué des entrevues individuelles. Au départ, je souhaitais diriger un groupe de discussion (*focus group*), afin d'explorer ce dont les femmes aimeraient précisément traiter et ainsi dégager le discours normatif de cette population (Ollivier & Tremblay, 2000). Toutefois, les réalités du terrain m'ont fait réaliser la grande difficulté de cette tâche : les migrantes boliviennes avaient toutes un horaire très chargé et il aurait été extrêmement difficile de trouver un moment et un endroit qui convenaient à toutes. J'ai donc décidé d'effectuer uniquement des entrevues individuelles.

L'entrevue individuelle était une technique appropriée pour ma recherche, car elle permet un accès privilégié et direct aux expériences des femmes. Comme l'écrivent Ollivier et Tremblay (2000), elle fait partie des méthodes contribuant « au développement d'une relation non

hiérarchique entre la chercheuse et les participantes, ainsi que des liens de proximité entre elles » (p.127). De plus, cette technique de collecte de données permet d'avoir accès à l'univers symbolique de la population cible (Labelle et collab., 2012), tout en favorisant l'intersubjectivité (Ollivier & Tremblay, 2000). Au total, j'ai effectué douze entrevues individuelles et semi-directives d'environ une heure chacune, conformément au seuil de saturation proposé par Guest, Bunce et Johnson (2006). Eu égard à mes ressources budgétaires modestes, je ne pouvais pas élargir le bassin d'entrevues, même si je suis consciente que ce seuil ne fait pas l'unanimité parmi les chercheur-e-s (Bernard, 2011; Creswell, 1997; Morse, 1998). Le fait qu'il soit possible d'enregistrer les entrevues offrait également un grand avantage : puisque je suis une chercheuse en apprentissage, cela m'a permis de retranscrire mes entrevues et d'effectuer mes analyses à différents moments (Ollivier & Tremblay, 2000).

Mon point de départ afin de recruter des participantes était l'association UCIC¹⁹. Située au centre-ville de Córdoba, cette association travaille avec de nombreux groupes de migrant-e-s (incluant des groupes de migrant-e-s bolivien-ne-s) et a été le seul ayant manifesté un intérêt à faciliter ma recherche au début de mon travail de terrain. J'ai ensuite demandé aux femmes rencontrées à la UCIC de me mettre en contact avec des migrantes ne participant pas à cette institution, afin d'élargir mon échantillon de femmes et ainsi d'assurer une plus grande diversité d'expériences.

C'est grâce à la UCIC que j'ai pu entrer en contact avec trois groupes de danse bolivienne : j'ai assisté aux spectacles de deux des groupes et j'ai suivi quatre cours de danse avec le dernier. Dans le même esprit, j'ai assisté à un rassemblement de quartier traitant des enjeux d'efficacité et

¹⁹ *Unión de colectividades de inmigrantes de Córdoba.*

de gestion de l'hôpital Príncipe de Asturias, desservant la zone sud²⁰. En plus de m'aider à recruter des participantes, mon interaction avec les groupes de danse et la participation au rassemblement ont favorisé des liens de confiance, un élément essentiel à la réussite de mes entrevues. Assister au rassemblement populaire m'a aussi permis de mieux comprendre le système public de la santé au travers du regard des gens vivant dans cette zone.

De plus, j'ai eu la chance d'effectuer des entrevues informelles avec les employé-e-s du centre de santé Albert Sabín situé dans la zone sud, plus précisément dans un quartier pauvre et majoritairement bolivien appelé Nuestro Hogar III. J'ai pu également assister à trois réunions mensuelles entre les employé-e-s de ce centre et les leaders communautaires. De même, j'ai assisté à une rencontre communautaire au centre de santé Argüello I.P.V. du quartier Argüello, un autre quartier pauvre mais dans ce cas, majoritairement péruvien et paraguayen. Les centres de santé de Nuestro Hogar III et d'Argüello étaient très intéressés par les résultats de ma recherche et je compte bien leur envoyer un résumé de ceux-ci. En participant à ces divers évènements, j'ai pu me familiariser avec le milieu, une démarche cruciale au succès de mon travail.

Les entrevues individuelles m'ont aussi permis de tenir compte de la diversité des expériences des femmes et de percevoir le monde des participantes selon leurs points de vue plutôt que par le biais de mes paramètres de recherche. Ainsi, ce sont les participantes qui ont guidé mon étude, mon rôle étant d'établir des liens interprétatifs entre leurs expériences et les théories féministes (Ollivier & Tremblay, 2000). Bien que, dans l'ensemble, elles paraissaient sous-estimer la valeur de leurs propos et de leur expertise sur le sujet, elles étaient contentes que leur démarche ait le

²⁰ La zone sud de Córdoba, officiellement appelé zone CPC Villa El Libertador, est reconnue pour avoir une grande population issue de la classe populaire et d'origine migrante.

potentiel de venir en aide à d'autres femmes. Dans ce sens, je pense que mes entrevues ont eu un impact positif sur leur estime d'elles-mêmes (Opie, 1992).

Ma population cible est constituée de femmes d'origine bolivienne parlant l'espagnol et demeurant dans la ville de Córdoba. Afin d'assurer la présence de plusieurs types d'expériences à mon analyse, je pensais d'abord séparer mes participantes en deux échantillons : celles ayant eu recours au système de santé au cours des deux dernières années et celles ne l'ayant jamais eu, ou bien avant la période à l'étude. Or j'ai rapidement compris que cette séparation n'était pas appropriée puisque la grande majorité des femmes de mon échantillon utilisaient le système de santé. En revanche, une différence qui semblait importante était le recours aux services de soins du système public par opposition à ceux d'une clinique reliée à une *obra social*. J'ai donc tenté de recruter des femmes faisant appel à ces deux types de services, tout en cherchant à respecter une diversité d'expériences aux niveaux de la classe, du travail, de l'âge, etc. Le profil détaillé de mes participantes est décrit dans ce qui suit.

3.3 Profil des participantes

À l'issue d'une recherche-terrain de trois mois, j'ai réussi à recruter douze migrantes boliviennes aux caractéristiques diversifiées. Âgées de 23 à 78 ans, les participantes représentent des femmes de la génération Y (que je qualifierai de « jeunes femmes »), des femmes de la génération X et des baby-boomers (que je qualifierai de « femmes d'âge moyen »), ainsi que des femmes de la génération silencieuse (auxquelles je référerai en tant que « femmes de l'âge d'or »). Parmi ces femmes, quatre avaient recours aux services d'une clinique liée à une *obra social*, quatre autres avaient déjà utilisé le système public, mais souscrivaient à une *obra social* au moment de ma

recherche, trois fréquentaient le système public et une dernière utilisait à la fois les services de son *obra social* et du système public.

Malgré mes efforts pour assurer une représentation équitable des strates sociales, huit participantes sont issues de la classe moyenne et seulement quatre font partie de la classe populaire. Ceci est dû au fait que les premières ont davantage de temps à consacrer à une organisation telle que la UCIC et qu'elles ont des amies venant de la même classe sociale. En outre, la surcharge de travail des migrantes de classe populaire (six jours de travail par semaine, du matin jusqu'au soir, en plus des responsabilités de la sphère domestique) leur laisse peu de temps pour une entrevue ou pour s'adonner à des rencontres informelles ou ludiques susceptibles de développer des liens de confiance. Ce dernier aspect semblait très important pour plusieurs, surtout lorsqu'elles prenaient connaissance du sujet de mon étude. Malgré le fait que huit participantes sont issues de la classe moyenne, quatre d'entre elles résidaient dans la zone sud au moment de ma recherche, ce qui laisse croire qu'elles entretenaient des relations avec les gens de la classe populaire. Les quatre autres femmes de cette classe demeuraient dans les zones péri-centrique et centrale. Trois participantes de la classe populaire vivaient dans la zone sud et une avait déménagé depuis peu de la zone sud vers la zone péri-centrique.

Si, par ailleurs, la littérature suggère qu'une majorité des migrantes sont peu scolarisées et occupent des emplois précaires (Caggiano, 2007), la plupart des participantes de ma recherche ne correspondent pas à cette description. Sur les douze, cinq occupent ou sont en processus d'acquérir un métier requérant une formation spécialisée : deux d'entre elles sont infirmières, deux sont enseignantes et la dernière étudie afin de devenir enseignante. Seulement deux participantes occupent des emplois non spécialisés, à savoir travailleuse domestique et employée dans une usine de textile, et une participante occupe à la fois un emploi non spécialisé

(travailleuse domestique) et étudie les soins infirmiers. Les quatre participantes restantes sont des femmes au foyer. Par conséquent, il faut garder en tête que les analyses de nombreuses participantes reflètent leur haut niveau de scolarité et ne représentent pas nécessairement le point de vue de la majorité des migrantes.

Enfin, une écrasante majorité des femmes interviewées (dix sur douze) sont mères et prennent part à une relation hétérosexuelle. Deux d'entre elles ont des conjoints mais pas d'enfant et trois sont mères monoparentales. En ce qui concerne leur statut générationnel, la majorité des participantes (neuf sur douze) sont des migrantes de première génération et vivent à Córdoba depuis de nombreuses années (entre 10 et 66 ans). Les trois participantes restantes sont des migrantes boliviennes de deuxième génération nées de parents bolivien-ne-s. Des neuf participantes ayant vécu en Bolivie, trois d'entre elles ont migré vers l'Argentine lorsqu'elles étaient encore enfants, tandis que les six autres répondantes ont entrepris leur migration lorsqu'elles étaient adolescentes autonomes ou adultes. La cause ayant poussé la grande majorité des participantes de première génération et des parents des participantes de seconde génération à venir s'établir en Argentine est de nature économique ou professionnelle. Par ailleurs, les participantes disent provenir de milieux ruraux (six cas) autant qu'urbains (six autres cas). À l'instar des migrantes de la classe populaire, les nouvelles arrivantes font souvent face à une surcharge de travail, ce qui explique ma difficulté à les recruter. Je ne pourrai donc malheureusement pas examiner les différences d'expériences et d'opinions de SSR entre les nouvelles arrivantes et les migrantes bien établies, un sujet qui aurait mérité d'être approfondi. Par ailleurs, le fait que près de la moitié des participantes aient une profession exigeant un niveau plutôt élevé de scolarité risque d'uniformiser davantage leurs analyses et leurs perspectives. Néanmoins, je serai en mesure de comparer l'expérience des migrantes en fonction des autres

marqueurs déjà mentionnés (à savoir leur statut générationnel, leur âge actuel et au moment de la migration, leur milieu de vie [rural ou urbain] et leur classe sociale), de sorte à faire valoir l'hétérogénéité de ce groupe particulier de migrantes boliviennes.

3.4 Déontologie et problèmes éthiques liés au projet

Avant d'amorcer mon travail de terrain, j'ai soumis puis obtenu (en date du 21 février 2017) une demande d'autorisation à la recherche avec des êtres humains, suivant les exigences du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa. Selon Muzychka (1995), l'éthique se définit comme étant un exercice de réflexion critique approfondie sur les valeurs par rapport à la dignité humaine plutôt que comme un cadre rigide d'évaluation. De même, un-e chercheur-e féministe doit s'assurer de comprendre la diversité, les inégalités, le contrôle et le pouvoir qui caractérisent le quotidien des femmes (Ollivier & Tremblay, 2000). La-le chercheur-e doit également explorer les rapports de pouvoir et de contrôle entre elle/lui-même et les participantes. Afin de pallier une potentielle inégalité de pouvoir, j'ai donc ouvert mon travail à la critique et à l'interprétation des participantes, en partageant avec elles mes conclusions préliminaires afin de vérifier si mes interprétations leur semblaient justes.

En outre, il est essentiel que les participantes collaborent à la recherche de façon libre et volontaire. De ce fait, je me suis assurée que les participantes étaient pleinement disposées à prendre part à ma recherche, qu'elles comprenaient bien les objectifs et la nature de mon étude, et qu'elles ne subissaient pas de pression extérieure pour y participer (Crête, 2009). Me fiant à la littérature, je pensais que la majorité des participantes auraient une éducation limitée et pourraient être mal à l'aise face à une demande de consentement écrit. Comme par ailleurs le sujet traité est sensible et comporte des implications légales (cas de certaines migrantes en

situation d'irrégularité ou de celles ayant recours à un avortement illégal), je craignais que l'exigence de signer un document les dissuade de se confier librement (Guest, 2013). Pour ces raisons, j'ai préféré communiquer les informations de mon travail et obtenir leur consentement de manière orale. J'ai régulièrement rappelé aux participantes qu'elles étaient libres de cesser leur participation à la recherche à tout moment si elles étaient mal à l'aise.

Un autre problème éthique qui aurait pu survenir lors de ma recherche est la création d'attentes irréalistes chez les participantes envers moi, entraînant ultimement des déceptions ou des craintes de leur part (Ollivier & Tremblay, 2000). J'ai donc à au moins deux reprises (lors du premier contact et avant l'entrevue) expliqué aux participantes que j'étais une étudiante de l'Université d'Ottawa au Canada aux moyens limités. Je leur ai également fait savoir qu'elles pouvaient me contacter sans problème après l'entrevue, en plus de leur fournir de la documentation sur les services de santé et les groupes locaux qui offraient des services gratuits en matière de soutien psychologique, d'accompagnement et d'écoute active pour les femmes. En ce sens, je pense avoir bien établi que je n'étais pas une psychologue ou une travailleuse sociale, mais que j'étais disponible si elles avaient des préoccupations au sujet de mon travail.

Je me suis aussi assurée que les informations recueillies demeurent confidentielles (Crête, 2009). Cela signifie que durant et après la période de collecte de données, tous les enregistrements audio des entrevues ainsi que tout autre document sensible ont été sauvegardés sur mon ordinateur personnel protégé par un mot de passe et à l'intérieur d'un dossier sous verrou. Les documents papier sensibles ont été numérisés dans les jours suivant les entrevues, puis détruits. À la suite du dépôt officiel de ma recherche, les données seront transférées sur une clé USB protégée par un mot de passe, et seront conservées sous clé au bureau de ma superviseure, pour une période de cinq ans. De plus, afin d'assurer la sécurité des participantes et d'éviter notamment que certaines

données relatives à l'accès puissent générer des représailles sociales ou légales, j'ai utilisé des prénoms fictifs et j'ai éliminé les informations menant potentiellement à leur identification.

Finalement, afin de retranscrire le plus fidèlement possible les propos de mes participantes, j'ai embauché deux assistant-e-s hispanophones qui ont révisé et complété mes transcriptions. Ces deux assistant-e-s ont signé un contrat de confidentialité (cf. annexe 2) qui les engage à ne pas révéler l'identité de mes participantes et à détruire tout matériel relié à ma recherche, une fois leur révision linguistique complétée.

En résumé, j'ai suivi rigoureusement une démarche me permettant d'assurer que la dignité humaine de chaque participante soit respectée. Le consentement a été obtenu de façon libre et éclairée et les participantes ont été bien informées qu'elles pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. Finalement, j'ai pris les moyens nécessaires pour que les informations recueillies demeurent confidentielles et que l'identité de mes participantes ne soit pas révélée.

3.5 Du recrutement à l'analyse des résultats

Le recrutement des participantes n'a pas été la tâche la plus facile : la majorité des migrantes boliviennes semblaient timides et parfois mal à l'aise par rapport au sujet de ma recherche. Il n'est donc pas surprenant que même si la plupart des femmes ont accepté de me donner leurs coordonnées, plusieurs d'entre elles n'ont pas répondu à mes communications ou m'ont finalement avoué ne pas souhaiter être interviewées. Heureusement pour moi, d'autres (moins nombreuses cependant) étaient intéressées par le thème de ma recherche et désiraient y participer. Les femmes ayant accepté de me rencontrer ont choisi un moment et un lieu qui leur convenaient pour être interviewées et semblaient à l'aise lors de leur entrevue respective. Onze des douze participantes ont accepté d'être recontactées afin de partager leur rétroaction sur les

résultats préliminaires et plusieurs d'entre elles ont souligné apprécier que j'entreprene cette démarche.

Chapitre 4 : Analyse des résultats

Rappelons que l'objectif de mon étude était d'identifier les éléments pouvant m'aider à répondre à mes trois questions spécifiques, nommée : 1) comment les migrantes se représentent la SSR? 2) quelles sont leurs expériences en la matière? Et les principaux obstacles qui les empêchent de satisfaire leurs besoins en SSR? 3) quelles sont les stratégies de résistances qu'elles emploient afin de contrer ces embûches?

Les éléments centraux qui m'ont permis de répondre à ces questions et qui sont ressortis au cours des entrevues peuvent être séparés sous deux thématiques distinctes : la représentation mentale que se font les participantes de la SSR et leurs expériences en matière de SSR. Tout d'abord, j'examinerai l'influence de certains marqueurs identitaires (notamment l'âge et la classe) sur la représentation de la SSR par les participantes. Ensuite, j'analyserai l'impact des obstacles rencontrés et des stratégies de résistance employées par les femmes sur leur expérience de SSR. En utilisant le cadre d'analyse de Collins (1990), nous verrons que ces obstacles et stratégies de résistance se déclinent notamment aux niveaux structurel et culturel.

4.1 La représentation de la SSR : l'effet des marqueurs identitaires

À l'aide de questions d'entrevue ouvertes, j'ai laissé aux femmes le soin de décrire et d'expliquer la SSR dans leurs propres mots et en se référant à des concepts qu'elles jugeaient pertinents. J'ai procédé ainsi car je voulais connaître les représentations mentales qu'elles se faisaient de la SSR et non pas connaître leur point de vue sur un sujet comportant des paramètres rigides et préalablement définis. Il s'avère que plusieurs facettes de la SSR sont définies et vues de façon différente en fonction de certains marqueurs identitaires, plus précisément l'âge et de la classe.

De même, il semble que les marqueurs identitaires du statut générationnel, de l'âge au moment de la migration et de l'origine du milieu de vie n'ont pas une influence significative sur la représentation qu'elles se font de la SSR. Les prochaines sections examineront en détail les propos des répondantes afin de souligner leurs ressemblances et leurs différences.

4.1.1 Différences représentationnelles selon l'âge

Tout d'abord, l'âge s'est imposé comme étant un facteur influant sur la représentation de la SSR. Lorsque les participantes âgées de 66 ans et plus parlent de la SSR, elles réfèrent exclusivement au fait de tomber enceinte et d'avoir des enfants. Ainsi, comme elles ne sont plus en âge d'enfanter, ces participantes considèrent la SSR (et la sexualité en général) comme appartenant au passé. On perçoit bien ce raisonnement lorsque Marisa déclare « la santé du sexe, pour moi, ce sont des choses du passé²¹ » ou lorsque Margarita mentionne « j'ai déjà vécu tout ça, c'est-à-dire que... j'ai deux enfants eh bien, je n'ai plus d'enfants ».

La façon dont les femmes âgées de 65 ans et moins se représentent la SSR diverge du point de vue de leurs consœurs : pour elles, la SSR implique bien plus que la simple prédisposition et le fait d'avoir des enfants. Au lieu de représenter la SSR par le fait d'enfanter, les femmes d'âges moyen et jeune associent systématiquement la SSR à « *cuidarse* », à savoir se protéger.

Lorsqu'elles utilisent cette expression, les participantes ont expliqué qu'elles réfèrent à la prise de contraceptif oral, au port du préservatif ou à l'usage d'autres méthodes contraceptives, afin de pouvoir contrôler le moment de leur grossesse ou d'éviter de contracter une ITSS :

P : Pour moi, la santé reproductive c'est la prévention.

²¹ Puisque mes entrevues sont en espagnol, j'ai effectué des traductions libres pour toutes les citations qui leur sont rattachées.

E : La prévention de quoi?

P : Pour la santé reproductive. Prévenir les maladies contagieuses, comment quelqu'un peut le faire. Comment une personne les prévient, quel type de méthode elle utilise pour les prévenir. Pour ne pas, pour ne pas transmettre des maladies... transmissibles. Et une autre [forme de prévention] c'est aussi pour s'occuper de la quantité d'enfants que l'on veut avoir [...] C'est ça que ça serait pour moi la santé reproductive (Paola, 36 ans, classe populaire).

Pour la plupart des participantes issues des jeunes générations, la SSR signifie également avoir des relations sexuelles seulement avec son conjoint ou un amoureux de longue date :

Il y a une phrase que mon père m'a dite et qui est restée avec moi pour toujours. [...] Mon père, quand j'étais rendue adolescente [...] quand je lui ai présenté mon premier amoureux, il m'a dit : « Écoute *mamita*, la femme est comme une fleur, » il me dit « quand tu tiens une fleur et que tu la touches beaucoup, et la touches beaucoup, qu'est-ce qu'y se passe? Elle se fane rapidement, elle se froisse, elle devient laide. » Il me dit : « avec ton corps tu dois faire la même chose. Moins... moins on te touche, plus tu t'occupes de toi et tu continues comme ça. » Et... c'est comme que, c'est resté avec moi, ça. [...] pour moi, il avait raison mon père que, c'est quelque chose, c'est ton corps [...] ce n'est pas tant habituel pour moi être avec quelqu'un, pour moi (Elba, 28 ans, classe moyenne).

Dès lors, la SSR passerait par une sexualité circonscrite, une croyance conforme aux notions traditionnelles de la sexualité des femmes qui condamne leur libre sexualité. Au contraire des participantes de la génération silencieuse qui ont vécu à une époque où les normes sexuelles traditionnelles étaient bien ancrées dans la société, il est possible que les jeunes participantes et

les participantes d'âge moyen sentent qu'il soit nécessaire de parler de leur vision en matière de sexualité et de SSR puisque la sexualité « libérale », comme plusieurs l'appellent, est de plus en plus pratiquée et acceptée dans la société argentine.

4.1.2 Différences représentationnelles selon la classe

Bien que les migrantes âgées de moins de 65 ans se représentent de façon similaire certains aspects de la SSR, il semble que la représentation de la maternité des participantes issues de la classe moyenne se distingue de celles des participantes de la classe populaire. En effet, pour les premières, elle semble teintée par des rapports de pouvoir de classe et des préoccupations face à un taux de maternités précoces qui leur semble élevé.

Dans l'ensemble, les répondantes de classe moyenne estiment que les femmes des milieux populaires ne devraient pas avoir de nombreux enfants car elles ne sont pas outillées pour s'en occuper adéquatement :

À n'importe quel moment elle [cette femme aux ressources limitées] tombera enceinte de nouveau si elle ne le sait pas. Protège-toi! Autrement dit, baise autant que tu veux, mais protège-toi! Parce que sinon tu vas avoir pleins d'enfants et si ce ne sont pas les parents, les parents qui s'en occupent, [ce sont] les frères et les sœurs qui s'occupent de tes enfants (Celeste, 43 ans, classe moyenne).

Non seulement Celeste affirme que cette femme issue de la classe populaire ne serait pas en mesure de prendre soin de façon convenable de ses enfants si elle en a un grand nombre, elle sous-entend également que si elle tombe enceinte c'est parce qu'elle n'est pas sexuellement responsable. Le préjugé selon lequel les mères des milieux défavorisés sont incapables de bien

s'occuper de leurs nombreux enfants n'est pas nouveau : selon Cardi et ses collègues (2016) « les mères des milieux populaires apparaissent plus que les autres comme de potentielles “mauvaises mères” et font l'objet d'une surveillance et d'un encadrement rapprochés » (paragr. 10).

D'ailleurs, Nora, une autre participante, accuse les femmes des milieux les plus défavorisés d'avoir un grand nombre d'enfants non pas parce qu'elles le désirent réellement, mais afin de bénéficier de généreuses allocations familiales fournies par le gouvernement :

Il y a des femmes que j'ai vues, qui ont un tas d'enfants, ou elles ont des enfants pour toucher un salaire. Parce qu'ici [en Argentine] ils les payent pour avoir des enfants. [...] Arrêtez de mettre au monde des enfants, pour qu'ils soient là, demandant un peu d'argent ou tout le reste. [...] En fin de compte, elles sont payées plus que nous qui allons travailler (Nora, 42 ans, classe moyenne).

En d'autres termes, plusieurs mères des milieux populaires seraient des femmes paresseuses qui instrumentalisent leur maternité afin de ne pas travailler et de recevoir de l'argent, tandis que les femmes de la classe moyenne travailleraient honnêtement pour subvenir aux besoins de leur famille. Nora ajoute même que ces femmes n'utiliseraient pas l'argent qu'elles reçoivent pour les besoins de leurs enfants, mais « pour d'autres choses ». Même si, dans les faits, le préjugé voulant que les femmes souscrivant aux programmes d'assistance sociale évitent de travailler et ne dépensent pas leur argent raisonnablement se révèle inexact (Banerjee, Hanna, Kreindler et Olken, 2017), cette croyance semble ancrée dans l'imaginaire des migrantes boliviennes de la classe moyenne.

Afin que les femmes de la classe populaire n'aient pas un trop grand nombre d'enfants, Nora va même jusqu'à suggérer leur stérilisation : « Et, moi, en fait, je leur ligaturerais directement les trompes, à quelques-unes (rires) et ça se terminerait » (Nora, 42 ans, classe moyenne). De tels

propos s'avèrent d'autant plus violents qu'ils prônent la stérilisation forcée des femmes des milieux populaires, violant du coup leurs droits à la SSR. Afin d'assurer le respect des droits de ces femmes, il me semble important que de futurs travaux s'attardent aux causes et aux facteurs promouvant ce genre de réflexion chez les femmes de la classe moyenne. L'étude des « campagnes de stérilisation » du Pérou ciblant les femmes pauvre du pays (Málaga, 2013), pourrait être un bon point de départ.

Un autre élément qui ressort des entrevues lorsque les migrantes boliviennes aborde le sujet de la SSR est le nombre élevé de grossesses précoces au sein de la société et de leur communauté. Plusieurs participantes de la classe moyenne en particulier estiment que ce taux élevé est lié à un faible accès aux diverses méthodes contraceptives et à l'absence d'éducation sexuelle. Les propos de Rocío, 23 ans, résumant bien cette vision :

Je ne sais pas [c'est comment] au Canada, mais ici à Córdoba, beaucoup de filles tombent enceintes très jeunes. [...] Mon frère est devenu père à 17 ans. Si mon frère avait eu de l'aide, du soutien [...] peut-être que, s'il s'était mieux informé, cela ne se serait pas produit (Rocío, classe moyenne).

En d'autres mots, lorsque l'on aborde le thème de la SSR, les répondantes issues de la classe moyenne portent une attention particulière au nombre de grossesses précoces qu'elles estiment comme étant élevé, et les causes contribuant à cette incidence.

Ainsi, nous avons pu voir que les participantes se représentaient certains aspects de la SSR de façon distincte dépendamment de leur âge et de leur classe. Les migrantes de l'âge d'or associaient la SSR à la capacité à avoir des enfants, tandis que les migrantes plus jeunes y voyaient le contrôle de leur maternité. Les migrantes des générations moins âgées prenaient également soin de préciser que la SSR passait par une sexualité circonscrite, c'est-à-dire avoir

des rapports sexuels uniquement avec son partenaire ou son mari. Dans un autre ordre d'idées, certaines participantes issues de la classe moyenne ont tenu des propos classistes sur la maternité, puisqu'elles estimaient que les femmes issues de milieux défavorisés ne devraient pas avoir un trop grand nombre d'enfants. En outre, les participantes portent une attention particulière aux maternités précoces, qui selon elles surviennent fréquemment en raison d'un faible accès à la contraception et une absence d'enseignement en matière de sexualité. Malgré ces différences, les participantes ont quand même offert certaines réflexions similaires par rapport à certains aspects de la SSR, notamment par rapport à l'avortement.

4.1.3 Ressemblances représentationnelles

À ma grande surprise, l'origine du milieu de vie, le statut générationnel et l'âge de la migration ne semblent pas influencer sur les représentations mentales de la SSR que se font les participantes. Peu importe leurs marqueurs identitaires, la grande majorité des participantes percevaient le sujet de la SSR comme un tabou social et familial. Par exemple, Ana raconte :

Ma mère était très fermée dans ce sens, au maximum elle t'expliquait le sujet des règles, quand ça arrivait. Ça arrivait, elle te disait que tu ne pouvais plus toucher à un seul homme parce que tu allais tomber enceinte. Elle ne te donnait pas d'explications, rien. Tu ne pouvais pas mentionner le mot « sexe » dans la maison, c'était interdit (Ana, 39 ans, classe populaire).

Dans un autre ordre d'idées, et sans que je ne le mentionne, une grande partie des participantes ont abordé le sujet de l'avortement lors de leur entrevue. D'après la vaste majorité de ces participantes, l'avortement est une pratique qui ne devrait pas être tolérée, excepté en cas de viol :

[...] s'il y a une fille avec un handicap, avec un syndrome quelconque, un quelconque retard. Ce qui s'est souvent passé, c'est qu'elle se fasse violer et ait un enfant, je pense que dans ce cas-ci oui, dans le cas d'un viol, de ces choses-là, je pense que oui, on devrait appliquer l'avortement légal. Mais... je pense aussi aux filles qui sont... qui aiment être avec un type et un autre et c'est comme que... ce n'est pas bien non plus, que ça se peut, ou que si je tombe enceinte je me fasse avorter. [...] [La femme] doit assumer la décision qu'elle a prise. Elle doit savoir les conséquences (Elba, 28 ans, classe moyenne).

La citation ci-dessus met également en lumière le fait que plusieurs participantes croient que les femmes qui ont recours aux avortements sont en fait des femmes frivoles. Les répondantes pensent donc que ces femmes doivent « prendre leurs responsabilités » et non les fuir en se tournant vers l'avortement. Il n'est donc pas étonnant qu'une participante qualifie le recours à l'avortement comme « le résultat d'une mauvaise SSR ». En somme, les participantes ne pensent pas que l'avortement soit un outil dont le libre accès fait partie de la SSR.

Parmi mes participantes, Celeste, âgée de 43 ans et faisant partie de la classe moyenne, est la seule qui m'ait confié être en faveur de l'avortement. Au départ contre cette pratique, son opinion a changé après avoir elle-même recouru à l'avortement :

Avant, jusqu'à ce que j'aie mon garçon... j'étais contre l'avortement [...] [Maintenant] je pense que chaque personne a des décisions à prendre, pour celles qui se font faire avorter. [...] Alors maintenant, c'est arrivé que des gens, des amies qui, qui étaient... enceintes, ont fait appel à moi. [Des amies] qui avaient des grossesses non désirées et... eh oui, je les ai aidées, je les ai accompagnées à des endroits où je sais qu'ils font des avortements (Celeste, 43 ans, classe moyenne).

Ainsi, on constate que les expériences personnelles des participantes en matière de SSR sont un facteur façonnant leur représentation en la matière. La prochaine section examinera d'ailleurs les éléments construisant et influençant ce vécu.

4.2 L'expérience des participantes : entre les obstacles rencontrés et les stratégies de résistance déployées

Rapidement, il a été possible de constater que l'expérience des migrantes en matière de SSR varie en fonction des obstacles qu'elles ont rencontrés et des stratégies de résistance qu'elles ont employées. Je présenterai les résultats de cette analyse à la lumière des deux niveaux d'analyse proposés par Collins (1990), soit les niveaux structurel et culturel. Il faut noter que seuls les marqueurs identitaires de la classe, de l'âge et du statut générationnel ont montré une influence sur le vécu des femmes; aucune différence n'a en revanche été observée en ce qui a trait à l'origine du milieu de vie ou l'âge de la migration.

4.2.1 Les obstacles rencontrés : niveau structurel

Un premier obstacle de nature structurelle qui influe sur l'expérience de SSR des femmes migrantes et qui a été souligné par la grande majorité des participantes est l'absence d'une éducation sexuelle à l'école. Selon ces femmes, une éducation sexuelle dans le cadre scolaire permettrait aux femmes de leur communauté d'acquérir des informations fondamentales leur permettant de connaître leurs droits, leurs besoins et les recours à leur disposition en matière de SSR.

Une telle critique de l'éducation sexuelle, partagée par la majorité des participantes, peut sembler surprenante puisque l'Argentine a mis sur place un programme d'éducation sexuelle nationale dès l'année 2006 (Ministère de l'Éducation, 2008). Appelé le « Programme national d'éducation complète à la sexualité »²² (ÉCS), son curriculum devrait être enseigné à chaque cycle dans tous les établissements scolaires, qu'ils soient publics ou privés, religieux ou laïcs (Ministère de l'Éducation, 2008; González, 2016). Néanmoins, certaines jeunes participantes qui étaient à l'école après 2006 affirment ne pas avoir reçu cet enseignement, et ce, malgré leur intérêt pour le sujet : « il y a beaucoup de débats dans les écoles à Córdoba, car il n'y a pas d'éducation sexuelle pour les enfants par exemple. Et ça, ça ne devrait pas » (Rocío, 23 ans, classe moyenne). Selon Celeste, qui est enseignante aux niveaux primaire et secondaire, l'enseignement de l'ÉCS dépend en fait de l'enseignant-e même :

C : [...] pas toutes les enseignantes... se sentent comme, capables de travailler l'éducation sexuelle.

E : Et c'est un sujet obligatoire?

C : Oui, c'est un sujet obligatoire mais ce n'est pas tout le monde...

E : Donc c'est obligatoire mais il y a des enseignantes qui...

C : Qui ne veulent pas. Qui ne veulent pas, qui ne peuvent pas, qui n'aiment pas le sujet.

E : Donc elles ne le font pas?

C : Presque pas... je pense que 50 % s'opposent [à l'enseigner] [...] Moi, c'est un sujet que j'aime aborder (Celeste, 43, classe moyenne).

Cette pratique expliquerait donc pourquoi une des participantes a déclaré avoir eu des cours d'ÉCS, alors que plusieurs autres ont soutenu avec tristesse le contraire. De plus, l'article no.5 de

²² En espagnol, « *Programa Nacional de Educación Sexual Integral* », communément appelé le ESI.

la loi stipule prendre en considération la culture institutionnelle de chaque établissement scolaire et propose que le contenu du curriculum d'ÉCS soit « adapté » à chaque réalité institutionnelle (González, 2016). La loi n'offre toutefois pas de détails sur ce que doivent contenir ces adaptations et ne propose pas un système de contrôle qui assurerait le respect du programme. Par conséquent, les institutions scolaires religieuses sont libres de créer un programme correspondant à leurs valeurs et peuvent laisser de côté des informations que la loi considère comme essentielles en matière d'éducation sexuelle (González, 2016). Cela expliquerait donc pourquoi Elba, une participante qui a étudié dans un collège évangélique privé, a affirmé n'avoir jamais reçu de cours d'ÉCS, malgré son intérêt en la matière.

De classe et de statut générationnel distincts, il faut cependant noter que les participantes ayant déploré l'absence d'éducation sexuelle dans le cadre scolaire ont moins de 65 ans. En effet, les femmes de l'âge d'or n'ont pas semblé être alarmées par le manque d'éducation sexuelle dans le milieu scolaire et ne l'ont pas dénoncé. Une des participantes de ce groupe d'âge a même qualifié de « scandaleux » le fait de transmettre ce genre d'éducation dans un espace public. Ces informations laissent supposer que l'âge influence la perception de l'éducation sexuelle enseignée à l'école comme étant un outil essentiel à la SSR.

Un autre obstacle d'ordre structurel cité par la majorité des participantes est le système public de la santé, puisqu'il possède plusieurs éléments le rendant contraignant. Un premier élément mentionné est l'emplacement des établissements de santé. La zone sud, où réside la majorité de la population migrante, ne possède qu'un seul hôpital pour environ 148 800²³ personnes, tandis que la zone centrale compte la moitié des hôpitaux publics (11 sur 21) pour une population de

²³ N'ayant pas trouvé d'information précise à ce sujet, j'ai additionné la population de tous les quartiers inclus dans la zone sud selon le recensement officiel de la province de Córdoba. Les données de ce recensement, qui date de 2010, ne devraient cependant pas avoir changé substantiellement depuis.

137 900²⁴ habitant-e-s (Direction générale des statistiques et du recensement, 2010). Par conséquent, au contraire des habitant-e-s de la zone centrale, les gens issu-e-s des quartiers éloignés de la zone sud doivent parcourir plusieurs kilomètres avant d'arriver à l'hôpital de la zone sud et encore plus si illes doivent se rendre à un autre hôpital. Or, les résidant-es-s de ces quartiers, qui sont généralement issu-e-s des classes défavorisées, n'ont pas toujours les moyens de défrayer les coûts de transport reliés à ce déplacement. De même, les femmes de ces classes doivent généralement se déplacer avec leurs enfants puisqu'elles en ont la garde et n'ont pas les moyens de les faire garder. Par conséquent, comme le dit Paola : « généralement, une personne qui vit au centre-ville possède plus d'accès à... à un hôpital, à une clinique, tout ce que tu veux. Mais pour les gens qui vivent ici [à Nuestro Hogar III], en dehors de la ville, c'est plus difficile » (Paola, 36 ans, classe populaire).

Un autre élément contraignant du système public de la santé qui a été noté par la majorité des participantes est la méthode de prise de rendez-vous. D'après elles, prendre un rendez-vous au sein d'un établissement public requiert trop d'effort : tout d'abord, elles doivent se rendre dans un des établissements vers cinq heures du matin afin d'espérer obtenir un rendez-vous qui aura lieu au cours des mois suivants. Ensuite, le jour du rendez-vous, elles doivent de nouveau se présenter très tôt pour attendre leur rendez-vous. D'après les participantes, il s'agit tout simplement de trop d'efforts : « lorsque tu es enceinte, tu ne peux pas attendre quatre, cinq heures pour qu'ils te donnent un rendez-vous, ici disons, pour une autre journée » (Rocío, 23 ans, classe moyenne).

²⁴ J'ai effectué la même opération pour déterminer le nombre de résidant-e-s de la zone centrale.

Certaines participantes trouvent surtout accablant de voir leur rendez-vous reporté à la dernière minute en raison d'un manque de ressources ou de personnel. Tania relate la frustration de ses consœurs par rapport à cette expérience :

Tu [...] arrêtes de, de cuisiner pour tes enfants, tout un sacrifice extraordinaire pour aller te faire examiner et ça ne fonctionne pas. Et ils te disent « reviens » à la légère, « un autre jour. En ce moment il n'y a pas de place » (Tania, 46 ans, classe moyenne).

Les employé-e-s d'Albert Sabín m'ont eux-mêmes confié qu'elles auraient besoin d'un plus grand nombre d'employé-e-s et de plus de matériel pour répondre adéquatement à la demande du quartier. Une leader populaire ayant organisé une manifestation contre l'hôpital de la zone sud accuse également celui-ci de souffrir d'un important manque de ressources humaines et physiques qui n'est pas reconnu par ses dirigeant-e-s.

De surcroît, selon la clinique de Nuestro Hogar III, les centres de santé situés dans des quartiers défavorisés auraient encore moins de ressources que les centres de santé situés dans des quartiers plus fortunés. Toujours de l'avis des employé-e-s de ce centre, le nombre de centres publics de la santé et les ressources qui y sont rattachées sont déterminés par le nombre d'habitant-e-s résidant au sein du quartier, peu importe leurs statuts socioéconomiques. Dès lors, un quartier de milieu favorisé qui a le même nombre d'habitant-e-s qu'un quartier de milieu défavorisé posséderait le même nombre de cliniques publiques et la même quantité de ressources. Toutefois, les gens vivant dans les quartiers modestes (comme Nuestro Hogar III) fréquentent beaucoup plus le système public de la santé, alors que la plupart des gens de la classe moyenne et élevée utilisent les services de la clinique liée à leur *obra social*. Par conséquent, les centres de santé des zones populaires sont particulièrement engorgés et ne peuvent répondre à la demande.

Dans un autre ordre d'idées, Tania, une participante résidant dans la zone sud, soutient que le personnel des institutions de santé n'a pas les compétences nécessaires pour travailler avec les migrant-e-s. Or, les récits des femmes interviewées laissent entendre que les migrantes boliviennes sont timides, réservées, et du coup, réticentes à s'ouvrir à des personnes ne faisant pas partie de leur communauté. Dans le même sens, les employé-e-s d'Albert Sabín estiment qu'il est nécessaire de développer des liens de confiance avec les femmes migrantes si elles veulent qu'elles utilisent les services du centre et qu'elles leur partagent des informations personnelles qui sont indispensables afin de les traiter de façon adéquate. Sauf que, comme le remarque à juste titre Tania, les employé-e-s de l'hôpital de la zone sud et de la clinique du quartier de Villa El Libertador ne sont pas eux-mêmes des migrant-e-s. Si j'en juge par mes interactions avec le personnel du centre de santé d'Albert Sabín, celui-ci comptait seulement un employé d'origine étrangère et aucun-e employé-e ne résidait dans le quartier. Ce manque de diversité raciale agirait donc comme une barrière auprès des migrantes boliviennes qui pourraient ne pas se sentir à l'aise avec les employé-e-s non-migrantes.

Dans l'ensemble, plusieurs obstacles influencent l'expérience de SSR des migrantes boliviennes. D'abord, l'absence d'éducation sexuelle au sein du système scolaire empêcherait les migrantes d'accéder à d'importantes informations relatives à leurs droits, à leurs besoins et aux recours offerts en matière de SSR. Ensuite, les participantes trouvent que plusieurs composantes du système public de la santé rendent son utilisation contraignante : par exemple, il faut se déplacer en personne pour prendre rendez-vous et ceux-ci sont fréquemment annulés en raison du manque de ressources des établissements. En outre, les migrantes vivent généralement dans la zone sud, où se situe un faible nombre d'hôpitaux, et doivent effectuer de grands déplacements afin d'être

soignées. Plusieurs centres de santé ne possèdent pas non plus ou très peu d'employé-e-s d'origine migrante, ce qui pourrait décourager plusieurs migrantes de les fréquenter.

4.2.2 Les obstacles rencontrés : niveau culturel

Les spécificités culturelles sont à la source d'autres embûches qui influencent l'expérience de SSR des migrantes boliviennes. Les idéologies du machisme et du marianisme sont les premiers obstacles abordés. Lors de leur entrevue respective, les participantes ont identifié plusieurs normes de genre et pratiques machistes et marianistes qui entravaient leur capacité à satisfaire leurs besoins en matière de SSR. Rappelons que d'après Sanders (2011) : « Machismo refers to an idealized understanding of male behavior and power while marianismo is the term for the corresponding female role » (p.2). Selon Celeste et Paola, une norme marianiste qui influence l'expérience de SSR des migrantes boliviennes est le concept de maternité « obligatoire ». Bien que seulement deux femmes (issues de groupe d'âge, de classes distinctes, mais toutes deux des migrantes de première génération) aient abordé ce sujet, je soupçonne que d'autres migrantes partagent cette opinion, mais qu'elles ne se sentaient pas à l'aise de la partager. En effet, les femmes ayant dénoncé l'obligation d'être mère pour les femmes occupent toutes deux un emploi et sont toutes deux mères monoparentales. N'ayant pas eu d'homme dans leur vie depuis longtemps, je pense que ces participantes se sentent plus à l'aise de critiquer le rôle de mère imposé aux femmes et de valoriser le fait qu'elles sont des cheffes de famille qui travaillent à l'extérieur de la sphère domestique. En d'autres termes, je crois qu'elles n'ont pas à centrer leur identité sur le fait d'être mère par peur de dépouiller leur conjoint de « leur » rôle de pourvoyeur principal du foyer.

Comme le soulignent plusieurs travaux étudiant la féminité en Argentine (Bellucci, 1997; Sutton, 2014), Paola et Celeste pensent qu'avoir plusieurs enfants n'est pas présenté comme un choix, mais plutôt comme une obligation, du fait qu'un seul est souvent perçu comme insuffisant. Paola explique que ses consœurs (les migrantes boliviennes) subissent une grande pression sociale dans ce sens :

Quoi qu'il en soit, c'est impossible de s'empêcher d'avoir des enfants, on ne peut pas dire : « non, non, je ne veux pas en avoir. » Non. Dans notre culture, on dit que la femme a été faite, ce n'est pas bien, mais dans notre culture on dit que la femme a été faite pour avoir des enfants, pour se reproduire. C'est ce que notre culture dit. On nous laisse comme ça, tu vois? Mais, moi je pense que ce n'est pas le cas. Et ici, en Argentine, on voit encore des cas comme ça de femmes qui viennent de là, de la Bolivie et elles continuent à avoir des enfants pour ça. Parce que, eh bien, la culture dit qu'on doit avoir plus d'enfants (Paola, 36 ans, classe populaire).

Selon Celeste, cette perception se répercute sur la façon dont on éduque les filles : elle affirme que plusieurs membres de sa communauté ont tendance à essentialiser les femmes à un rôle de mère nourricière :

C'est comme si... c'est [que les parents] préparent [leurs filles] pour être mères. [...] Tu vois ici les gens disent « je l'éduque pour être mère ou princesse », que sais-je, au lieu de dire « pour se développer, pour étudier. » [...] ils voient en ça une fonction sociale, comme que les femmes ont un tas d'enfants, comme plus de dix. Je penserais que, comme... pour moi c'est que c'est une fonction sociale d'avoir des enfants (Celeste, 43 ans, classe moyenne).

Celeste et Paola pensent aussi que l'âge auquel les femmes tombent enceintes et le nombre d'enfants qu'elles ont sont influencés par cette maternité « obligatoire ». Celeste affirme même qu'après être tombées enceintes, les femmes se verraient comme prédestinées à enfanter de nouveau et par la suite, ne chercheraient pas à s'informer sur les méthodes contraceptives offertes sur le marché. Toujours de l'avis de Celeste, c'est en partie pour cette raison que les parents ne parlent pas de contraception et de SSR avec leurs enfants.

Une autre norme machiste ayant un impact sur l'expérience de SSR des migrantes boliviennes et condamnée par les participantes de mon étude est l'infidélité des hommes. Selon les répondantes, les adultères des hommes envers leur partenaire seraient une pratique courante qui aurait un impact négatif sur le plan de la SSR puisqu'elle facilite la transmission d'ITSS. Deux participantes ont elles-mêmes subi l'adultère de la part de leur conjoint et l'une d'entre elles a même été infectée par une ITSS. Faisant toutes deux partie de la classe populaire, ces femmes n'ont pourtant pas géré l'infidélité de leur mari de la même façon : Rosa a décidé de pardonner l'acte de son conjoint, alors qu'Ana a décidé de se séparer. Bien qu'il soit possible que la transmission d'une ITSS ait été un facteur dans la décision d'Ana, le fait qu'elle a un emploi stable alors que Rosa est femme au foyer pourrait avoir eu une influence sur sa décision. En d'autres mots, Ana semble avoir un pouvoir de négociation plus grand que Rosa puisqu'elle peut elle-même pourvoir aux besoins économiques de ses enfants. En effet, selon la recherche de Hirsch et ses collègues (2002) sur les adultères au sein de couples mexicains, les femmes ayant de bonnes ressources économiques et sociales sont moins enclines à pardonner une aventure extraconjugale à leur mari que les femmes ayant peu de recours.

Par ailleurs, certaines participantes ont affirmé que les femmes de leur communauté tendent à excuser les infidélités de leur conjoint. Elba, 28 ans, a souligné que plusieurs de ses amies

fermaient les yeux sur le comportement infidèle de leur amoureux sous prétexte « qu'il est un homme », sous-entendant qu'il ne peut s'empêcher d'agir ainsi. Nora était du même avis. Selon elle, plusieurs personnes appliquent un double standard selon le sexe : lorsque l'adultère est commis par un homme, il est plutôt excusable, alors qu'il devient répréhensible s'il est perpétré par une femme. Cette vision à la fois machiste et marianiste de l'infidélité renforce non seulement le contrôle exercé sur la sexualité des migrantes, mais expose également ces dernières à la transmission d'ITSS si elles ne se protègent pas lors de rapports sexuels avec leur conjoint. D'ailleurs, certaines participantes ont affirmé que de nombreux hommes issus de la communauté bolivienne refusent de porter le condom lors d'une relation sexuelle avec leur conjointe. À cet égard, selon une norme machiste, c'est le conjoint qui décide des méthodes contraceptives utilisées (ou non) par le couple et du nombre d'enfants que ce dernier aura. Plusieurs participantes ont rapporté que ce comportement machiste, qui entrave la capacité des migrantes à voir à leur SSR, était courant dans la communauté :

[Les femmes de ma communauté se disent] : « Comment, de quoi est-ce qu'elle est en train de me parler cette femme? Avoir des relations sexuelles. [Et] je dois dire à mon mari “mets ça, [un condom]” ». Alors que c'est comme que, non. [Les hommes] ne l'acceptent pas et ils ne vont pas l'accepter. De ce côté, j'ai eu la chance d'avoir un mari différent, avec une autre mentalité. Mais... je vois qu'elles, non (Nora, 42 ans, classe moyenne).

D'autres participantes ont indiqué avoir personnellement fait l'expérience de cette tentative de contrôle sur leur corps. Rosa m'a expliqué qu'après avoir eu quatre enfants, elle ne désirait plus enfanter et souhaitait se faire ligaturer les trompes de Fallope. Or, jusqu'en 2006, la loi argentine sur les chirurgies contraceptives requérait l'autorisation du-de la conjoint-e (Ministère de la Santé, 2006). Le mari de Rosa n'était pas en accord avec sa décision puisqu'il désirait plus

d'enfants et n'a donc pas signé les papiers d'autorisation. María, une autre participante, m'a également confié que son mari n'avait jamais accepté qu'elle utilise une méthode contraceptive.

Sur les dix femmes interviewées restantes, sept m'ont au contraire longuement parlé des discussions avec leurs conjoints au sujet de la contraception et du nombre d'enfants souhaités. Elles ont également pris soin de spécifier que les décisions relatives à ce sujet étaient prises d'un commun accord. Étant donné les propos antérieurs des participantes, on s'attendrait pourtant à ce qu'un plus grand nombre de participantes se voient imposer le nombre d'enfants ou la méthode contraceptive qu'elles utilisent au sein de leur couple. C'est pourquoi il est important d'examiner les marqueurs identitaires autres que l'ethnie : dans ce cas-ci, l'âge et la classe semblent avoir des effets majeurs sur l'attitude machiste des conjoints boliviens. D'une part, les participantes ayant évoqué prendre leurs décisions en matière de planification familiale avec leur partenaire font partie du groupe d'âge jeune ou moyen. Paola est la seule participante faisant partie du groupe d'âge jeune qui n'a pas spécifié si les décisions en la matière étaient prises d'un commun accord. Or, comme son conjoint l'a quittée rapidement après qu'elle soit tombée enceinte et qu'elle n'a pas eu de partenaire depuis, on peut soupçonner qu'elle n'a pas subi de pression masculine durant plusieurs années. Les deux participantes restantes, toutes deux de l'âge d'or, sont restées vagues sur le sujet d'autorité en matière de maternité, ce qui laisse croire que la décision pourrait ne pas avoir été le résultat d'une entente commune. D'autre part, si l'on se fie aux affirmations de Rosa, les femmes de la classe populaire semblent plus susceptibles de faire face à cette prise de décision unidirectionnelle que les femmes de la classe moyenne. Puisque la majorité des participantes sont issues de la classe intermédiaire, en plus d'avoir moins de 65 ans, elles semblent donc moins sujettes à voir leur partenaire tenter de leur imposer un choix en matière de contraception et du nombre d'enfants.

Un autre comportement machiste qui porte atteinte à l'expérience des migrantes boliviennes en matière de SSR est l'agression sexuelle. De façon spontanée, plusieurs participantes de première et de deuxième générations, et de différents âges et classes, ont abordé ce sujet lors de leur entrevue. Certaines d'entre elles ont rapporté ne pas être personnellement touchées par ce problème, mais être préoccupées pour les autres femmes. Elba, une jeune femme issue de la classe moyenne, a même dénoncé les agressions sexuelles dans le cadre d'une relation conjugale : « J'ai entendu plusieurs fois qu'il y a des femmes, même si elles étaient avec leur mari et qu'elles ne voulaient pas avoir des relations [sexuelles], eh bien, le mari, oui, l'obligeait... tu me comprends? Alors que c'est comme que... non! ». En plus d'avoir des conséquences psychologiques dévastatrices, les agressions sexuelles commises sur une base régulière par le conjoint ont un impact négatif sur la SSR des migrantes puisqu'elles les empêchent de jouir pleinement de leur sexualité.

Lors de leur entretien respectif, Ana et Rosa ont révélé être des survivantes d'agressions sexuelles commises par leur mari. Au travers de leurs histoires, on discerne que la pauvreté et l'isolement social les ont rendues plus vulnérables à ces agressions. À l'époque des agressions, Ana occupait un emploi clandestin qui ne lui rapportait pas beaucoup et qui était situé à Buenos Aires, un endroit où elle ne connaissait personne excepté son conjoint. Quant à Rosa, celle-ci dépendait entièrement des maigres revenus de son époux pour subvenir à ses besoins et à ceux de ses enfants et n'avait pas non plus de parenté ou d'ami-e-s à Córdoba. De même, elle avait épousé son conjoint malgré la désapprobation de sa mère, ce qui lui interdisait de parler de ce problème avec cette dernière lors de leurs interactions téléphoniques. En dépit du fait que les agressions sexuelles touchent les femmes de toutes les classes, de tous les âges et provenant de tous les milieux, le niveau d'incidence augmente et la capacité de résistance des femmes diminue si ces

dernières se retrouvent en situation de pauvreté ou si elles sont isolées socialement (Treiner, 2006), des situations plus susceptibles de survenir dans la vie des femmes de la classe populaire.

Enfin, une tradition machiste qui agit sur l'expérience en matière de SSR des migrantes boliviennes est le mariage arrangé et précoce. Même si l'âge légal pour se marier en Argentine est de 18 ans, Bianco et Correa (2016) estiment que 340 000 filles y sont mariées avant leur majorité. En Bolivie, l'âge légal pour se marier est de seulement 14 ans pour les filles et de 16 ans pour les garçons, si un adulte consent à l'union. De ce fait, 22 % des filles boliviennes sont mariées avant d'avoir 18 ans et 3 % avant d'avoir 15 ans (Girls Not Brides, 2017). Ainsi, une grande proportion des femmes boliviennes sont touchées par cette situation et un certain nombre d'entre elles migreront un jour en Argentine. Dans le cas qui nous occupe, Ana m'a confiée que ses parents l'avaient mariée de force en Bolivie lorsqu'elle avait 15 ans. Puisqu'elle était sa femme, son mari pensait donc avoir droit à des rapports sexuels avec elle, peu importe s'il avait son consentement : « [...] il s'en fichait de ce que je voulais, si j'aimais ça ou si je n'aimais pas ça, rien [lui importait] » (Ana, 39 ans, classe populaire). En effet, on s'attend des jeunes épouses des mariages arrangés qu'elles aient des relations sexuelles avec leur conjoint (ECPAT International & Plan International, 2015). Selon ECPAT International et Plan International, les jeunes mariées possèdent également peu de connaissances par rapport à leur corps et n'ont pas toujours l'autonomie nécessaire afin d'avoir recours aux services de santé dont elles ont besoin. Le fait qu'Ana ait demandé au médecin lors de son accouchement « par où allait sortir le bébé » illustre bien ce propos.

Un autre type d'obstacle d'ordre culturel que les participantes ont identifié comme ayant un impact sur leur expérience en SSR est le racisme. Malgré de nombreuses lois condamnant la

discrimination basée sur la race au sein des différents secteurs de la société, de nombreuses participantes soutiennent que le racisme est encore présent dans la société argentine :

La vie ici à, à Córdoba, ou dans tout le pays, pour les migrants me semble être très dure.

Parce qu'on les discrimine, on les marginalise et on ne les prend pas en compte.

L'Argentin est toujours plus. Pour l'Argentin, le Bolivien est, il est comme un pion, un travailleur et jamais [l'Argentin] ne va le prendre au sérieux [...] les Argentins se sentent supérieurs [aux migrants] (Rocío, 23 ans, classe moyenne).

Il n'est donc pas étonnant que, malgré leur illégalité, des participantes aient affirmé avoir été victimes de pratiques racistes dans des établissements publics de la santé. Facilité par le manque de diversité ethno-raciale du personnel de santé, les répondantes racontent ne pas avoir pu obtenir des services de soins parce qu'elles n'avaient pas de carte d'identité nationale²⁵ ou simplement en raison de leur apparence. Écoutons Ana à ce sujet :

Quand ma fille est née [...] elle est tombée malade lorsqu'elle avait six mois. Je suis allée au vieil hôpital qu'il y avait à côté du terminus [...] l'infirmière m'a dit qu'elle ne pouvait pas s'occuper d'elle parce qu'elle était fille de Bolivienne, elle m'a dit. « Mais ma fille est malade, elle a de la fièvre » j'ai dit. « Non » elle a dit, « je ne vais pas m'en occuper parce que non » (Ana, 39 ans, classe populaire).

Qui plus est, plusieurs participantes ont affirmé que de nombreuses femmes de leur communauté ont internalisé cette pensée raciste. À l'instar de Paola, les migrantes boliviennes ne sentent pas qu'elles ont pleinement droit aux services de santé gratuits, mais plutôt à un « droit à moitié » : « C'est comme de dire, je suis dans une autre maison qui n'est pas à moi, je dois me sentir limitée... je ne vais pas y aller et toucher à tout. [...] Je pense que ça se sent » (Paola, 36 ans,

²⁵ En espagnol, connu sous le nom de « *Documento Nacional de Identidad* » ou DNI.

classe populaire). Pour cette raison, Paola craint que plusieurs migrantes ne se plaignent pas si elles sont victimes de discrimination ou si elles reçoivent de mauvais services de santé. Le comportement adopté par Rosa vis-à-vis les agressions sexuelles de son mari reflète avec justesse les craintes de Paola : lorsque son mari abusait d'elle, Rosa, une participante issue de la classe populaire, raconte qu'un élément l'ayant empêché de le dénoncer était son statut de migrante : « [...] avant, ma peur était que j'étais hors de mon pays, personne n'allait m'écouter. Pourquoi? Parce que je suis une étrangère ». En bref, le racisme qu'elle avait internalisé lui faisait croire qu'elle n'avait pas la même valeur qu'une femme non migrante de l'Argentine, ce qui a ultimement entravé sa capacité de résistance face aux agressions. Ici, on peut supposer que toutes les migrantes boliviennes, peu importe leur classe et leur âge, ont le potentiel d'être touchées par cet obstacle. Il semble toutefois que les migrantes de première génération ont davantage tendance à internaliser ce racisme que leurs consœurs de deuxième génération. En effet, si je me base sur les propos de Rocío (la seule des trois participantes de deuxième génération ayant abordé le sujet de la discrimination) celle-ci explique ne pas comprendre la discrimination à son égard puisqu'elle est née en Argentine :

Je suis née ici. Et j'ai grandi ici. Donc je me sens Argentine. Je sais que j'ai du sang... du sang bolivien et... je partage avec ma famille les coutumes [boliviennes], mais je suis Argentine. Je m'identifie au drapeau argentin, je connais l'histoire argentine, je ne connais pas l'histoire bolivienne... j'ai des amis argentins, je vis ici, j'aime la nourriture d'ici. Alors, pourquoi je... pourquoi moi, j'ai dû me sentir discriminée depuis que je suis toute petite, depuis la garderie, depuis le primaire? (Rocío, 23 ans, classe moyenne).

Un autre obstacle de nature culturelle auquel les participantes font face est le tabou entourant la sexualité et la SSR. Ainsi que mentionné précédemment, les participantes considèrent que la

SSR demeure un tabou dans leur communauté. De ce fait, il est considéré inapproprié d'aborder le sujet au sein d'une discussion de groupe. J'ai moi-même été témoin de cet interdit : lors de mon étude de terrain, une femme m'a invitée à une répétition de sa troupe de danse bolivienne afin que je puisse exposer mon étude aux danseuses et potentiellement recruter des participantes. Avant le début du cours, une autre migrante bolivienne du groupe de danse, sachant qui j'étais et connaissant le sujet de ma recherche, s'est vivement opposée à ce que je m'adresse au groupe. Cette anecdote confirme à quel point la SSR est un sujet interdit pour certain-e-s membres de la communauté bolivienne et comment cela peut freiner l'apprentissage et le partage d'informations en la matière.

Le fait que le tabou de la SSR s'étende également aux discussions familiales restreint encore plus les possibilités d'acquérir des connaissances sur le sujet. En effet, plusieurs participantes de classe, d'âge et de statut générationnel diversifiés, racontent que leurs parents ne leur ont pas parlé de sexualité ou de la SSR lorsqu'elles vivaient encore sous leur toit. Par exemple, María, 77 ans, raconte que ses parents ne lui ont jamais parlé de sexualité ou de reproduction et souligne avoir grandement souffert lors de sa première grossesse puisqu'elle ne comprenait pas ce qui lui arrivait.

Contrairement à l'âge, la classe et le statut générationnel ne semblaient pas être des marqueurs influant sur les réponses des participantes. Tandis que les répondantes des jeunes générations avaient tendance à identifier le tabou familial entourant la SSR comme un obstacle à leur épanouissement en la matière, les femmes âgées se contentaient de constater la présence du dit tabou, sans pour autant le condamner.

Un autre obstacle émergent de la culture bolivienne est la dévotion complète au travail. D'après plusieurs participantes de statut générationnel, d'âge de migration, d'origine de milieu de vie, de

classe et d'âge distincts, les Bolivien-ne-s sont encouragé-e-s à travailler « du matin jusqu'au soir » (traduction libre, Magliano, 2013, p. 178) : « ... c'est très important l'accomplissement du Bolivien. Le travail. [...] Depuis qu'on est tout petit, on nous inculque à nous [les Bolivien-ne-s] la culture du travail » (Tania, 46 ans, classe moyenne). Le problème, selon les participantes de ma recherche, c'est que le travail devient prioritaire par rapport à la santé et aux rendez-vous médicaux :

Moi-même je travaille dans [le domaine de] la santé, plusieurs fois, je travaille et je ne vais pas à mes rendez-vous avec [la gynécologue]. [...] Parce que... nous préférons toujours travailler, travailler, travailler, travailler, faire un double quart de travail, des heures supplémentaires, ça... et on laisse de côté notre santé. [...] C'est ça la différence entre les femmes qui sont d'ici, typiques d'Argentine. Elles oui, elles vont à leur rendez-vous [de façon] plus efficace. Dans le cas de la femme bolivienne non, si... si je n'ai pas mal, je n'y vais pas. Je continue de travailler. C'est comme ça. [...] Je crois que la raison [pour laquelle c'est comme ça] c'est qu'elles ont comme une force et... et si elles peuvent continuer à travailler, oui elles continuent, elles préfèrent continuer à travailler. Ce sont des gens très travailleurs, ça oui (Nora, 42 ans, classe moyenne).

Toutefois, le comportement des femmes change lorsque celle-ci attend un enfant. En effet, toutes les participantes disent qu'après être tombées enceintes, elles se sont fait un devoir d'assister à la totalité de leurs rendez-vous prénataux. Les propos de María, et de ses consœurs Rosa et Ana peuvent nous éclairer : lors de leur entrevue respective, elles référaient systématiquement non pas à leur propre santé, mais bien à la santé de leurs enfants, et ce, malgré que je leur posais des questions sur leur santé personnelle. Il n'est donc pas surprenant d'apprendre que lorsque les

consultations médicales sont centrées autour de la santé de l'enfant qu'elles portent, les femmes se font un point d'honneur d'assister aux rencontres.

En résumé, les participantes mentionnent plusieurs obstacles d'ordre culturel comme entravant leur capacité à satisfaire leurs besoins en matière de SSR. On peut tout d'abord citer les idéologies culturelles du machisme et du marianisme, desquelles découlent l'impératif de devenir mère, le double standard selon le sexe pour les infidélités, le contrôle des méthodes contraceptives et du nombre d'enfants du couple, les agressions sexuelles et le mariage précoce. Vient ensuite le racisme : bien que ce soit interdit par la loi, plusieurs migrantes boliviennes se sont vues refuser des services de santé en raison de leur ethnicité. Certaines migrantes ont également internalisé ce racisme et n'exigeront pas les services auxquels elles ont droit puisqu'elles sont migrantes. Un autre obstacle d'ordre culturel est le tabou relié à la sexualité. La culture bolivienne n'encourageant pas les discussions sur le sujet, certaines migrantes ont longtemps été privées des connaissances leur permettant de comprendre et de combler de façon adéquate leurs besoins en matière de SSR. Finalement, la dévotion complète au travail agit comme une barrière à la SSR puisque les migrantes boliviennes donnent priorité à leur travail par rapport à leur santé et aux consultations médicales.

4.2.3 Les stratégies de résistance déployées et envisagées

Bien que les migrantes boliviennes rencontrent de nombreux obstacles qui entravent leur capacité à combler leurs besoins en matière de SSR, elles ne restent pas passives devant cette adversité. En effet, ces femmes ont recours à diverses stratégies de résistance et envisagent des solutions afin de surmonter ces barrières, qu'elles soient d'ordre structurel ou culturel.

Par exemple, face aux multiples éléments contraignants du système public de la santé, de nombreuses migrantes boliviennes se tournent vers d'autres options pour ainsi éviter de le fréquenter : d'une part, plusieurs migrantes décident de s'informer auprès des femmes clés de leur communauté. Ces « femmes informées » sont des migrantes de la collectivité qui ont des connaissances sur le système de santé et sur la SSR et qui sont en mesure d'orienter les femmes à faire des choix en la matière. Je considère que plusieurs des migrantes qui ont participé à ma recherche font partie de ce groupe de femmes, ce qui expliquerait partiellement pourquoi elles ont accepté d'y participer. Ces participantes ont expliqué que leurs compatriotes viennent les voir afin de s'informer sur les méthodes contraceptives, sur les services offerts dans les centres de santé de la ville et leur rapidité, sur les endroits offrant des avortements illégaux considérés « sécuritaires », etc. Cette solution a toutefois ses limites puisque les femmes savent que cette consultation ne remplace pas un rendez-vous médical.

D'autre part, de nombreuses participantes se tournent vers les services d'une *obra social*. Des douze participantes de ma recherche, neuf souscrivaient à un tel service. Celles-ci m'ont expliqué que lorsqu'une personne adhère à un plan de sécurité sociale, celle-ci n'a pas besoin de se déplacer pour prendre rendez-vous et peut le faire en appelant directement l'établissement. Ensuite, le-la patient-e reçoit une date et une heure précise de rendez-vous correspondant à ses disponibilités. Les participantes ont soutenu que cette façon de fonctionner offrait un grand avantage en comparaison avec le système public, car elles n'avaient pas à prendre congé pour obtenir un rendez-vous et étaient assurées que celui-ci aurait bel et bien lieu.

Souscrire à une *obra social* est également une stratégie de résistance utilisée par les migrantes afin de contrer les pratiques discriminatoires perpétuées par le personnel des établissements publics de la santé. Selon Ana, qui a déjà été victime de racisme au sein du système public, étant

donné que les patient-e-s payent les services de soins, les cas de discrimination y sont beaucoup plus rares. D'ailleurs, elle dit ne pas avoir souffert de discrimination raciale depuis qu'elle utilise les services d'une clinique liée à une *obra social*.

Bien qu'adhérer à une *obra social* soit une stratégie perçue comme une solution très efficace face aux éléments contraignants du système public par la majorité des participantes, il n'en reste pas moins qu'elle n'est pas à la portée de la majorité des migrantes issues de la classe populaire. Non seulement les migrantes de cette classe ont un revenu plus bas que leurs consœurs de la classe moyenne, mais elles travaillent également souvent « au noir », ce qui signifie qu'il ne peut pas y avoir de plan de sécurité sociale rattaché à leur emploi. Ana et Paloma, deux participantes de la classe populaire, illustrent bien ce cas. Âgée de 39 ans, Ana a longtemps occupé des emplois clandestins à Buenos Aires qui ne lui fournissaient pas d'*obra social* ou assez d'argent pour se le payer elle-même. Mais depuis qu'elle est venue s'installer à Córdoba, elle dit avoir été chanceuse : seulement après quelques mois de travail, sa patronne a officialisé son emploi et lui a offert une *obra social* qui couvre également les soins de santé pour deux de ses filles. L'histoire de Paloma, 27 ans, est similaire : jusqu'à tout récemment, elle avait toujours occupé des emplois clandestins qui ne lui offraient pas l'option de souscrire à un plan de sécurité sociale. De même, lorsqu'elle était mineure et vivait avec ses parents, les emplois de ces derniers ne leur procuraient pas non plus l'option d'adhérer à une *obra social*. Les emplois précédents d'Ana, de Paloma et des parents de Paloma, ainsi que la manière très positive dont Ana parle de sa patronne et de son travail, laissent croire que ce n'est pas la majorité des migrantes des milieux défavorisés qui ont un emploi légal avec l'option d'un plan de sécurité sociale.

Dans un autre ordre d'idées, certaines participantes proposent des solutions qui s'attaquent aux aspects problématiques du système public de la santé. Par exemple, de l'avis de Tania, une façon

de faire diminuer le nombre de comportements racistes perpétrés au sein des établissements publics serait d'y embaucher des migrantes boliviennes. D'après Tania, ce recrutement permettrait aux établissements de santé d'attirer et de gagner rapidement la confiance des migrantes s'ouvrant uniquement à leurs compatriotes. Cela signifie également que les établissements publics pourraient compter sur des employé-e-s qui comprennent les besoins spécifiques de la population migrante et qui savent par conséquent leur administrer des soins de façon appropriée.

Toujours selon Tania, une autre solution qui ferait diminuer le nombre d'incidents racistes au sein du système public de la santé serait d'implanter un dispensaire au sein dudit système pour les femmes migrantes (ou même les migrantes boliviennes) et leurs enfants, dont la gestion serait également assurée par des femmes migrantes. De son avis, cette stratégie permettrait non seulement de diminuer l'incidence des comportements discriminatoires du personnel de santé envers les patientes, cela démontrerait aux migrantes qu'elles ont droit aux mêmes services de santé gratuits que les non-migrantes. D'ailleurs, l'histoire de Rosa démontre qu'informer les migrantes sur leurs droits est une étape cruciale afin de leur permettre de déconstruire le racisme qu'elles ont internalisé. En effet, c'est lorsque Rosa s'est jointe à un groupe communautaire qu'elle a appris que les lois argentines la protégeaient des abus de son mari :

[C'est] à cause des personnes [de l'organisation] qui m'ont parlé, elles m'ont expliqué, des personnes d'ici, de l'Argentine, que même si je suis de la Bolivie, que je suis une étrangère, personne ne peut me frapper. Te faire maltraiter, t'humilier, non. Tu as les mêmes droits, même si tu es étrangère, tu as tout le droit comme toutes les femmes qui sont d'ici, de l'Argentine (Rosa, 34 ans, classe populaire).

Non seulement cette organisation a permis à Rosa de déconstruire le racisme qu'elle avait intégré, ce groupe lui a de même offert un espace lui permettant de s'exprimer sur des sujets habituellement stigmatisés. L'efficacité de cette stratégie est démontrée par la maîtrise que Rosa a de ses droits et le fait qu'elle ait confronté son mari au sujet des violences qu'il lui faisait subir.

Dans le même ordre d'idées, les participantes veulent voir disparaître le tabou entourant la SSR.

Selon elles, la levée de ce tabou permettrait aux femmes de leur communauté d'acquérir des informations en matière de SSR et d'avoir du soutien lors d'une situation problématique. Les répondantes reconnaissent l'ampleur et la difficulté de briser ce tabou social, mais elles croient qu'il s'agit d'une démarche primordiale, en particulier pour les migrantes qui font uniquement confiance aux membres de leur communauté. Pour déconstruire ce tabou, les participantes suggèrent de commencer par offrir des présentations relatives aux droits et aux besoins en matière de SSR au sein de la communauté.

Si les participantes envisagent une stratégie de résistance afin de faire éclater le tabou social entourant la SSR, elles mentionnent également qu'il faut travailler à briser le tabou au niveau familial. En plus d'être une stratégie palliant l'absence d'éducation sexuelle dans le cadre scolaire, les répondantes aux marqueurs identitaires variés ont affirmé qu'il était important de discuter de la SSR avec ses enfants et son partenaire si l'on veut que la SSR des migrantes s'améliore :

« Avant tout... je pense que [la SSR] doit arrêter d'être un tabou [...] Et donc, je pense que ça serait un défi que, de la maison, du noyau familial, ils nous informent, aux femmes, dès l'enfance (Rocío, 23 ans, classe moyenne). Dès lors, les participantes ont raconté prendre le temps de discuter de SSR avec leurs propres enfants ou prévoient le faire lorsqu'elles seront plus âgé-e-s (certaines ont des enfants en bas âge) :

La première fois que [ma fille] a eu un copain, je lui ai dit : « est-ce que... tu prends quelque chose? Comment est-ce que tu te protèges? » je lui ai dit. Et elle m'a dit : « non maman, » elle dit « je ne prends rien, » elle me dit « il utilise des préservatifs, » elle me dit. « Ah d'accord, » je lui ai dit. [...] [Nous parlons] des maladies sexuelles qui sont contagieuses oui. Quelques fois, nous en avons parlé, avec ce qui m'est arrivé aussi, pour ça elles sont au courant. Pour les grossesses, je leur dis toujours... je pense qu'elles ont... oui, elles ont le droit, ce n'est pas qu'elles n'ont pas le droit, elles ont le droit d'avoir un copain, d'avoir des relations sexuelles. Elles vont avoir leur famille, leurs enfants, elles ont tout ce droit. De ce côté je leur dis, qu'elles doivent le faire lorsqu'elles sont prêtes et savent, qu'elles sont certaines et qu'elles franchissent un grand pas et que ce soit quand elles le veulent, que personne ne peut les obliger (Ana, 39 ans, classe populaire).

Les participantes emploient également des stratégies de résistance pour répondre aux barrières reliées au machisme et au marianisme, comme l'obligation d'avoir plusieurs enfants. Afin de contrer cet obstacle, Celeste croit qu'il faut conscientiser les parents et les filles sur les bénéfices de poursuivre leurs études. Elle pense que cela les aiderait à ne pas se percevoir inévitablement et obligatoirement comme une future mère. Dans le même sens, Celeste affirme qu'il devrait y avoir des initiatives qui encouragent les parents à informer leurs enfants sur les méthodes contraceptives offertes sur le marché et des initiatives informant directement les enfants sur le sujet.

Un autre obstacle lié au machisme et contré par les migrantes boliviennes est le fait que les conjoints tentent de contrôler la prise de contraceptifs de leur conjointe et de décider du nombre d'enfants du couple. En effet, je parle de « tentative » d'imposition de choix, parce que les femmes ne sont pas passives face à ces comportements machistes. Les employé-e-s de la clinique

ont raconté que la plupart des migrantes boliviennes, au lieu de se quereller avec leur conjoint, préfèrent user d'une stratégie de résistance non confrontationnelle. Par exemple, les migrantes ont recours à des contraceptifs difficiles à détecter, comme l'injection contraceptive ou le stérilet. Le fait que les méthodes contraceptives soient gratuites en Argentine facilite leur démarche. De même, certains centres publics de la santé, comme celui situé dans Nuestro Hogar III, possèdent un programme de santé reproductive qui permet aux femmes de se présenter sans rendez-vous et de recevoir immédiatement la méthode contraceptive de leur choix²⁶. Afin d'être encore plus discrètes, les travailleur-e-s du centre ont affirmé que de nombreuses femmes font attendre leurs enfants à l'extérieur de la salle d'examen pour qu'elles ne racontent pas à leur père ce qui s'est passé. Les femmes feraient également poser leur stérilet lorsque leur conjoint est hors de la ville. Les expériences de María et de Rosa semblent confirmer cette stratégie : bien qu'elle m'ait confié que son mari ait toujours refusé qu'elle utilise une méthode contraceptive, María a pourtant avoué avoir porté un stérilet pendant environ dix ans. Dans le cas de Rosa, bien qu'elle n'ait pas pu se faire ligaturer les trompes avant 2006, elle a continué à recourir à différentes méthodes contraceptives jusqu'à ce que la loi sur les chirurgies contraceptives change et qu'elle puisse subir l'opération sans l'approbation de son mari.

En résumé, afin de contrer les éléments contraignants du système public de la santé, certaines migrantes boliviennes évitent ce système et se dirigent plutôt vers des « femmes informées » de leur réseau ou vers une *obra social*. Une autre solution suggérée par les participantes est d'intégrer plus de migrantes au sein du personnel du système public de la santé et d'ouvrir un centre de santé par et pour les migrantes et leurs enfants. En outre, cet espace permettrait aux migrantes boliviennes de déconstruire le racisme qu'elles ont peut-être internalisé en leur

²⁶ Excepté la pose d'un stérilet, qui requiert la prise d'un rendez-vous.

démontrant qu'elles ont un plein droit aux soins gratuits. Les participantes pensent aussi qu'il y aurait moins d'instances de racisme au sein d'un tel établissement de santé. Les répondantes ont également souligné l'importance de briser le tabou entourant la SSR, que ce soit au niveau social ou familial, afin de permettre aux migrantes d'acquérir de l'information plus facilement sur la SSR et leur permettre de se confier si elles en éprouvent le besoin. Finalement, nous pouvons constater que même si certains conjoints tentent d'imposer leurs décisions en matière de méthodes contraceptives et de nombre d'enfants désirés, les migrantes boliviennes résistent à leurs dictats et trouvent des solutions leur permettant de se réappropriier leur corps.

Conclusion

À l'issue de leur entrevue, les femmes m'ont fait part de différentes réflexions : d'un côté, celles qui ont partagé des souvenirs douloureux ont déclaré que l'entrevue avait été thérapeutique. D'un autre côté, certaines participantes que j'ai précédemment qualifiées de « femmes informées », ont réalisé qu'elles pourraient en faire plus afin que leur communauté soit conscientisée aux enjeux de SSR. Certaines femmes se sont aussi rendu compte que cela faisait longtemps qu'elles avaient pris rendez-vous avec un-e gynécologue et qu'elles devraient le faire sans tarder. En somme, bien que cette étude n'ait pas créé une prise de conscience collective par rapport à la situation de SSR des migrantes boliviennes, l'expérience semble avoir été positive pour chacune des participantes.

Dans un premier temps, j'ai voulu explorer les représentations mentales des migrantes boliviennes en matière de SSR. À ce propos, j'ai constaté que celles-ci variaient dépendamment de l'âge et de la classe et qu'elles ne changeaient pas significativement en fonction du statut générationnel, de l'âge au moment de la migration, ni même de l'origine du milieu de vie (rural ou urbain). Les migrantes de la génération silencieuse déclinaient la SSR autour de la maternité, alors que les migrantes des générations moins âgées l'associaient à un contrôle de leur grossesse, ainsi qu'à la prévention des ITSS. Les migrantes de ces générations mentionnaient aussi que la SSR passait par le fait d'avoir des relations sexuelles uniquement avec leur partenaire de longue date. Certaines migrantes issues de la classe moyenne avaient aussi une vision de la maternité différente de celle de leurs consœurs de classe populaire. Plus spécifiquement, elles considéraient que les femmes des milieux défavorisés ne devaient pas avoir « trop d'enfants » et soulignaient le taux élevé de maternités précoces chez ces dernières. De même, la vaste majorité des participantes déclaraient ne pas être en faveur de l'avortement, sauf en cas de viol. Une seule participante de la classe moyenne jugeait, au contraire, qu'il devrait s'agir d'une décision

personnelle. Sa position sur le sujet avait d'ailleurs évolué depuis qu'elle-même avait eu recours à l'avortement.

Dans un deuxième temps, j'ai cherché à mieux comprendre l'expérience de SSR des migrantes boliviennes, en accordant une attention particulière aux obstacles qu'elles rencontrent en la matière. Au niveau structurel, les participantes ont expliqué que le manque d'éducation sexuelle à l'école exerce une influence sur leur vie sexuelle et reproductive puisqu'elles se retrouvent privées d'une source d'informations qui leur permettrait d'en apprendre plus sur leurs droits, leurs besoins, et les services offerts. De même, plusieurs participantes considèrent différents éléments du système public de la santé comme contraignants. Par exemple, la procédure de prise de rendez-vous, l'emplacement des établissements et leur manque de ressources agissent comme des obstacles entravant la capacité des migrantes à satisfaire leurs besoins en santé sexuelle et génésique. Au niveau culturel, les participantes jugent que le machisme et le marianisme ont une influence négative sur leur expérience. Par exemple, la maternité « obligatoire » imposée aux migrantes boliviennes les contraint à avoir un grand nombre d'enfants. Les comportements infidèles des conjoints des migrantes ont aussi un impact sur la SSR des migrantes puisque ces infidélités les exposent à la contraction d'ITSS. De même, les agressions sexuelles et la tradition machiste selon laquelle le mari est responsable de décider de la prise de contraceptifs de sa femme et du nombre d'enfants qu'aura le couple, dépouillent les femmes de leur agentivité sur leur propre corps. Les mariages précoces et arrangés ont également cet effet, en plus de rendre les jeunes mariées moins susceptibles de recevoir les informations nécessaires afin de satisfaire leurs besoins de SSR. À cela s'ajoutent les pratiques racistes qui freinent l'accès aux services de soins des migrantes, en plus de les convaincre qu'elles n'y ont pas droit en raison de leur origine. Le tabou entourant la sexualité est un autre obstacle influant sur l'expérience des migrantes

boliviennes puisque ce stigma empêche les femmes de se confier aux autres femmes et aux membres de leur famille et d'acquérir des informations capitales afin de combler leurs besoins en SSR. Finalement, la culture du travail est un facteur important dans le vécu des femmes. Selon les participantes, la culture bolivienne encouragerait l'idée de travailler sans relâche afin de gagner sa vie, ce qui incite les migrantes boliviennes à privilégier cette activité au détriment de leur santé.

Dans un troisième temps, j'ai mis en lumière les stratégies de résistance suggérées par les participantes. Face aux éléments contraignants du système public de la santé, certaines participantes se tournent plutôt vers des « femmes informées » de leur communauté ou souscrivent à une *obra social*. Une autre solution envisagée est d'ouvrir un centre de santé par et pour les migrantes et d'embaucher plus de migrantes dans les établissements publics de la santé. En outre, les participantes ont insisté sur l'importance de briser le tabou social et familial entourant la SSR en ayant des discussions sur le sujet, et ce malgré les possibles représailles. Finalement, les participantes ont indiqué résister aux ordres de leur mari leur interdisant toute forme de contraception en se tournant vers des méthodes contraceptives plus faciles à dissimuler. Je pense par ailleurs que de futures recherches devraient se pencher sur l'effet du racisme internalisé sur l'expérience de santé des migrant-e-s. Au cours de mon étude, j'ai pu constater que de nombreuses migrantes boliviennes avaient internalisé ce racisme ambiant et que cela avait de lourdes conséquences sur leur utilisation des services de santé et leur SSR. Il serait donc pertinent de mieux comprendre l'ampleur de ce problème et ses répercussions sur la santé des migrant-e-s en Argentine. Dans un autre ordre d'idées, puisque certaines barrières d'accès touchant les migrantes boliviennes sont liées au système public de la santé, il semble opportun de documenter le point de vue des personnes qui le dirigent. En effet, il manque des études sur les

plans d'action et les opinions des dirigeant-e-s à la tête du système public de la santé en Argentine. Finalement, un sujet qui gagnerait à être étudié est celui des expériences et des perceptions des migrantes relativement à la SSR d'autres communautés de Córdoba, comme la communauté paraguayenne, qui n'a pas reçu beaucoup d'attention jusqu'ici. En plus de documenter les spécificités de ces divers groupes migrants, cette démarche permettrait de souligner leurs similarités et leurs différences en SSR permettant in fine d'élaborer un plan d'intervention en matière de SSR approprié à chaque collectivité.

Je ne saurais conclure sans reconnaître que cette étude comporte certaines limites. Tout d'abord, le fait qu'elle porte sur un petit échantillon de femmes, rend impossible les généralisations. Le faible nombre de migrantes issues de la classe populaire est une autre limite, d'autant que la littérature indique que la majorité des femmes boliviennes font partie de cette strate de la société. Enfin, l'absence de participantes nouvellement arrivées en Argentine m'a privée de connaissances qui auraient pu enrichir mon analyse.

Malgré ces lacunes, ma recherche a mis en lumière les stratégies de résistance privilégiées par les migrantes boliviennes pour combler leurs besoins en matière de SSR, un sujet qui avait été jusqu'ici peu exploré par la littérature scientifique. Guidée par un cadre théorique féministe intersectionnel et postcolonial, j'ai souligné l'importance de prendre en compte les différents marqueurs identitaires des migrantes boliviennes et ainsi, démontré le danger de ne pas reconnaître leur diversité. En utilisant le cadre d'analyse de Patricia Hill Collins (1990), j'ai pu identifier les différentes oppressions vécues par ces femmes aux niveaux culturel et institutionnel.

Plus encore, je pense que ma thèse a favorisé une meilleure compréhension des expériences de la SSR d'une communauté migrante encore largement marginalisée. En particulier, elle a permis

d'explorer les représentations mentales que se font certaines migrantes boliviennes de la SSR, en leur laissant la liberté de choisir les paramètres et les aspects qu'elles jugeaient pertinents d'inclure. M'inspirant de Donna Haraway (2007), pour qui chaque personne a des « yeux » qui voient et interprètent le monde de façon particulière et unique, j'ai tenté de m'éloigner des lectures totalisantes ou relativistes qui gommant de nombreux « yeux » (habituellement ceux des groupes dominés) et en mettent d'autres de l'avant (en général ceux des groupes dominants). Tablant plutôt sur les savoirs situés des migrantes boliviennes, j'ai pu ainsi contribuer à corriger l'effacement des perspectives propres à cette population dans la recherche sur la SSR et, ultimement, aider à identifier des pistes pour l'amélioration de la santé des femmes du Sud.

Bibliographie

- Abeldaño, R. A., & González, L. M. (2016). Cobertura de seguro de salud en Argentina entre los años 2001 y 2014: lectura de los avances y cuestiones pendientes. *Revista Latinoamericana de Desarrollo Económico*, (26), 99-114.
- Adanu, R. M. K., & Johnson, T. R. B. (2009). Migration and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 179-181.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.036>
- Adaszko, D., & Kornblit, A. L. (2008). Xenofobia en adolescentes argentinos: Un estudio sobre la intolerancia y la discriminación en jóvenes escolarizados. *Revista mexicana de sociología*, 70(1), 147- 196.
- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L., & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones internacionales*, 8(1), 65-94.
- Alanís, M., & Sippel, S. (1999). A calculating alliance: Argentina's President Menem, the Vatican, and the politics of abortion. *Conscience*, 20(2), 17-20.
- Alcoff, L. (2006). *Visible identities race, gender, and the self*. Oxford : Oxford University Press. Consulté à l'adresse
<https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1093/0195137345.001.0001>
- Almeida, Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1346-1354. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x>
- Asociación Civil Observatorio Social (OS), Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), & Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2008). *Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Migrante en la Ciudad Autónoma*. Buenos Aires. Consulté à l'adresse
<http://www.argentina.iom.int/no/index.php/informacion-e-investigacion/argentina/19-informacion-e-investigacion/argentina/28-derechos-sexuales-y-reproductivos-de-la-poblacion-migrante-en-la-ciudad-autonoma>
- Asociación por los Derechos Civiles (ADC), Católicas por el Derecho a Decidir Argentina (CDD), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), ... Desarrollo (INSGENAR). (2012). Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal: Los derechos sexuales y los derechos reproductivos. *Sesión 14*. Consulté à l'adresse <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/e-pu-dsyr.pdf>
- Attané, I., & Scornet, C. (2011). Vers l'émancipation? *Cahiers du Genre*, (46), 129-154.
- Babbie, E., & Benaquisto, L. (2009). *Fundamentals of Social Research* (2nd ed.). Toronto : Nelson College Indigenous.

- Baeza, B. N. (2013). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). Consulté à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00957411>
- Balaam, M., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A., ... Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919–1930. <https://doi.org/10.1111/jan.12139>
- Banerjee, A. V., Hanna, R., Kreindler, G. E., & Olken, B. A. (2017). Debunking the Stereotype of the Lazy Welfare Recipient: Evidence from Cash Transfer Programs. *The World Bank Research Observer*, 32(2), 155–184. <https://doi.org/10.1093/wbro/lkx002>
- Bartolomei, M. (2010). Migrant Male Domestic Workers in Comparative Perspective: Four Case Studies from Italy, India, Ivory Coast, and Congo. *Men and Masculinities*, 13(1), 87-110. <https://doi.org/10.1177/1097184X10382882>
- Bellucci, M. (1997). Women's Struggle to Decide about Their Own Bodies: Abortion and Sexual Rights in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 5(10), 99-106.
- Benencia, R. (2009). La inmigración limítrofe. Dans F. Devoto, *Historia de la inmigración en la Argentina*. Buenos Aires, Argentine : Editorial Sudamericana.
- Benería, L. (2010). Chapitre 4 / Travail rémunéré, non rémunéré et mondialisation de la reproduction. Dans J. Falquet (Édit.), *Le sexe de la mondialisation: genre, classe, race et nouvelle division du travail* (pp.71-84). Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Bermúdez-Quintana, E. M. (2013). Mirrors, dialogues and reflections on behavior and determinations in intercultural mediation consultation with Latin American immigrant population, from a gender perspective. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 10- 33.
- Bernard, H. R. (2011). *Research methods in anthropology qualitative and quantitative approaches* (5th ed.). Lanham, Maryland : AltaMira.
- Bianco, M., & Correa, C. (2016). *Situación del matrimonio o convivencia infantil en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM). Consulté à l'adresse http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2016/11/Color_de_Rosa_final.pdf
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenès*, 1(225), 70-88.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blancpain, J.-P. (2011). *Les Européens en Argentine : immigration de masse et destins individuels (1850-1950)*. Paris : Harmattan.
- Bletz, M. E. (2010). *Immigration and acculturation in Brazil and Argentina: 1890-1929*. New York : Palgrave Macmillan.
- Boletín Oficial de la República Argentina. (2017). Migraciones. Décret 70/2017. Modification. Loi no. 25.871. Consulté le 26 juin 2017, à l'adresse

<https://www.boletinoficial.gob.ar/web2/utills/pdfView?file=%2Fpdf%2Fnorma%2F158336%2F20170130%2FPrimera%2Fbxv66K72slashBarXkqwlOio4LLoi1bLS1JV1bLY9fgy pVvwdrYgo9rHw5p4o%3D%2F0>

- Brodsky, P. L. (2008). *The control of childbirth: women versus medicine through the ages*. Jefferson, Caroline du Nord : McFarland & Co.
- Brown, J. L. (2004). Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina. *Política y Cultura*, (21), 111-125.
- Cardi, C., Odier, L., Villani, M., & Vozari, A.-S. (2016). Penser les maternités d'un point de vue féministe. *Genre, sexualité & société*, (16). <https://doi.org/10.4000/gss.3917>
- Caggiano, S. (2005). *Lo que no entra en el crisol: inmigración boliviana, comunicación intercultural y procesos identitarios*. Buenos Aires, Argentine : Prometeo Libros Editorial. Consulté à l'adresse http://books.google.com/books?id=wBft0bUHtJAC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Caggiano, S. (2007). Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, (27), 93-106.
- Carabajal, M. (2010). *El Aborto en Debate: Aportes para una discusión pendiente*. Buenos Aires, Argentine : Editorial Paidós.
- Carling, J. (2008). The human dynamics of migrant transnationalism. *Ethnic and Racial Studies*, 31(8), 1452-1477. <https://doi.org/10.1080/01419870701719097>
- Cerrutti, M. (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires, Argentine : Centro de Estudios de Población; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- Cha, C. (2013). Health Concept and Health Promotion Process Among Korean Migrant Women. *Health Care for Women International*, 34(8), 628-650. <https://doi.org/10.1080/07399332.2012.736567>
- Chevrier, J. (2009). Chapitre 3 : La spécification de la problématique. Dans B. Gauthier (Édit.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données* (5^e ed.) (pp. 53-87). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Chiarotti, S. (2007). Women and Human Rights: The Convergences and Divergences of Two Social Movements. *Women's Health Journal*, (3-4), 17-27.
- Cognet, M., Moisy, M., & Hamel, C. (2012). Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Revue européenne des migrations internationales*, (2), 11-34.
- Collins, P. H. (1990). Black Feminist Thought in the Matrix of Domination. Dans *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment* (p. 221-238). Boston : Unwin Hyman. Consulté à l'adresse <http://www.hartford-hwp.com/archives/45a/252.html>
- Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (10th ed.). New York : Routledge.

- Connell, R. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). Berkeley, Californie : University of California Press.
- Cook Martin, D. (2006). Soldiers and Wayward Women: Gendered Citizenship, and Migration Policy in Argentina, Italy and Spain since 1850. *Citizenship Studies*, 10(5), 571-590. <https://doi.org/10.1080/13621020600955009>
- Cook, R. J., Dickens, B. M., & Fathalla, M. F. (2005). *Santé de la reproduction et droits humains: intégrer la médecine, l'éthique et le droit*. Paris : Masson.
- Corbeil, C., & Marchand, I. (2007). L'intervention féministe intersectionnelle : un nouveau cadre d'analyse et d'intervention pour répondre aux besoins pluriels des femmes marginalisées et violentées. *Alliance de recherche IREF/Relais-Femmes*.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*. (3rd ed.). Londres : SAGE. Consulté à l'adresse <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://methods.sagepub.com/book/basics-of-qualitative-research>
- Courtis, C., & Pacecca, M. I. (2010). Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Papeles de población*, 16(63), 155-185.
- Courtis, C., & Pacecca, M. I. (2014). Domestic work and international migration in Latin America: Exploring trajectories of regional migrant women in domestic service in Argentina. *Women's Studies International Forum*, (46), 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2014.01.002>
- Crenshaw, K. W. (1991). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. (Women of Color at the Center: Selections from the Third National Conference on Women of Color and the Law). *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Creswell, J. W. (1997). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, Californie : Sage Publications.
- Crête, J. (2009). L'éthique en recherche sociale. Dans B. Gauthier (Édit.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données* (5e éd., pp. 285-307). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Deeb-Sossa, N., & Bickham Mendez, J. (2008). Enforcing Borders in the Nuevo South. *Gender & Society*, 22(5), 613-638. <https://doi.org/10.1177/0891243208321380>
- Deeb-Sossa, N., Olavarrieta, C. D., Juarez-Ramirez, C., Garcia, S. G., & Villalobos, A. (2013). Experiencias de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: estudio de caso. *Cadernos de Saude Publica*, 29(5), 981-991.
- Devoto, F. (2009). *Historia de la inmigración en la Argentina* (Editorial Sudamericana). Buenos Aires.
- Direction générale des statistiques et du recensement. (2010). Censo 2010: Barrios de la Ciudad de Córdoba. Año 2010. Consulté à l'adresse <http://estadistica.cba.gov.ar/Poblaci%C3%B3n/Censo2010/tabid/617/language/es-AR/Default.aspx>

- Dong, Y., Zhang, H., Wang, Y., Tao, H., Xu, S., Xia, J., ... Operario, D. (2015). Multiple Abortions and Sexually Transmitted Infections Among Young Migrant Women Working in Entertainment Venues in China. *Women & Health*, 55(5), 580-594. <https://doi.org/http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1080/03630242.2015.1022811>
- Dumitru, S., & Marfouk, A. (2016). Existe-t-il une féminisation de la migration internationale?. *Hommes & Migrations*, (1311), 31-41.
- Dusseault, A.-M. (2005). Le travail domestique et le travail du sexe dans les migrations internationales. Dans C. Verschuur & F. Reysoo (Édit.), *Genre, nouvelle division internationale du travail et migrations* (pp.123-136). Paris : Harmattan.
- Düvell, F. (2011). Paths into Irregularity: The Legal and Political Construction of Irregular Migration. *European Journal of Migration & Law*, 13(3), 275-295. <https://doi.org/10.1163/157181611X587856>
- ECPAT International, & Plan International. (2015). *Thematic Report : Unrecognised sexual abuse and exploitation of children in child, early and forced marriage*. Bangkok, Thaïlande. Consulté à l'adresse http://www.ecpat.org/wp-content/uploads/legacy/Child%20Marriage_ENG.pdf
- Erdemir, A., & Vasta, E. (2007). Differentiating Irregularity and Solidarity: Turkish Immigrants at Work in London. *University of Oxford*, (Working Paper 42). Consulté à l'adresse http://www.compas.ox.ac.uk/2007/wp-2007-042-erdemir-vasta_work_london_turkish/
- Erel, U. (2011). Rendre visible l'activisme des femmes migrantes. *Cahiers du Genre*, (51), 135-154.
- Gaussot, L. (2008). Position sociale, point de vue et connaissance sociologique : rapports sociaux de sexe et connaissance de ces rapports. *Sociologie et Sociétés*, 40(2), 181-198.
- Gimenez, M. E. (2001). Marxism, and Class, Gender, and Race: Rethinking the Trilogy. *Race, Gender & Class*, 8(2), 23-33.
- Girls Not Brides. (2017). Bolivia - Child Marriage Around The World. Consulté le 25 octobre 2017, à l'adresse <https://www.girlsnotbrides.org/child-marriage/bolivia/>
- Gogna, M., Romero, M., Ramos, S., Petracci, M., & Szulik, D. (2002). Abortion in a Restrictive Legal Context: The Views of Obstetrician-Gynaecologists in Buenos Aires, Argentina. *Reproductive Health Matters*, 10(19), 128-137. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(02\)00014-9](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(02)00014-9)
- Gogna, M., & Zamberlin, N. (2004). Sexual and reproductive health in Argentina: Public policy transitions in a context of crisis. *Journal of Iberian and Latin American Research*, 10(2), 95-112.
- Goldberg, A. (2013). Situaciones de riesgo para la salud de los trabajadores inmigrantes: una aproximación etnográfica comparativa. *Instituto de Ciencias Antropológicas-CONICET*, 2(18), 173-186.
- González, Sonia E. (2017). Educación Sexual Integral y escuelas católicas. La experiencia de las capacitaciones de ESI en el Municipio de San Miguel. *VI Coloquio Interdisciplinario Internacional "Educación, Sexualidades y Género". IV Congreso Género y Sociedad*.

- Córdoba, 21–23 septembre, 2016. Consulté à l'adresse
<http://conferencias.unc.edu.ar/index.php/gyc/4gys/paper/view/4294>
- Gravel, S., Rhéaume, J., & Legendre, G. (2012). Les inégalités sociales de santé des travailleurs immigrés au Québec victimes de lésions professionnelles. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 57-80. <https://doi.org/10.4000/remi.5876>
- Guest, G. (2013). *Collecting qualitative data: a field manual for applied research*. Thousand Oaks, Californie : SAGE.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Guilhaumou, J. (2012). Autour du concept d'agentivité. *Rives méditerranéennes*, (41), 25-34.
- Guillaume, A., & Lerner, S. (2007). L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe. *Centre Population et Développement (Ceped)*, 1(55). Consulté à l'adresse
<http://www.ceped.org/fr/publications-ressources/editions-du-ceped-1988-2012/lachronique/article/l-avortement-en-amerique-latine-et>
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2012). Méthodologie générale de la théorisation enracinée : un projet épistémologique. Dans F. Guillemette & J. Luckerhoff (Édit.), *Introduction. Méthodologie de la théorisation enracinée: fondements, procédures et usages* (pp.1-9). Québec : Presses de l'Université du Québec. Consulté à l'adresse
<https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://site.ebrary.com/lib/oculottawa/Doc?id=10677613>
- Guttmacher Institute. (2017). Abortion in Latin America and the Caribbean. Consulté le 29 octobre 2017, à l'adresse <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-latin-america-and-caribbean>
- Hammond, G. (2011). *The women's suffrage movement and feminism in Argentina from Roca to Perón*. Albuquerque : University of New Mexico Press. Consulté à l'adresse
<http://site.ebrary.com/id/10511581>
- Haraway, D. (2006). Manifeste Cyborg : Science, technologie et féminisme socialiste à la fin du XX^e siècle. *Mouvements*, 45-46(3), 15-21. <https://doi.org/10.3917/mouv.045.21>
- Haraway, D. (2007). *Manifeste cyborg et autres essais : sciences, fictions, féminismes*. Paris : Exils.
- Herrmann, M. (2015). Desarrollo sostenible, demografía y salud sexual y reproductiva: los vínculos que los unen y sus implicancias políticas. *Reproductive Health Matters (en español)*, 1(8), 30-46.
- Hess, C. M., & Maughan, E. (2012). Understandings of Prenatal Nutrition Among Argentine Women. *Health Care for Women International*, 33(2), 153-167. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.610531>
- Hirsch, J. S., Higgins, J., Bentley, M. E., & Nathanson, C. A. (2002). The Social Constructions of Sexuality: Marital Infidelity and Sexually Transmitted Disease-HIV Risk in a Mexican Migrant Community. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1227-1237.

- Hochschild, A. R. (2000). The nanny chain: mothers minding other mothers' children. *The American Prospect*, 11(4), 32-36.
- Hondagneu-Sotelo, P., & Cranford, C. (2006). Gender and Migration. Dans J. S. Chafetz (Édit.), *Handbook of the Sociology of Gender*. New York : Springer US. Consulté à l'adresse <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=/ebooks/ebooks0/springer/2009-12-01/1/0387362185>
- Huang, Y.-M., Merkatz, R., Kang, J.-Z., Roberts, K., Hu, X.-Y., Di Donato, F., ... Cheng, L.-N. (2012). Postpartum unintended pregnancy and contraception practice among rural-to-urban migrant women in Shanghai. *Contraception*, 86(6), 731-738. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.05.007>
- Institut nationale des statistiques et du recensement (INDEC). (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Consulté à l'adresse http://www.indec.gov.ar/censos_total_pais.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135&t=3&s=7&c=2010
- Institut nationale des statistiques et du recensement (INDEC), & La Communauté éducative. (2010). *Migraciones*. Buenos Aires, Argentine : Institut nationale des statistiques et du recensement. Consulté à l'adresse <http://www.indec.gov.ar/comunidadeducativa/migraciones.pdf>
- Ito, K. (2010). Chapitre 8 / Immigration et travail de care dans une société vieillissante : le cas du Japon. Dans J. Falquet (Édit.), *Le sexe de la mondialisation: genre, classe, race et nouvelle division du travail* (pp.137-150). Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Jelin, E., Grimson, A., & Zamberlin, N. (2006). Los pacientes extranjeros en la mira. Dans A. Grimson, E. Jelin, N. Zamberlin, L. Mombello, M. Cerrutti, S. Caggiano, & L. Abel (Édit.), *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires, Argentine : Instituto de Desarrollo Economico y Social (IDES).
- Jordal, M., Wijewardena, K., Öhman, A., Essén, B., & Olsson, P. (2014). Negotiating Respectability: Migrant Women Workers' Perceptions of Relationships and Sexuality in Free Trade Zones in Sri Lanka. *Health Care for Women International*, 35(6), 658-676. <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.862799>
- Karolinski, A., Mazzoni, A., Belizán, J., Althabe, F., Bergel, E., & Buekens, P. (2010). Lost opportunities for effective management of obstetric conditions to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in Argentina and Uruguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110(2), 175-180.
- Kebabza, H. (2006). « L'universel lave-t-il plus blanc ? » : « Race », racisme et système de privilèges. *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, (14), 145-172.
- Kennedy, S., Mcdonald, J., & Biddle, N. (2006). The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries. *IDEAS Working Paper Series from RePEc*.

- Kergoat, D. (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. Dans E. Dorlin (Édit.), *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (pp.111-125). Paris : Presses universitaires de France.
- Kian, A. (2010). Introduction : genre et perspectives post/dé-coloniales. *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, (17), 7-17.
- Knapp, G.-A. (2005). Race, class, gender: reclaiming baggage in fast travelling theories. *European Journal of Women's Studies*, 12(3), 249-266. <https://doi.org/10.1177/1350506805054267>
- Kofman, E. (2012). Le care au cœur des migrations genrées à l'ère de la mondialisation. Dans C. Cossée, A. Miranda, & N. Ouali (Édit.), *Le genre au cœur des migrations* (pp.59-88). Paris : Pétra.
- Kofman, E., & Raghuram, P. (2009). *The Implications of Migration for Gender and Care Regimes in the South*. Suisse : United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).
- Kulczycki, A. (2011). Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments. *Studies in Family Planning*, 42(3), 199-220. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2011.00282.x>
- Labelle, F., Navarro-Flores, O., & Pasquero, J. (2012). Choisir et tirer parti de la méthodologie de la théorisation enracinée : Un regard pratique depuis le terrain en sciences de la gestion. Dans F. Guillemette & J. Luckerhoff (Édit.), *Méthodologie de la théorisation enracinée : fondements, procédures et usages* (pp. 61-81). Québec : Presses de l'Université du Québec. Consulté à l'adresse <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://site.ebrary.com/lib/oculottawa/Doc?id=10677613>
- Landry, V. (2012). Mujer, migración intrarregional e invisibilidad. *Women, intraregional migration and invisibility*, (16), 99-117.
- Lara Flores, S. M. (2012). Division sexuelle des migrations internes et internationales en Amérique latine. Dans C. Cossée, A. Miranda, & N. Ouali (Édit.), *Le genre au cœur des migrations* (pp.43-57). Paris : Pétra.
- Lawson, V. (1998). Hierarchical Households and Gendered Migration in Latin America: Feminist Extensions to Migration Research. *Progress in Human Geography*, 22(1), 39-53. <https://doi.org/10.1191/030913298677526732>
- León Bologna, E. (2010). Migraciones entre países del sur: Los cambios y las continuidades en los flujos limítrofes hacia Argentina. *Migraciones internacionales*, 5(3), 175-209.
- Lu, C., Xu, L., Wu, J., Wang, Z., Decat, P., Zhang, W.-H., ... Temmerman, M. (2012). Sexual and reproductive health status and related knowledge among female migrant workers in Guangzhou, China: a cross-sectional survey. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(1), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.10.001>

- Lu, Y., & Racine, L. (2015). Reviewing Chinese immigrant women's health experiences in English-speaking Western Countries: a postcolonial feminist analysis. *Health Sociology Review*, 24(1), 15-28. <https://doi.org/10.1080/14461242.2015.1006656>
- Lynch, J. (1998). *Massacre in the Pampas, 1872 : Britain and Argentina in the age of migration*. Norman, Oklahoma : University of Oklahoma Press.
- Magliano, M. J. (2009). Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Revista Estudios Feministas*, 17(2), 199-220.
- Magliano, M. J. (2009). Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Estudios Feministas*, 17(2), 349-367. <https://doi.org/http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1590/S0104-026X2009000200004>
- Magliano, M. J. (2013). Los significados de vivir múltiples presencias: Mujeres bolivianas en Argentina. *Migraciones Internacionales*, 7(1), 165-195.
- Magliano, M. J., & Domenech, E. E. (2009). Género, política y migración en la agenda global: Transformaciones recientes en la región Sudamericana. *Migración y desarrollo*, (12), 53-68.
- Magliano, M. J., Perissinotti, V., & Zenklusen, D. (2013). Mujeres bolivianas y peruanas en la migración hacia Argentina: especificidades de las trayectorias laborales en el servicio doméstico remunerado en Córdoba. *Anuario Americanista Europeo*, (11), 71-91.
- Maillé, C. (2014). Approche intersectionnelle, théorie postcoloniale et questions de différence dans les féminismes anglo-saxons et francophones. *Politique et Société*, 33(1), 41-60. <https://doi.org/10.7202/1025586ar>
- Málaga, G. (2013). Las esterilizaciones forzadas, los derechos reproductivos y el consentimiento informado. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 521-522.
- Mallimaci, A. I. (2012). Revisitando la relación entre géneros y migraciones: Resultados de una investigación en Argentina. *Mora (Buenos Aires)*, 18(2), 00- 00.
- Martínez-Pizarro, J., & Reboiras-Finardi, L. (2010). Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. *Papeles de población*, 16(64), 9-29.
- Massey, D. S., Durand, J., & Pren, K. A. (2014). Explaining Undocumented Migration to the U.S. *International Migration Review*, 48(4), 1028-1061. <https://doi.org/10.1111/imre.12151>
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs*, 30(3), 1771-1800.
- McIlwaine, C. (2010). Migrant machismos: exploring gender ideologies and practices among Latin American migrants in London from a multi-scalar perspective. *Gender, Place & Culture*, 17(3), 281-300. <https://doi.org/10.1080/09663691003737579>
- Meghani, Z., & Eckenwiler, L. A. (2009). Care for the Caregivers?: Transnational Justice and Undocumented Non-Citizen Care Workers. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2(1), 77-101.

- Meter, A. (2014). Argentina in the Era of Mass Immigration. *Latin American Studies*. Consulté à l'adresse <http://www.oxfordbibliographies.com/display/id/obo-9780199766581-0163>
- Millett, K. (1971). *La politique du mâle*. Paris : Stock.
- Ministère de la Santé. (2006). Ley de Anticoncepción Quirúrgica. Loi no. 26.130. Consulté le 22 septembre 2017, à l'adresse http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley_anticon_quirurgica.php
- Ministère de l'Éducation. (2008). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Consulté le 8 décembre 2017, à l'adresse http://www.me.gov.ar/me_prog/esi.html
- Miranda, A. (2012). Les (en)jeux des échelles migratoires. Dans C. Cossée, A. Miranda, & N. Ouali (Édit.), *Le genre au cœur des migrations* (pp.21-25). Paris : Pétra.
- Miranda, Cravino, M. C., & Martí Garro, S. (2012). Transiciones juveniles de migrantes paraguayas/as en la condiciones de vida y vigencia de las redes. *Ultima década*, 20(37), 11-39. <https://doi.org/10.4067/S0718-22362012000200002>
- Mohanty, C. T. (2009). Sous le regard de l'Occident : recherche féministe et discours colonial. Dans E. Dorlin (Édit.), B. Marrec (Trad.), *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (pp. 149-182). Paris : Presses universitaires de France.
- Molyneux, M. (2001). *Women's movements in international perspective: Latin America and beyond*. New York : Palgrave.
- Morales, V. (2015). La subversión del grito: Repensando la emergencia de las Madres de Plaza de Mayo. *Mora (Buenos Aires)*, 21(1), 00-00.
- Moreno, M. B., & Klijn, T. P. (2011). Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 587-591. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300025>
- Morgan, L. M. (2015). Reproductive Rights or Reproductive Justice? Lessons from Argentina. *Health and Human Rights*, 17(1), 136-147. <https://doi.org/10.2307/healhumarigh.17.1.136>
- Morokvasic, M. (2010). Chapitre 6 / Le genre est le cœur de la migration. Dans J. Falquet (Édit.), *Le sexe de la mondialisation : genre, classe, race et nouvelle division du travail* (pp.105-119). Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Morokvasic, M. (2011). L'(in)visibilité continue. *Cahiers du Genre*, (51), 25- 47.
- Morokvasic, M. (2012). Préface. Dans C. Cossée, A. Miranda, & N. Ouali (Édit.), *Le genre au cœur des migrations* (pp.13-18). Paris : Pétra.
- Morse, J. M. (1998). Designing Funded Qualitative Research. Dans Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (Édit.), *Handbook of Qualitative Inquiry* (pp.220-235). Thousand Oaks, Californie : Sage.
- Moujoud, N. (2008). Effets de la migration sur les femmes et sur les rapports sociaux de sexe. Au-delà des visions binaires. *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, (16), 57-79.

- Mouratian, P. (2013). *Mapa Nacional de la Discriminación 2013*. Buenos Aires, Argentine : Institut national contre la discrimination, la xénophobie et le racisme (INADI); Ministère de la Justice et des droits de la personne.
- Muzychka, M. (1995). *Feminist research ethics: a process* (1st ed.). Ottawa : CRIAW/ICREF.
- Nadali, D. B. (2007). Inmigración y discriminación en la frontera argentino-paraguaya. *Migraciones Internacionales*, 4(1), 140-164.
- Nakano Glenn, E. (2009). De la servitude au travail de service : les continuités historiques de la division raciale du travail reproductif payé. Dans E. Dorlin (Édit.), L. Thiers-Vidal (Trad.), *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination* (pp.21-63). Paris : Presses universitaires de France.
- Navarro, V. (1990). Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *The Lancet*, 336(8725), 1238-1240. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)92846-A](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)92846-A)
- Nawyn, S. J. (2010). Gender and Migration: Integrating Feminist Theory into Migration Studies. *Sociology Compass*, 4(9), 749–765. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00318.x>
- Oakley, M. K., Ollen, E. W., & Overtree, C. (2017). Gender Norms and Adolescence. Dans K. L. Nadal (Édit.), *The SAGE Encyclopedia of Psychology and Gender* (Vol. 2, pp. 698-700). Thousand Oaks, Californie : Sage. <https://doi.org/10.4135/9781483384269>
- Organisation internationale pour les migrations (OIM). (2013). *International migration, health and human rights*. Genève, Suisse : Organisation internationale pour les migrations.
- Oliver, M. N., & Muntaner, C. (2005). Researching Health Inequities among African Americans: The Imperative to Understand Social Class. *International Journal of Health Services*, 35(3), 485-498. <https://doi.org/10.2190/PPQX-47DY-KW0X-78Y8>
- Ollivier, M., & Tremblay, M. (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Paris : Harmattan.
- ONU. (1995). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire, 5-13 septembre 1994*. New York : Organisation des Nations Unies (ONU).
- Opie, A. (1992). Qualitative Research, Appropriation of the « Other » and Empowerment. *Feminist Review*, (40), 52-69. <https://doi.org/10.2307/1395277>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). Mortalité maternelle. Consulté le 11 octobre 2017, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017a). Constitution de l'OMS : ses principes. Consulté le 29 octobre 2017, à l'adresse <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017b). Thème de santé : santé sexuelle. Consulté le 29 octobre 2017, à l'adresse http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017c). Thèmes de santé : santé reproductive. Consulté le 29 octobre 2017, à l'adresse http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/
- Organisation des Nations Unies (ONU). (1995). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire 5-13 septembre 1994*. New York :

- Organisation des Nations Unies. Consulté à l'adresse
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf
- Organisation des Nations Unies (ONU). (1996). *Rapport de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes : Beijing, 4-15 septembre 1995*. New York : Organisation des Nations Unies.
- Ouali, N. (2012). Les rapports de genre, de classe, de race et de sexualité en sociologie des migrations. Dans C. Cossée, A. Miranda, & N. Ouali (Édit.), *Le genre au cœur des migrations* (pp.91-99). Paris : Pétra.
- Parreñas, R. S. (2012). The reproductive labour of migrant workers. *Global Networks*, 12(2), 269-275. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0374.2012.00351.x>
- Perissinotti, M. V. (2016). A place to live. The fight of migrants to gain access to the urban spaces of the city of Cordoba (Argentina). *REMHU: Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, 24(47), 59-76. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880004705>
- Pizarro, C. A. (2008). *La vulnerabilidad de los inmigrantes bolivianos como sujetos de derechos humanos: experimentando la exclusión y la discriminación en la región metropolitana de la ciudad de Córdoba*. Buenos Aires : Institut national contre la discrimination, la xénophobie et le racisme; Ministère de la Justice, de la Sécurité et des Droits de la Personne; Gouvernement de la République de l'Argentine. Consulté à l'adresse http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2010/04/Pizarro_La-vulnerabilidad-de-los-inmigrantes-bolivianos-como-sujetos-de-derechos-humanos.pdf
- Pizarro, C. A. (2012). El racismo en los discursos de los patrones argentinos sobre inmigrantes laborales bolivianos. Estudio de caso en un lugar de trabajo en Córdoba, Argentina. *Convergencia*, 19(60), 255-285.
- Pizarro, C. A. (2016). *Bolivian Labor Immigrants' Experiences in Argentina*. Lanham, Maryland : Lexington Books.
- Puig de la Bellacasa, M. (2003). Divergences solidaires : Autour des politiques féministes des savoirs situés. *Multitudes*, 12(2), 39-47.
- Quéniart, A., & Vennes, S. (2003). De la volonté de tout contrôler à l'isolement : l'expérience paradoxale de la maternité chez de jeunes mères. *Recherches féministes*, 16(2), 73-105. <https://doi.org/10.7202/007768ar>
- Racine, L. (2003). Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to non-Western populations. *Nursing Inquiry*, 10(2), 91- 102. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00169.x>
- Reysoo, F. (2005). Féminisation de la migration. Dans C. Verschuur & F. Reysoo (Édit.), *Genre, nouvelle division internationale du travail et migrations* (pp.119-121). Paris : Harmattan.
- Rodriguez-Trias, H. (1996). Topics for Our Times: From Cairo to Beijing - Women's Agenda For Equality. *American Journal of Public Health*, 86(3), 305-306.
- Rogers, C., & Earnest, J. (2014). A Cross-Generational Study of Contraception and Reproductive Health Among Sudanese and Eritrean Women in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International*, 35(3), 334-356. <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.857322>

- Rouleau-Berger, L. (2010). *Migrer au féminin*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rouleau-Berger, L. (2012). Circulations féminine, marchés du travail multiscalaires et inégalités multisituées. Dans C. Cossée, A. Miranda, & N. Ouali (Édit.), *Le genre au cœur des migrations* (pp.27-42). Paris : Pétra.
- Ryckmans, H., & Maquestiau, P. (2008). Population et développement : égalité de genre et droits des femmes. *Mondes en développement*, (142), 67-82.
- Sabarots, H. (2002). La construcción de estereotipos en base a inmigrantes « legales » e « ilegales » en Argentina. *Intersecciones en antropología*, (3), 97-109.
- Sanders, S. K. (2011). Machismo/Marianismo. Dans *Encyclopedia of Women in Today's World The Multimedia Encyclopedia of Women in Today's World* (First, Vol. 1-4, p. 874-875). Thousand Oaks, Californie : SAGE, <https://doi.org/10.4135/9781412995962>
- Sassen, S. (2010). Chapitre 1 / Mondialisation et géographie globale du travail. Dans J. Falquet (Édit.), *Le sexe de la mondialisation: genre, classe, race et nouvelle division du travail* (pp.27-41). Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Sesia, P. (2007). Reproductive health and reproductive rights after the Cairo consensus: Accomplishments and shortcomings in the establishment of innovative public policies in Oaxaca. *Sexuality Research & Social Policy*, 4(3), 34-49. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2007.4.3.34>
- Sharp, J. (2009). *Chapter 6: Can the Subaltern Speak?* Londres : Sage. Consulté à l'adresse <http://knowledge.sagepub.com/view/geographies-of-postcolonialism/SAGE.xml>
- Skeggs, B. (1997). *Formations of class and gender becoming respectable*. Londres : Sage.
- Smith-Oka, V. (2009). Unintended consequences: Exploring the tensions between development programs and indigenous women in Mexico in the context of reproductive health. *Social Science & Medicine*, 68(11), 2069-2077. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.026>
- Sosa-Buchholz, X. (2008). Mujeres, esfera pública y populismo en Brasil, Argentina y Ecuador, 1870-1960. *Procesos*, (27), 81-105.
- Stasiulis, D. K. (1999). Feminist Intersectional Theorizing. Dans P. S. Li (Édit.), *Race and ethnic relations in Canada* (2nd ed.). Don Mills, Ontario : Oxford University Press. Consulté à l'adresse <http://site.ebrary.com/lib/oculottawa/detail.action?docID=10334881>
- Statistique Canada. (2016). Statut des générations : les enfants nés au Canada de parents immigrants. Consulté le 17 janvier 2018, à l'adresse http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011003_2-fra.cfm
- Steele, C., & Chiarotti, S. (2004). With Everything Exposed: Cruelty in Post-Abortion Care in Rosario, Argentina. *Reproductive Health Matters*, 12(24, Supplement), 39-46. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)24021-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)24021-6)
- Stobbe, L. (2005). Doing Machismo: Legitimizing Speech Acts as a Selection Discourse. *Gender, Work & Organization*, 12(2), 105-123. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2005.00265.x>
- Sutton, B. (2007). Poner el Cuerpo: Women's Embodiment and Political Resistance in Argentina. *Latin American Politics and Society*, 49(3), 129-163.

- Sutton, B. (2008). Contesting Racism: Democratic Citizenship, Human Rights, and Antiracist Politics in Argentina. *Latin American Perspectives*, 35(6), 106-121.
- Sutton, B. (2014). More than reproductive uterus: women and the politics of abortion in Argentina. Dans S. Poggio & M. A. Viteri (Édit.), *Cuerpo, educación y liderazgo político: una mirada desde el género y los estudios feministas* (pp. 141-192). Quito, Équateur : FLASCO-Side Ecuador. Consulté à l'adresse <http://www.flascoandes.edu.ec/libros/digital/53724.pdf>
- Sutton, B., & Borland, E. (2013). Framing Abortion Rights in Argentina's Encuentros Nacionales de Mujeres. *Feminist Studies*, 39(1), 194-219.
- Talahite, F. (2010). Chapitre 2 / Genre, marché du travail et mondialisation. Dans J. Falquet (Édit.), *Le sexe de la mondialisation: genre, classe, race et nouvelle division du travail* (pp.43-70). Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Texidó, E., & Gurrieri, J. (2012). *Panorama migratorio de america del sur 2012*. Buenos Aires, Argentine : Organisation internationale pour les migrations (OIM). Consulté à l'adresse http://publications.iom.int/bookstore/free/Panorama_Migratorio_de_America_del_Sur2012.pdf
- Treiner, S. (2006). Les viols dans le monde. Dans C. Ockrent (Édit.), *Le livre noir de la condition des femmes*. Paris : XO.
- Truong, T.-D., S. Marin, M. L., & Quesada-Bondad, A. (2014). Intersectionality, Structural Vulnerability, and Access to Sexual and Reproductive Health Services: Filipina Domestic Workers in Hong Kong, Singapore, and Qatar. Dans T.-D. Truong (Édit.), *Migration, gender and social justice: perspectives on human insecurity* (Vol 9, pp.227-239). Berlin : Springer.
- Vasquez, D. N., Das Neves, A. V., Golubicki, J. L., Di Marco, I., Loudet, C. I., Roberti, J. E., ... Vidal, L. (2012). Critical care providers' opinion on unsafe abortion in Argentina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 116(3), 249-252.
- Walby, S. (2007). Complexity Theory, Systems Theory, and Multiple Intersecting Social Inequalities. *Philosophy of the Social Sciences*, 37(4), 449-470.
- Walters, S. D. (2017). In Defense of Identity Politics. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 43(2), 473-488. <https://doi.org/10.1086/693557>
- Yavich, N. Báscolo, E. P., & Haggerty, J. (2016). Comparing the performance of the public, social security and private health subsystems in Argentina by core dimensions of primary health care. *Family Practice*, 33(3), 249-260. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz043>
- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193-209.
- Zabaleta, M. R. (2001). *Feminine Stereotypes and Roles in Theory and Practice in Argentina Before and After the First Lady Eva Peron*. Lewiston, New York : E. Mellen Press.
- Zitouni, B. (2012). With whose eyes blood were my eyescrafted? (D. Haraway) Les savoirs situés comme la proposition d'une autre objectivité. Dans E. Dorlin & E. Rodriguez (Édit.), *Penser avec Donna Haraway* (pp. 46-63). Paris : Presses universitaires de France.

Annexes

Annexe 1 : Annonce de recrutement (en français)

Participation à une entrevue individuelle sur la santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes en Argentine



uOttawa

Université d'Ottawa
École de développement
international et
mondialisation

University of Ottawa
School of International
Development and
Global Studies

Si vous êtes une femme migrante d'origine bolivienne vivant à Córdoba, vous êtes invitée à participer au projet de thèse de maîtrise nommée ci-dessus, menée par Emmanuelle (Emma) Lajoie sous la supervision de la Professeure Andrea Martinez. Cette étude est une recherche indépendante financée à même les économies personnelles de la chercheuse principale et n'est donc associée à aucun gouvernement, agence ou autre organisation argentine (incluant l'*Unión de colectividades de inmigrantes de Córdoba* - UCIC), canadienne ou autre. Le fait de ne pas participer à cette recherche n'aura pas d'impacts négatifs sur les services que vous recevez par UCIC.

Le but de mon étude est de vous donner la parole et de vous laisser vous exprimer par rapport à votre expérience en matière de santé sexuelle et reproductive. Je souhaite aussi comprendre les obstacles qui vous empêchent d'avoir une saine santé sexuelle et reproductive et connaître les solutions que vous utilisez afin de contrer ces obstacles.

Votre collaboration consistera à participer à une entrevue individuelle d'environ une heure. Lors de la séance, vous répondrez à des questions et discuterez de votre expérience en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'entrevue prendra place dans un endroit de votre choix et au moment de votre choix au cours du mois de mars ou avril 2017. Je déboursrai les frais de transport et de gardiennage nécessaires pour diminuer les inconvénients économiques.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, vous pouvez communiquer directement avec moi à xxx@uottawa.ca ou par whatsapp à (xxx) xxx-xxxx.

Emma Lajoie
Université d'Ottawa

120 University
Ottawa, Ontario
K1N 6N5

sidgs@uOttawa.ca

socialsciences.uottawa.ca/dvm

Annexe 2 : Formulaire de consentement (en français)

**Formulaire de consentement : entrevue individuelle
La santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes en Argentine**



Université d'Ottawa
École de développement
international et
mondialisation

University of Ottawa
School of International
Development and
Global Studies

120 University
Ottawa, Ontario
K1N 6N5

sidgs@uOttawa.ca

socialsciences.uottawa.ca/dvm

Chercheure principale Emmanuelle
(Emma) Lajoie
École de développement international
et mondialisation
Université d'Ottawa
Courriel : xxx@uottawa.ca
Whatsapp : (xxx) xxx-xxxx

Superviseure
Professeure Andrea Martinez
Université d'Ottawa
Institut d'études féministes et de genre
Faculté des sciences sociales
120, Privé Université, local 11002
Ottawa, Ontario, Canada
K1N 6N5
Courriel : xxx@uottawa.ca
Téléphone : +x-xxx-xxx-xxxx poste xxx

Vous êtes invitée à participer au projet de thèse de maîtrise nommée ci-dessous, menée par Emmanuelle (Emma) Lajoie sous la supervision de la Professeure Andrea Martinez. Cette étude est une recherche indépendante financée à même les économies personnelles de la chercheure principale et n'est donc associée à aucun gouvernement, agence ou autre organisation argentine (incluant l'*Unión de colectividades de inmigrantes de Córdoba* - UCIC), canadienne ou autre. Le fait de ne pas participer à cette recherche n'aura pas d'impacts négatifs sur les services que vous recevez par UCIC.

Le but de l'étude est de vous donner la parole et de vous laisser vous exprimer par rapport à votre expérience en matière de santé sexuelle et reproductive. Je souhaite aussi comprendre les obstacles qui vous empêchent d'avoir une saine santé sexuelle et reproductive et connaître les solutions que vous utilisez afin de contrer ces obstacles.

Votre collaboration consistera à participer à une entrevue individuelle d'environ 1 heure. Lors de la séance, vous répondrez à des questions et discuterez de votre expérience en matière de santé sexuelle et reproductive. L'entrevue sera enregistrée afin que la chercheure puisse réécouter l'entrevue et ainsi produire une analyse plus juste et fidèle à vos propos. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'arrêter votre participation à tout moment lors de l'entrevue sans que ceci cause un préjudice. L'entrevue prendra place dans un endroit de votre choix et au moment de votre choix au cours du mois de mars ou avril 2017.

Au cours de l'entrevue, il est possible que vous dévoiliez certaines informations personnelles et il est possible que cela vous crée ensuite des inconforts émotionnels et sociaux. Toutefois, je m'engage à tout faire en mon possible pour minimiser ces risques. Je vous fournirai de l'information sur les services de santé et groupes locaux qui offrent des services gratuits en matière de soutien psychologique, d'accompagnement, d'écoute active pour les femmes et de promotion de la culture bolivienne.

D'une part, l'entrevue aura lieu dans un lieu et un moment à votre convenance afin d'éviter que vous effectuiez de grands déplacements ou engendrant de grands coûts. D'autre part, je déboursrai les frais de transport et de gardiennage nécessaires pour diminuer les inconvénients économiques. Vous garderez cette compensation même si vous décidez de vous retirer de l'entrevue.

Votre participation à cette recherche pourrait contribuer à dévoiler les enjeux et défis en matière de SSR auxquels font face les femmes de votre communauté ou dans une situation similaire. Ces informations ont

le potentiel d'aider différents organismes et divisions du gouvernement afin d'améliorer les programmes et services en la matière. Une fois la première ébauche terminée, je vous consulterai afin d'avoir votre opinion et être certaine que mon travail reflète bien ce que vous m'avez dit. Je souhaite que mon travail soit une collaboration dans laquelle vous vous sentiez incluses.

Votre anonymat sera garanti par l'utilisation de prénoms fictifs. Seulement moi et ma superviseure connaissons votre réelle identité. Vos réponses pourraient être citées dans la thèse de recherche ou dans des présentations, mais vous serez toujours désignée par votre prénom fictif.

Je mettrai tout en œuvre afin que l'information que vous allez me partager demeure le plus confidentielle possible et qu'elle ne soit utilisée que pour cette recherche. Les seules personnes qui auront accès aux données recueillies seront moi, la chercheuse principale, et ma superviseure de recherche qui a signé un contrat confidentialité afin d'avoir accès à ces données et s'engage à les maintenir confidentielles. Les données vidéo et audio recueillies seront sauvegardées sur mon ordinateur personnel dont l'accès est protégé par un mot de passe confidentiel. Chaque dossier renfermant mes données de recherche sera protégé individuellement par un mot de passe. Pour les données qui pourraient être reçues sous forme papier, elles seront numérisées rapidement après les groupes de discussions et entrevues. Les copies papier seront par la suite détruites. Une fois au Canada, les données seront conservées sous clé dans le bureau de la superviseure de la chercheuse principale, la Professeure Andrea Martinez, à l'Université d'Ottawa. L'information sera conservée pendant une période de cinq ans pour consultation future et détruite ensuite (à l'exception des informations qui se retrouveront dans la thèse). La version finale de ma thèse sera publiée et accessible au public.

Votre participation à la recherche est volontaire et vous êtes entièrement libre de vous retirer en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si vous choisissez de vous retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront détruites.

Acceptation : Je, _____ accepte de participer à cette recherche menée par Emmanuelle Lajoie de l'Université d'Ottawa, supervisée par la Professeure Andrea Martinez.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, vous pouvez communiquer directement avec moi à xxx@uottawa.ca.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, local 154, Ottawa, Ontario, Canada, K1N 6N5 local 154, +1 (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca.

Cette copie de formulaire vous appartient et je vous suggère de la garder. L'autre copie sera pour moi, la chercheuse principale.

J'accepte de participer et d'être enregistré J'accepte de participer et mais pas d'être enregistrée

Signature de la participante : _____ Date :

Signature de la chercheure : _____ Date :

Annexe 3 : Guide d'entrevue (en français)

Guide d'entrevue individuelle (environ 60 minutes)

Les questions suivantes sont fournies *à titre indicatif* puisqu'elles me serviront de point départ. Toutefois, je laisserai place à la discussion (guidée par le titre de chaque section) et il est possible que les questions évoluent différemment selon la conversation avec chaque participante.

Questions descriptives (permet aux femmes de s'autodéfinir et d'être plus à l'aise)

- Quel est votre nom?
- Pouvez-vous vous décrire dans vos propres mots?
- Quel âge avez-vous?
- Quelle/s est votre/vos profession/s?
- Où êtes-vous née et où avez-vous grandi?
- Dans quel quartier vivez-vous à Córdoba?
- Avec qui vivez-vous?
- À quoi ressemble l'une de vos journées?

Migration

J'aimerais comprendre votre parcours de migration.

- Depuis combien de temps vivez-vous à Córdoba?
- Dans votre cas, d'où vient l'idée de migrer vers Córdoba?
 - Quels étaient les facteurs qui ont motivé votre décision?
- Quels sont vos sentiments, votre opinion par rapport à cette migration?

Santé

Je m'intéresse à votre expérience, votre opinion et vos émotions par rapport à votre SSR.

- Pour vous, qu'est-ce que la santé?
- À quoi pensez-vous quand on mentionne l'expression SSR ou votre santé relative à votre sexualité et votre reproduction?
- Quelle importance accordez-vous à votre SSR?
 - Quelle est l'importance de la SSR en comparaison à d'autres sphères de votre santé?
- Comment considérez-vous l'état de votre SSR?
- Selon vous, quels sont les enjeux importants en lien avec la SSR?

Comblent ses besoins : système de santé et autres

Je désire en savoir plus sur la façon dont vous comblez vos besoins en SSR.

- Comment accédez-vous à de l'information sur la SSR?
- Que faites-vous lorsque vous avez un besoin de nature sexuelle ou reproductive?
- Avez-vous déjà eu recours à un système de santé pour votre SSR en Argentine?

- Si la réponse est oui : décrivez-moi vos impressions, vos émotions.
- Si elle répond qu'elle n'a jamais utilisé le système de santé argentin ou que cela faisait longtemps : pouvez-vous expliquer la raison de votre choix?
- S'il y en a, quels sont les obstacles auxquels vous faites face afin de pourvoir à leurs besoins en SSR?
 - Quelles émotions, réactions avez-vous face à ces obstacles?

La place de votre famille

- Quelle est la place de votre parenté, ami-e-s, conjoint-e et enfants par rapport à votre SSR?
 - En général, parlez-vous de grossesse, contraception, maladies transmises sexuellement avec ces personnes?

J'aimerais connaître les stratégies/solutions que vous utilisez afin de contrer ces difficultés.

- Comment gérez-vous ses problèmes?
 - S'il y en a, quelles solutions utilisez-vous?

Clôture

- Y a-t-il un sujet que je n'ai pas mentionné que vous aimerez aborder?
- Avez-vous des questions pour moi?
- Je souhaite que mon travail soit une collaboration dans laquelle vous vous sentiez incluses. Je me demande donc si souhaiteriez-vous recevoir les résultats préliminaires de l'étude et fournir, si vous le voulez, une rétroaction?
 - Si la réponse est oui, demander la meilleure façon pour la joindre et partager les résultats préliminaires.

ENTENTE CONFIDENTIALITÉ

**La santé sexuelle et reproductive
des femmes migrantes en Argentine**



uOttawa

Université d'Ottawa
École de développement
international et
mondialisation

University of Ottawa
School of International
Development and
Global Studies

Chercheuse principale : Emmanuelle Lajoie
École de développement international et mondialisation
Université d'Ottawa
Courriel : xxx@uottawa.ca

Superviseure
Professeure Andrea Martinez
Institut d'études féministes et de genre
Université d'Ottawa
Courriel : xxx@uottawa.ca
Téléphone : +x (xxx) xxx-xxxx poste : xxx

Cher-chère assistant-e potentiel-le,

Vous êtes invité-e à participer au projet de thèse de maîtrise nommée ci-dessus, menée par Emmanuelle Lajoie sous la supervision de la Professeure Andrea Martinez.

La recherche se concentre sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes migrantes boliviennes vivant dans la ville de Córdoba, Argentine. Le but de l'étude est de donner la parole et de laisser les femmes migrantes boliviennes s'exprimer par rapport à leur expérience en matière de santé sexuelle et reproductive. Je souhaite aussi comprendre les obstacles qui les empêchent d'avoir une saine santé sexuelle et reproductive et connaître les solutions qu'elles utilisent afin de contrer ces obstacles.

ENTENTE

Je, _____, assistant-e à la transcription, est engagé-e afin d'aider à transcrire les entrevues de la recherche mentionnée plus haut. Cette recherche est dirigée par Emmanuelle Lajoie de l'Université d'Ottawa et supervisée par la Professeure Andrea Martinez.

Je consens à :

1. Garder toutes les informations qui me sont partagées confidentielles. Je ne discuterai et ne partagerai pas les informations liées à la recherche sous aucune forme (ex. : transcriptions papier ou électronique, fichiers audio) avec qui que ce soit, autre qu'Emmanuelle Lajoie et le-la deuxième assistant-e à la transcription.

120 University
Ottawa, Ontario
K1N 6N5

sidgs@uOttawa.ca

socialsciences.uottawa.ca/dvm

2. L'identité des participantes est confidentielle et ne peut en aucun cas être divulguée à quiconque.
3. Garder toutes les informations liées à la recherche (ex. : transcriptions papier ou électronique, fichiers audio) sécurisées. Les transcriptions électroniques et les fichiers audio devront aussi être placés dans un fichier nécessitant un mot de passe dont je suis la seule à connaître.
4. Retourner toutes les informations (ex. : transcriptions papier ou électronique, fichiers audio) à Emmanuelle Lajoie lorsque j'aurai accompli les tâches demandées.
5. Après avoir consulté Emmanuelle Lajoie, j'effacerai ou détruirai toutes les informations liées à la recherche de quelque format que ce soit (ex. : transcriptions papier ou électronique, fichiers audio) si celles-ci ne peuvent être retournées à Emmanuelle (ex. : informations stockées sur un disque dur).

Assistant-e

_____	_____	_____
(Noms en lettres moulées)	(Signature)	(Date)

Chercheuse

_____	_____	_____
(Noms en lettres moulées)	(Signature)	(Date)

Cette copie de formulaire vous appartient et je vous suggère de la garder. L'autre copie sera pour moi, la chercheuse principale.

Annexe 5 : Profil individuel de chaque participante

Participante no. 1

Tania

Âge : 46 ans

Quartier : Villa El Libertador (zone sud)

Système de santé utilisé : *Obra social*

Emploi : Infirmière

Classe : Moyenne

En Argentine depuis : 30 ans

Participante no. 2

Marisa

Âge : 78 ans

Quartier : Alta Córdoba (zone péricentrique)

Système de santé utilisé : Système public et *obra social*

Emploi : Femme au foyer

Classe : Moyenne

En Argentine depuis : 66 ans

Participante no. 3

María

Âge : 77 ans

Quartier : Alta Córdoba (zone péricentrique)

Système de santé utilisé : *Obra social*

Emploi : Femme au foyer et enseignante

Classe : Moyenne

En Argentine depuis : 41 ans

Participante no. 4

Elba

Âge : 28 ans

Quartier : Observatorio (zone centrale)

Système de santé utilisé : *Obra social*

Emploi : Femme au foyer

Classe : Moyenne

En Argentine depuis : sa naissance

Participante no. 5

Celeste

Âge : 43 ans

Quartier : René Favaloro Sud (zone péricentrique)

Système de santé utilisé : *Obra social*, avant système public

Emploi : Enseignante

Classe : Moyenne

En Argentine depuis : 41 ans

Participant no. 6

Margarita

Âge : 73 ans

Quartier : Villa El Libertador (zone sud)

Système de santé utilisé : Système public

Emploi : Femme au foyer

Classe : Moyenne

En Argentine depuis : environ 56 ans

Participant no. 7

Paola

Âge : 36 ans

Quartier : Nuestro Hogar III (zone sud)

Système de santé utilisé : *Obra social*

Emploi : Employée domestique, étudiante en soins infirmiers

Classe : Populaire

En Argentine depuis : 19 ans

Participant no. 8

Nora

Âge : 42 ans

Quartier : Villa El Libertador (zone sud)

Système de santé utilisé : Système public

Emploi : Infirmière

Classe : Moyenne

En Argentine depuis : sa naissance

Participant no. 9

Rocío

Âge : 23 ans

Quartier : Santa Isabel (zone sud)

Système de santé utilisé : *Obra social*

Emploi : Étudiante en enseignement

Classe : Moyenne

En Argentine depuis : sa naissance

Participant no. 10

Ana

Âge : 39 ans

Quartier : Alta Córdoba (zone péricentrique) depuis peu, avant Villa El Libertador (zone sud)

Système de santé utilisé : *Obra social*, avant système public

Emploi : Employée domestique

Classe : Populaire

En Argentine depuis : environ 20 ans

Participant no. 11

Rosa

Âge : 34 ans

Quartier : Villa El Libertador (zone sud)

Système de santé utilisé : Système public

Emploi : Femme au foyer

Classe : Populaire

En Argentine depuis : 10 ans

Participante no. 12

Paloma

Âge : 27 ans

Quartier : Nuestro Hogar III (zone sud)

Système de santé utilisé : *Obra social*, avant
système public

Emploi : Employée dans une usine de textile

Classe : Populaire

En Argentine depuis : 20 ans

Annexe 6 : Profil des participantes par catégorie

Âge/génération

Jeune/Génération Y (16 à 35 ans) : Rocío, Paloma, Elba, Rosa

Moyen/Génération X et baby boomers (36 à 65 ans) : Tania, Nora, Celeste, Ana, Paola

Âge d'or/génération silencieuse (66 ans et plus) : Marisa, María, Margarita

Statut des générations

Migrantes de première génération : Tania, Marisa, María, Celeste, Margarita, Paola, Ana, Rosa, Paloma

Migrantes de deuxième génération : Elba, Nora, Rocío

Âge de la migration (pour les migrantes de première génération)

En tant qu'adolescente autonome ou adulte : Tania, María, Paola, Margarita, Ana, Rosa

En tant qu'enfant : Marisa, Celeste, Paloma

Milieu où elles ont grandi en Bolivie

Rural : Margarita, Paola, Ana, Tania, Rosa, Marisa

Urbain : María, Paloma, Celeste, Elba, Rocío, Nora

Cause de la migration

Cause économique ou de travail : María, Margarita, Paola, Ana, Rosa, Celeste, Paloma Elba, Rocío, Nora

Autre raison (amour, éducation) : Tania, Marisa

Classe

Classe moyenne : Tania, Elba, Nora, Marisa, María, Margarita, Celeste, Rocío

Classe populaire : Paola, Ana, Rosa, Paloma

Quartier de résidence

Villa El Libertador (zone sud) : Tania, Nora, Margarita, Rosa

Nuestro Hogar III (zone sud) : Paola, Paloma

Santa Isabel (zone sud) : Rocío

Alta Córdoba (zone péricentrique) : Marisa, María, Ana

René Favaloro Sud (zone péricentrique) : Celeste

Observatorio (zone centrale) : Elba

Profession

Étudie/occupe un emploi requérant une formation spécialisée : Tania, Nora, Celeste, Rocío, María

Femme au foyer : Margarita, Marisa, Rosa et Elba

Occupe un emploi ne requérant pas de formation spécialisée : Ana, Paloma

Occupe un emploi ne requérant pas de formation spécialisée et étudie pour occuper un emploi spécialisé :
Paola

Situation familiale

En couple et a des enfants : Marisa, María, Elba, Nora, Margarita, Rosa, Rocío

Mère monoparentale : Paola, Ana et Celeste

En couple et n'a pas d'enfant : Tania, Paloma

Système de santé utilisé

Obra social : Elba, Rocío, Tania, María

Obra social, mais auparavant système public : Ana, Paloma, Paola, Celeste

Système public : Rosa, Margarita, Nora

À la fois *obra social* et système public : Marisa