

L'approche « intégrée » des rapports sociaux inégalitaires

Intersectionnalité, inégalités sociales et santé

DOSSIER

Estelle Carde,
professeure, sociologie,
Université de Montréal,
Membre du CREMIS

Emmanuelle Bernheim,
professeure, Sciences
juridiques, UQAM
Membre du CREMIS

Dominique Bernier,
professeure, Sciences
juridiques, UQAM

Nadia Giguère,
chercheuse
d'établissement,
CREMIS, CIUSSS-CSMTL

Notre premier est une perspective théorique qui séduit de plus en plus de chercheurs ... mais qui est encore rarement mobilisée sur des terrains empiriques précis : c'est *l'intersectionnalité*. Notre second est une réalité dont la brutalité suscite une désapprobation unanime ... mais dont la conceptualisation s'avère complexe : ce sont les *inégalités sociales*. Notre troisième est un terrain si évidemment marqué par la pauvreté que l'on a tendance à oublier le rôle qu'y jouent les autres dimensions du social : c'est *la santé*. Notre tout est un défi lancé au monde de la recherche : celui de se servir de la perspective *intersectionnelle* pour mieux comprendre les inégalités sociales qui se développent sur le terrain de la santé.

La recherche sur les inégalités sociales connaît une inflexion majeure, depuis les années 1980, avec l'élaboration d'une perspective intersectionnelle. Celle-ci se caractérise par une « approche intégrée » (Bilge, 2009, p. 70) des rapports sociaux inégalitaires : plutôt que de voir ces rapports comme additionnés ou multipliés (Hancock, 2007), elle « postule leur interaction dans la production et la reproduction des inégalités sociales » (Bilge, 2009, p. 70). Ce postulat place la notion de co-construction au cœur de la perspective intersectionnelle : il implique en effet que ce que les différents axes d'oppression « font aux individus » n'existe pas « en soi ». C'est ensemble, imbriqués au sein d'une « matrice de la domination » (Collins, 2013), qu'ils interagissent pour créer des inégalités dans l'accès aux ressources. Par exemple, une femme ne vit pas sa condition de femme de la même façon selon qu'elle est noire ou blanche, riche ou pauvre : c'est en interdépen-



dance avec les autres que chacune de ces positions sociales (de genre, de race¹ et de classe) contribue à la situer dans l'accès aux ressources. Enfin, en récusant toute prééminence a priori d'un axe sur les autres, la perspective intersectionnelle se distingue notamment du marxisme qui priorise le rapport de classe ou du féminisme radical qui fait de même pour celui de genre.

Les positions qu'occupent les individus le long de diverses hiérarchies sociales (de classe, de race et de genre, notamment) façonnent leur accès aux ressources (telles que des biens matériels, du prestige social, des relations sociales, du bien-être, etc.). Ces différences dans l'accès aux ressources sont des inégalités sociales. Une première façon d'envisager les inégalités sociales sur le terrain de la santé, la plus évidente, est de considérer que la ressource dont l'accès est différencié est, précisément, la santé. Des écarts de santé se creusent entre les groupes sociaux situés à diverses positions de ces hiérarchies sociales. Ces écarts de santé, qui sont la marque dans les corps des individus des inégalités sociales dans lesquelles ils sont pris, sont ce qu'on appelle des inégalités sociales de santé (Aïach et al., 2004). On parle ici d'« incorporation du social » (Fassin, 2000).

Une seconde façon de conceptualiser les inégalités sociales sur le terrain de la santé est de considérer l'état de santé non plus comme un produit du social, mais comme un statut social qui, lui-même, est susceptible de s'inscrire dans une hiérarchie sociale. Selon en effet qu'il est plutôt légitimant ou au contraire stigmatisant, un état de santé peut modeler l'accès des individus aux ressources, et donc contribuer à la production et la reproduction d'inégalités sociales. Il n'est pas question ici de la réalité biologique de cet état de santé (les limitations objectives associées à une maladie, par exemple), mais de sa qualification par un médecin et, par suite, de la signification sociale associée à ce diagnostic. L'expression de « sélection sociale par la santé » qualifie ce rôle de la santé dans l'accès des individus aux différentes positions sociales. Une fois posées ces définitions, voyons maintenant comment saisir les inégalités sociales, en santé, dans une perspective intersectionnelle.

Du social à la santé

La traduction des différences de revenu (Wilkinson et al., 2004), d'origine racialisée (Krieger, 2003) ou encore de genre (Aïach, 2001) dans des écarts de santé a été largement démontrée

et quantifiée. Cependant, en santé comme ailleurs, les comparaisons binaires au sein d'une seule stratification sociale (les plus pauvres versus les plus riches ; les Blancs versus les Noirs ; les hommes versus les femmes) s'avèrent souvent de mauvais points de départ. D'une part, elles tendent à minimiser le rôle des autres stratifications sociales et donnent l'illusion que ces stratifications agissent indépendamment les unes des autres (c'est le principe d'une approche additive). La perspective intersectionnelle est alors précieuse, car elle ne présuppose pas que l'une ou l'autre de ces stratifications prévaut sur les autres. En outre, elle souligne l'importance d'envisager la reconfiguration de chacune de ces stratifications selon la combinaison qu'elles forment ensemble (Hankivsky, 2008, 2012).

D'autre part, ces comparaisons binaires occultent l'hétérogénéité des situations comparées : par exemple, elles essentialisent le fait d'être une femme ou un homme, en opposant une figure unique de « la femme » à celle de « l'homme ». Cette réduction est particulièrement inappropriée dans le cas de la hiérarchie socio-économique, car il n'existe pas des individus riches d'un côté et des pauvres de l'autre, dont on pourrait opposer la santé. Les inégalités de santé traversent en effet toute la société, en faisant correspondre un état de santé différent à chaque palier de la hiérarchie socio-économique - c'est la notion de « gradient social de santé » (Marmot, 1986). Or la perspective intersectionnelle, en portant attention aux multiples rapports sociaux inégalitaires dans lesquels est pris chaque individu, conduit nécessairement à envisager l'hétérogénéité des conditions au sein de groupes que d'aucuns auraient pu penser homogènes. Au sein, par exemple, du groupe des femmes, les individus peuvent présenter différents états de santé,

« en santé comme ailleurs, les comparaisons binaires au sein d'une seule stratification sociale (les plus pauvres versus les plus riches ; les Blancs versus les Noirs ; les hommes versus les femmes) s'avèrent souvent de mauvais points de départ. »

«La compréhension des inégalités sociales de santé requiert d'étudier tant les structures qui configurent la position sociale des individus que l'interprétation que font ceux-ci de la situation qu'ils vivent.»

selon que l'on considère les femmes caractérisées par tel ou tel statut socio-économique et origine raciale. Étant donné le nombre potentiellement illimité de combinaisons possibles (si on y ajoute, par exemple, les statuts d'orientation sexuelle, d'âge, de handicap), on finit par obtenir autant de combinaisons de statuts, et donc d'états de santé, que d'individus. L'image ainsi donnée des inégalités sociales de santé est un nuage de points bien plus qu'une opposition binaire, ce qui est plus cohérent avec l'état des connaissances en la matière. La perspective intersectionnelle permet alors non seulement de faire apparaître ce nuage, mais aussi de le rendre intelligible, en mettant au jour les processus qui, ensemble, contribuent à la situation singulière de chaque point.

Cette perspective invite en outre à repérer les combinaisons « dissonantes » de statuts sociaux, c'est-à-dire celles qui mêlent des positions dominantes au regard de certaines stratifications sociales et des positions dominées au regard d'autres stratifications, dans le cas, par exemple, d'hommes blancs homosexuels, de femmes blanches éduquées, ou d'immigrants majoritaires d'un point de vue racial. L'ouverture aux configurations dissonantes est encore peu exploitée dans la littérature sur l'intersectionnalité en santé, laquelle porte souvent son attention sur les groupes porteurs d'un cumul de positions désavantagées (par exemple, être femme, noire et pauvre). Cette tendance s'explique probablement par les origines militantes du concept, lorsqu'on a voulu faire connaître la position doublement minoritaire des femmes noires (McGibbon, 2011; Reada et al., 2006; Weber et al., 2012).

Il est classique de distinguer deux approches au sein de la littérature intersectionnelle. La première explore les structures sociales, telles que l'idéologie dominante dans une société donnée, les lois, les politiques, les institutions comme la famille, les services publics et les organismes communautaires. Ces structures contribuent à la détermination de la position sociale des individus, position qui à son tour façonne leurs expériences et leurs identités. La seconde, dite socioconstructiviste, reste au plus près des interactions entre les individus, de leur vécu. Elle comprend l'interprétation de ces interactions et des rapports structurels dans lesquels elles prennent place, le sentiment d'appartenir ou de ne pas appartenir à tel ou tel groupe et les revendications identitaires, les motivations et les stratégies de résistance à l'égard des rapports de pouvoir dans lesquels les individus sont pris, ainsi que leurs représentations à l'égard des

autres groupes. Cette approche compréhensive est plus dynamique et moins déterministe que la première.

Or, la compréhension de la fabrication des inégalités sociales de santé dans une perspective intersectionnelle requiert de conjuguer ces deux approches. En effet, cette fabrication passe principalement par deux voies. Dans la première, dite « néo-matérielle » (Lynch et al., 2000), les mauvaises conditions de vie, liées entre autres, au logement, à l'alimentation et au travail, exposent l'individu à de multiples facteurs délétères pour sa santé, indépendamment de ce qu'il perçoit de ces facteurs. Au contraire, dans la seconde voie, dite « psycho-socio-biologique » (Kristenson et al., 2004), ce qui importe est la perception qu'a l'individu du désavantage de sa situation, notamment son sentiment d'impuissance face aux événements de vie et d'échec relatif vis-à-vis de ses pairs. Ces sentiments induisent en effet une faible estime de soi qui suscite des réactions prolongées aux événements stressants, délétères pour la santé. La compréhension des inégalités sociales de santé requiert ainsi d'étudier tant les structures qui configurent la position sociale des individus que l'interprétation que font ceux-ci de la situation qu'ils vivent.

Prenons pour exemple le cas d'une travailleuse migrante. Une approche structurelle pourrait révéler que sa situation minoritaire en tant que migrante l'expose à des risques pour sa santé : la non-reconnaissance de ses diplômes la contraint à des emplois peu qualifiés, donc souvent faiblement rémunérés ; étant récemment employée, elle ne bénéficie pas d'une convention collective ; connaissant mal ses droits, elle est moins vigilante à l'égard des risques que lui fait prendre son employeur. Une approche compréhensive pourrait, elle, mettre au jour une forte estime d'elle-même, liée, par exemple, au sentiment d'être parvenue à immigrer, à trouver un emploi ou à envoyer de l'argent à sa famille restée au pays. On voit donc l'importance de combiner ces deux approches, puisque s'en tenir à l'une ou l'autre conduirait à des résultats diamétralement opposés.

De la santé au social

La seconde approche des inégalités sociales sur le terrain de la santé s'inscrit dans la logique de la « sélection sociale par la santé », qui envisage l'impact de la santé sur la position sociale, avec notamment la mobilité sociale descendante des individus dont la santé est déficitaire (Dorvil, 2007). Soulignons en outre qu'il s'agit de consi-

dérer, ici, la dimension sociale de la santé : non plus sa réalité biologique, mais le statut social qu'elle octroie, ce que la littérature anglophone qualifie de « *sickness* » (Wikman *et al.*, 2005). Ce statut peut être connoté plus ou moins péjorativement. On pense ici, notamment, à la maladie mentale (Castel 1980) ou à l'infection par le VIH (Pierret, 1997), qui sont des statuts particulièrement stigmatisants. En exposant les individus qui en sont porteurs à des traitements sociaux différentiels, défavorables et illégitimes, c'est-à-dire discriminatoires (Lochak, 1987), ces statuts contribuent à produire et reproduire des inégalités sociales.

L'inscription de l'état de santé dans des rapports sociaux inégalitaires a déjà fait l'objet de nombreux travaux, au même titre que l'homosexualité ou le handicap (Goffman,

1975). La perspective intersectionnelle, en contextualisant l'état de santé au sein d'une combinaison d'autres statuts sociaux, tels le genre et l'âge, entre autres, permet d'aller plus loin que ces travaux. Elle révèle en effet comment, par leur articulation à ces autres statuts sociaux, divers états de santé comme la maladie mentale, la déficience intellectuelle, la démence et la dépendance, exposent à des discriminations.

Prenons l'exemple des tribunaux spécifiquement destinés à traiter des personnes porteuses d'une maladie mentale ou toxicomanes. Ces tribunaux se caractérisent par des procédures dérogatoires, censées être mieux adaptées à l'état de santé des individus qui en bénéficient (Fisher *et al.*, 2002). Or, ces procédures différentes font l'objet de maintes critiques. Notam-

DOSSIER



CC0/flickr/CreativeCommons

« qu'il s'agisse des électrochocs ou des mesures de contrôle, les individus y seraient plus exposés dès lors que leurs revenus ne leur permettent pas d'autres alternatives que le secteur public. »

ment, il leur est reproché de porter atteinte aux droits des personnes, en raison, par exemple, d'audiences expéditives, de l'impossibilité de mettre en œuvre une défense pleine et entière et de peines trop longues et trop lourdes. Le pas du dérogatoire au discriminatoire serait vite franchi : au nom de leur état de santé, un traitement défavorable serait réservé illégitimement à ces individus (Moore, 2007; Devresse, 2008). Cependant, il semblerait que l'état de santé ne soit pas suffisant pour exposer à ces discriminations. Par exemple, parmi les personnes diagnostiquées pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie, seules celles en situation de pauvreté seraient jugées par ces tribunaux spécifiques (Bernheim 2011; Bernier 2015; MacDonald 2015). Une perspective intersectionnelle s'avère ainsi nécessaire pour identifier précisément les combinaisons de statuts sociaux (ici, l'état de santé et le statut socio-économique) qui y conduisent certains individus plutôt que d'autres.

Une telle démarche analytique peut être déclinée sur toutes sortes de lieux, y compris ceux de délivrance des soins. On pense notamment à des soins dont l'administration risque de porter atteinte aux droits fondamentaux tels que les droits au consentement et au refus de soin, à l'autodétermination, à l'intégrité et à la liberté : à quels patients ces traitements sont-ils prescrits ? Le sont-ils à des individus caractérisés autrement que par leur seul état de santé ? Prenons le cas des électrochocs. En dépit de leurs effets secondaires largement attestés (pertes de mémoire, pertes cognitives, voire décès), leur prescription est en recrudescence depuis deux décennies, ciblant préférentiellement des femmes dépressives de plus de 65 ans, alors qu'aucune donnée médicale ne justifie ces indications préférentielles.

Un autre exemple est celui des mesures de contrôle (isolement, contentions, utilisation de la médication à des fins de contrôle). Ces mesures sont controversées en raison non seulement de leurs effets secondaires (sur les plans, par exemple, de la perte d'estime de soi, ou de la peur), mais aussi des motivations qui présideraient à leur prescription (moins thérapeutiques qu'organisationnelles, comme la pénurie en personnel infirmier). Or ces prescriptions ne cibleraient pas qu'un état de santé. Notamment, parmi les schizophrènes, les jeunes hommes seraient les plus ciblés. Enfin, qu'il s'agisse des électrochocs ou des mesures de contrôle, les individus y seraient plus exposés dès lors que leurs revenus ne leur permettent pas d'autres alternatives que le secteur public. Serait donc en cause la combinaison de trois statuts : l'état

de santé diagnostiqué (la dépression, la schizophrénie), le genre (femme dans le premier exemple, homme dans le second) et le niveau de revenus (faible).

Ces pratiques de soins et ces pratiques judiciaires sont des traitements défavorables, réservés à des individus caractérisés par leur état de santé, mais aussi par d'autres statuts sociaux (un genre, un âge, un statut socio-économique, notamment). Il importe ainsi d'explorer ces combinaisons de statuts sociaux et d'en repérer la co-construction (comment, par exemple, l'état de santé est-il instrumentalisé différemment selon qu'il est associé à tel genre ou à tel âge).

Triplement victimes

Ces deux angles par lesquels aborder les inégalités sociales en santé sont en réalité contigus : les états de santé configurés par les inégalités sociales (« du social à la santé ») contribuent à leur tour à la reproduction des inégalités sociales (« de la santé au social »). Par exemple, la maladie mentale est favorisée par un statut socio-économique inférieur (Lovell, 2000), mais elle est aussi beaucoup plus susceptible d'exposer l'individu qui en est porteur à des traitements discriminatoires si celui-ci est de statut socio-économique défavorisé (Fortin, 1989), ne serait-ce qu'en le privant de la possibilité d'accéder à des traitements non discriminatoires, mais plus onéreux.

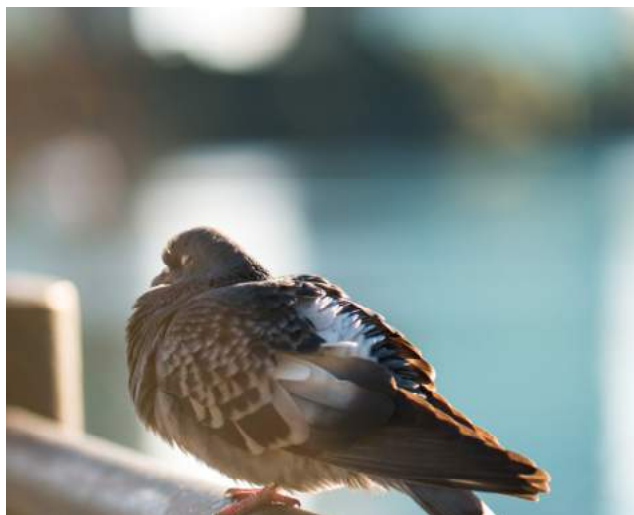
Enfin, si la santé des individus est façonnée par leurs positions sociales, il ne faut pas oublier que la qualification de leur état de santé par le regard médical est elle aussi socialement différenciée. Les groupes minoritaires se voient ainsi préférentiellement diagnostiqués de certaines maladies, à certaines époques, comme l'hystérie des femmes blanches au 19^e siècle en Europe ou la schizophrénie des hommes noirs aux États-Unis (Metzl, 2010). Ils se voient ainsi triplement victimes d'inégalités sociales en santé : dans la détermination de leur santé, dans la qualification de leur état de santé et enfin dans le vécu de cette santé.

Notes

1. Par « race », nous désignons le produit d'une catégorisation sociale et aucunement naturelle, même si elle est fondée sur des attributs physiques tels que la couleur de peau ou la forme du faciès. La signification de ces attributs demeure en effet strictement socialement située (Carde, 2011).

Références

- Aïach Pierre (2001) « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », dans Pierre Aïach, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson et Claudine Philippe (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 117-149.
- Aïach, Pierre, Didier Fassin (2004) « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du Praticien*, 54(20), p. 2221-2227.
- Bilge Sirma (2009) « Théorisations féministes de l'intersectionnalité », *Diogenès*, 225, p. 70-88.
- Carde, Estelle (2011) « La race, de la catégorie sociale à l'objet d'étude épidémiologique », dans Guillaume Canselier et Sonia Desmoulin-Canselier (dir.) *Les catégories ethno-racialisées à l'ère des biotechnologies. Droit, sciences et médecine face à la diversité humaine*, Paris : Société de législation comparée, collection de l'UMR de droit comparé de Paris, 24, p. 77-88.
- Castel, Robert (1980) « Sur la contradiction psychiatrique », dans Basaglia F. (dir.) *Les criminels de paix*, Paris, PUF, p. 161-176.
- Collins, Patricia Hill (2013) « Black Feminist Thought in the Matrix of Domination », dans Charles Lemert (Eds.), *Social theory: the Multicultural and Classic Readings*, 5ème Edition, Boulder, Westview Press.
- Devresse, Marie-Sophie (2006) *Usagers de drogue et justice pénale : constructions et expériences*, Bruxelles, Larcier.
- Dorvil, Henri (2007) « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale », dans Henri Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux. Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche*, Québec, PUQ, p. 169-202.
- Fassin, Didier (2000) *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.
- Fischer, Benedikt, Julian V. Roberts, Maritt Kirst (2002) « Compulsory Drug Treatment in Canada: Historical Origins and Recent Developments », *European Addiction Research*, 8 (2), p. 61-68.
- Fortin Daniel (1989) « La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi? », *Santé mentale au Québec*, 14 (2), p. 104-113.
- Goffman Erving (1975) *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun ».
- Hancock, A. M. (2007) « When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm », *Perspectives on Politics*, 5 (1), p. 63-79.
- Hankivsky, Olena (2012) « Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality », *Social Science & Medicine*, 74 (11), p.1712-1720.
- Hankivsky Olena, A. Christoffersen (2008) « Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective », *Critical Public Health*, 18(3), p.1-13.
- Krieger, Nancy (2003) « Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science, And Current Controversies: An Ecosocial Perspective », *American Journal of Public Health*, 93 (2), p. 194-199.
- Lochak, Danielle (1987) « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit Social*, 11, p. 778-790.
- Lovell, Anne (2000) « Les troubles mentaux », dans A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminiski, T. Lang (dir.) *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Ed. la Découverte/Inserm, p. 251-266.
- Marmot, Michael G. (1986) « Social Inequalities in Mortality : the Social Environment », dans Wilkinson R. *Class and Health*, London and New York : Tavistock Publications.
- McGibbon, Elizabeth, Charmaine McPherson (2011) « Applying Intersectionality & Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women's Health », *Women's Health and Urban Life*, 10 (1), p. 59-86.
- Metzl, Jonathan M. (2010) *The Protest Psychosis. How Schizophrenia Became a Black Disease*, Boston, Beacon Press Books..
- Moore, Dawn (2007) *Criminal Artefacts : Governing Drugs and Users*, Vancouver, University of British Columbia Press.
- Pierret, Janine (1997) « Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ? », *Sciences sociales et santé*, 15 (4), p. 97-120.
- Reada, Jen'nan Ghazal, Bridget K. Gorman (2006) « Gender inequalities in US adult health: The interplay of race and ethnicity », *Social Science & Medicine*, 62, p. 1045-1065.
- Weber, Lynn, DeAnne Karen Hilfinger Messias (2012) « Mississippi front-line recovery work after Hurricane Katrina: An analysis of the intersections of gender, race, and class in advocacy, power relations, and health », *Social Science & Medicine*, 74, p. 1833-1841.
- Wikman, Anders, Marklund Staffan, Alexanderson Kristina (2005) « Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health », *Journal of epidemiology and community health*, 59, p. 450-454.
- Wilkinson, Richard, Michael G. Marmot (dir.) (2004) *Déterminants sociaux de la santé ; les faits*, 2e édition, Danemark, Centre pour la santé urbaine du bureau régional de l'OMS pour l'Europe.



CC0/flickr/CreativeCommons