
Appel à communications

Approche *intersectionnelle* en santé publique : Une nouvelle perspective pour l'étude des inégalités sociales de santé ?

Séminaire interdisciplinaire EHESP – 15 avril 2015

Les études sur les causes et les conséquences des inégalités sociales de santé (ISS) sont aujourd'hui très développées en France ; tant en épidémiologie sociale (1–4), en sociologie de la santé (5–8), en science politique (9–11) ou en économie de la santé (12,13). Beaucoup de ces travaux prennent en compte la multiplicité des facteurs – sexe, origine ethnique, nationalité, classe sociale, âge, lieu de vie etc. – qui déterminent de façon positive ou négative les conditions d'accès aux soins et la santé des individus. Toutefois peu de ces études définissent leur approche comme « intersectionnelle ».

« L'intersectionnalité », concept importé dans les sciences sociales françaises depuis le milieu des années 2000, est aujourd'hui majoritairement partagé par les chercheurs en sciences sociales; pour étudier les inégalités et les discriminations il serait nécessaire d'analyser non pas l'impact isolé de chacune des catégories structurant la hiérarchie sociale, mais bien l'imbrication de ces rapports sociaux – de race, de genre, de classe sociale, etc. – et de ses effets sur les individus.

Même si ce concept peut paraître assez simple et évident au premier abord, il soulève de nombreuses questions pour la recherche en santé publique et notamment pour la recherche sur les inégalités sociales de santé. L'objectif de ce séminaire pluridisciplinaire est donc de susciter des échanges entre les différentes disciplines de la santé publique autour des approches intersectionnelles : peut-on, et doit-on, utiliser le concept « d'intersectionnalité » dans les recherches en santé publique ? Comment les chercheurs en santé publique travaillant sur la question des inégalités sociales de santé traitent-ils déjà de l'imbrication des rapports sociaux ? Qu'apporte cette grille d'analyse par rapport à la grille traditionnelle de l'analyse des inégalités sociales de santé ? Quels enjeux méthodologiques engendre-t-elle ? Comment l'introduction du concept d'intersectionnalité peut apporter davantage de réflexivité à la recherche en santé publique ?

Enjeux

Aux Etats-Unis l'introduction du concept d'intersectionnalité par Kimberle Crenshaw en 1989 a profondément changé la manière de faire de la recherche (14). Ce concept renvoie à la nécessité d'articuler les rapports sociaux de genre, de « race » et de classe sociale dans le militantisme féministe¹ mais aussi dans la grille d'analyse de toute situation sociale ou comportement individuel. Il a été complété avec la notion de « consubstantialité » qui montre davantage l'imbrication et la transversalité des rapports de pouvoir et de domination que leur similitude (16) ou de la théorie des savoirs situés (17) mettant en évidence les biais de connaissance. Nombre de recherches en sciences sociales ont ainsi développé cette perspective intersectionnelle, qui s'est par ailleurs diffusée dans les études en santé publique (18,19). A l'inverse des analyses unidimensionnelles se focalisant uniquement sur une catégorie d'intérêt (le genre, la position sociale ou l'origine ethnique), l'approche intersectionnelle affirme par exemple que l'état de santé d'un individu ne peut pas être appréhendé uniquement comme la somme de ses caractéristiques mais seulement dans l'imbrication de ses autres caractéristiques (20). L'utilisation du concept d'intersectionnalité dans les recherches sur la santé des

¹ Ce concept d'intersectionnalité s'est formé au sein du mouvement du *Black feminism*, en réaction aux formes de domination subies par les femmes noires américaines. Ce concept a en effet émergé en réponse i) aux idéaux féministes orientés à l'époque vers les femmes blanches de classe moyenne et ii) aux organisations antiracistes qui dans leurs enjeux et idéaux s'adressaient plus particulièrement aux hommes(15)

populations s'est ainsi largement développé outre Atlantique durant la dernière décennie, mais est resté majoritairement cantonné aux études qualitatives (21,22).

En France, c'est l'analyse des inégalités sociales de santé, objet de nombreux travaux de recherche, qui se rapproche le plus de « l'intersectionnalité américaine » par l'analyse des déterminants sociaux de santé ou le cumul des désavantages sociaux (2,5–7,23,24). Cependant, ces travaux ne se réclament pas de cette perspective intersectionnelle et utilisent davantage l'idée de « cumul » que d'imbrication des rapports sociaux. En effet, la complexité de l'imbrication de ces catégories sociales a poussé les études en santé publique à se concentrer sur des réflexions fractionnées : inégalités socio-économiques de santé, inégalités de santé entre les hommes et les femmes, inégalités de santé entre français et étrangers, etc. En France peu de travaux en santé publique s'interrogent sur une éventuelle conjugaison du sexe, de l'origine ethnique et de la classe.

Son utilisation moindre en France peut être partiellement expliquée par les critiques qui se sont soulevées contre cette approche. La première critique est la difficulté de sa mise en œuvre empirique. En effet, selon les méthodes employées (ethnographie, quantitative, juridique, etc.), l'analyse simultanée des différents rapports sociaux en jeu peut être difficile à mettre en œuvre et, par la suite, compliquer l'analyse des processus. La théoricienne féministe Jasbir Puar a par ailleurs récemment critiqué un effet pervers de cette approche : la rigidification des identités (25). Selon elle, en posant certaines catégories qui ne reflètent pas la réalité sociale, on risque d'enfermer des sujets dans des catégories sans les avoir préalablement déconstruites.

Cependant cette critique peut également s'appliquer à la recherche actuelle en santé publique. Peu de travaux quantitatifs questionnent ou ont une approche réflexive sur l'utilisation de catégories sociales pourtant imprégnées de représentations normées. Ces catégories statistiques -sans parfois être le reflet d'une réalité sociale- sont par la suite utilisées pour la mise en place de programmes de recherche et/ou de politiques de santé, et continuent, elles aussi, à diffuser et véhiculer ces normes et représentations associées à certaines caractéristiques de sexe, de classe sociale, d'âge, etc. (26,27).

Ce qui influe, par la suite, sur les pratiques de soins des professionnels de santé : on soigne différemment un homme, une femme, une personne racisée ou blanche, une personne avec des ressources ou sans, française ou étrangère, etc. notamment au nom de travaux de santé publique – que ce soit dans les pratiques contraceptives (28,29), en périnatalité (30), ou dans la santé plus généralement (31–33). Des pratiques de traitements différentiels voire de discriminations ont ainsi été mises en évidence par les analyses des sociologues et des anthropologues de la santé (30,34–37)

Ce séminaire, par l'introduction du concept d'intersectionnalité, nous permettra ainsi en premier lieu d'interroger les catégories d'analyse, les méthodes, les concepts et objets d'étude de la recherche en santé publique. Mais ce séminaire sera aussi l'occasion de valoriser des travaux empiriques en santé publique qui prennent en compte l'imbrication des catégories de genre, d'origine ethnique, de classe sociale mais aussi d'autres variables comme l'orientation sexuelle, l'âge, la nationalité, le handicap, etc.

Problématique du séminaire

Que pourrait apporter l'introduction de perspectives intersectionnelles dans les recherches en santé publique en France ? Quels sont les avantages, les limites, les difficultés de l'utilisation de ce concept dans les études en santé publique ? Ce séminaire interdisciplinaire propose de faire dialoguer ce concept avec les travaux actuels de santé publique, que ce soit pour souligner les apports de cette approche et son potentiel d'analyse, les manques qui caractérisent un grand nombre de travaux de recherche ou les difficultés méthodologiques de sa mise en œuvre. Pour ce faire nous avons déterminé deux axes de recherche.

- *Axe 1 : Apports et limites de l'utilisation du concept d'intersectionnalité dans la recherche en santé publique française*

Le premier axe du séminaire s'intéresse aux apports et limites du concept d'intersectionnalité à l'étude des inégalités sociales de santé. Dans quelle mesure l'absence de prise en compte de l'imbrication de ces rapports sociaux a des effets sur la construction d'un objet de recherche, sur la méthodologie et sur l'analyse ? Comment l'intersectionnalité étend le champ traditionnel français de l'étude des inégalités ? La méthodologie et les outils (quantitatifs et qualitatifs) de la santé publique sont-ils adaptés à la prise en compte de ces intersections ?

- *Axe 2 : Recherches intersectionnelles sur les pratiques et les comportements de santé*

Le deuxième axe est un espace où les auteurs peuvent proposer des recherches empiriques dans le champ de la santé qui mobilisent une perspective intersectionnelle. Toutes les études, prenant en compte l'articulation des rapports de genre, d'origine, de classe sociale, etc. et portant sur les inégalités sociales de santé, les pratiques de soins ou les comportements de santé sont les bienvenues. Les méthodes peuvent être quantitatives ou qualitatives, et toute recherche s'inscrivant dans le cadre intersectionnel ou avec une approche réflexive des catégories d'analyses et de l'intersection des diverses formes d'inégalités dans le champ de la santé est également bienvenue.

Nous invitons **doctorant-e-s, jeunes docteur-e-s, chercheurs-euses expérimenté-e-s et acteurs de la santé publique de toutes disciplines** (sciences sociales, épidémiologie, économie de la santé, biostatistiques, biologie, droit, science politique, acteurs de la prévention, usagers, associations d'usagers) à nous adresser des propositions de communications sur ces questions, quels que soient leur rattachement institutionnel, leurs domaines d'intervention ou leur pays de recherche.

Instructions aux auteur-e-s :

La rencontre s'organisera, sur une journée, sous forme d'ateliers thématiques où participeront aussi bien des chercheur-e-s que des professionnel-le-s du monde médical et institutionnel. L'objectif de cette journée est de réunir des doctorant-e-s, jeunes chercheur-e-s, chercheurs-euses et acteurs travaillant sur ces questions, afin de confronter des matériaux empiriques et des analyses théoriques dans une perspective pluridisciplinaire.

Les propositions de communication, d'environ 2000 signes (format pdf ou word), sont attendues avant le 31 janvier 2015. Elles sont à envoyer à l'adresse : sante.intersectionnalite@gmail.com. Merci de mentionner le titre de l'axe dans lequel votre communication s'inscrit, suivi de votre nom et prénom, et de votre discipline de rattachement.

Les auteur-e-s des communications sélectionnées seront informé-e-s à la mi-février et devront faire parvenir au Comité d'organisation un résumé de 4 pages au maximum ou un power point avant le 31 mars 2015. Ces documents seront transmis aux discutant-e-s.

La journée d'étude se déroulera le mercredi 15 avril 2015 dans la salle du CESP, Hôpital Paul Brousse, à Villejuif.

Dans la limite du budget disponible, les frais de transport des participant-e-s, résidant en France métropolitaine pourront être pris en charge sur demande.

Comité d'organisation :

Margot Annequin, doctorante en épidémiologie sociale, UPMC, ED 393
Marie Mesnil, doctorante en droit privé, Paris 5, ED 262,
Mylène Rouzaud-Cornabas, doctorante en sociologie, Paris 11, ED 420
Cécile Ventola, doctorante en sociologie, Paris 11, ED 420
Louise Virole, doctorante en sociologie, CADIS, EHESP

Bibliographie indicative

1. Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2003;51(4):381-401.
2. Lert F, Leclerc A, Melchior M, Goldberg M. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *sosan*. 2002;20(4):75-128.
3. Melchior M, Berkman LF, Kawachi I, Krieger N, Zins M, Bonenfant S, et al. Lifelong socioeconomic trajectory and premature mortality (35–65 years) in France: findings from the GAZEL Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. 11 janv 2006;60(11):937-44.
4. Dray-Spira R, Lert F. Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*. 2003;17(3).
5. Aïach P. La société au miroir des inégalités. *Prévenir*. 1995;28:29-35.
6. Aïach, P. 2000. « De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques ». In *Les inégalités sociales de santé*, 81-91. Paris: La Découverte.
7. Aïach, P. 2010. *Les inégalités sociales de santé*. Sociologiques. Paris: Economica.
8. Fassin D, al. *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte. 2000. 448 p.
9. Rican S, Vaillant Z. Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. *Sciences sociales et santé*. 1 mars 2009;27(1):33-42.
10. Peretti-Watel P, Moatti J-P. *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérivés*. Paris: Seuil; 2009. 103 p.
11. Benamouzig D. L'évaluation des aspects sociaux en santé. *Revue française des affaires sociales*. 12 juill 2010;1-2(1):187-211.
12. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Revue économique*. 30 mars 2009;60(2):385-411.
13. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer peut nuire à votre santé: une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. IRDES, Document de travail. 2012;(47).
14. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *The University of Chicago Legal Forum*. 1989;140:139-67.
15. Dorlin E, Collectif. *Black feminism : Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*. Paris: L'Harmattan; 2008. 262 p.
16. Kergoat D. *Se battre, disent-elles...* Paris: La Dispute; 2012. 354 p.
17. Haraway D. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*. 1988;14(3):575.
18. Springer KW, Mager Stellman J, Jordan-Young RM. Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social Science & Medicine*. juin 2012;74(11):1817-24.
19. Tolhurst R, Leach B, Price J, Robinson J, Ettore E, Scott-Samuel A, et al. Intersectionality and gender mainstreaming in international health: Using a feminist participatory action research process to analyse

- voices and debates from the global south and north. *Social Science & Medicine*. juin 2012;74(11):1825-32.
20. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*. juin 2014;110:10-7.
 21. Bilge S, Denis A. Introduction: Women, Intersectionality and Diasporas. *Journal of Intercultural Studies*. 29 janv 2010;31(1):1-8.
 22. Dubrow J. Why Should We Account for Intersectionality in Quantitative Analysis of Survey Data? *Intersectionality und Kritik*. Springer; 2013. p. 161-77.
 23. Chauvin P, Parizot I, Revet S. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Paris: Inserm; 2005. 325 p.
 24. Chauvin P, Parizot I. Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Paris: Les éditions de la DIV; 2007.
 25. Puar JK. *Homonationalisme. Politiques queer après le 11 septembre*. Paris: Editions Amsterdam; 2012.
 26. Grass E, Bourdillon F. *Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?* Editions d. Séminaires C, éditeur. 2012.
 27. Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. 2011.
 28. Bretin H. *Contraception : quel choix pour quelle vie. Récits de femmes, paroles de médecins*. Paris: INSERM; 1992.
 29. Hassoun D, Job-Spira N, Bouyer J, Leridon H, Oustry P, Bajos N. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *pop*. 2004;59(3):479-502.
 30. Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en Ile de France: racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationales*. 2012;28(2):81-100.
 31. Pols H. August Hollingshead and Frederick Redlich: Poverty, Socioeconomic Status, and Mental Illness. *Am J Public Health*. oct 2007;97(10):1755.
 32. Aronson J, Burgess D, Phelan SM, Juarez L. Unhealthy Interactions: The Role of Stereotype Threat in Health Disparities. *Am J Public Health*. 2012;103(1):50-6.
 33. Van Ryn M, Burgess D, Malat J, Griffin J. Physicians' Perceptions of Patients' Social and Behavioral Characteristics and Race Disparities in Treatment Recommendations for Men With Coronary Artery Disease. *Am J Public Health*. 1 févr 2006;96(2):351-7.
 34. Cognet M, Hoyez A-C, Poiret C. Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations. *Revue européenne des migrations internationales*. 2012;28(2):7-10.
 35. Nacu A. À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du Travail*. janv 2011;53(1):109-30.
 36. Fassin D, Dozon. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Balland. 2001. 361 p.
 37. Crenn C, Kotobi L. *Du point de vue de l'ethnicité: Pratiques françaises*. Paris: Armand Colin; 2012. 348 p.