

La Nécessité Des Approches Intersectionnelles en Santé: Le Cas de L'allaitement Maternel

Annick VALLIÈRES* ¹

¹ Étudiante, Université de Montréal, Canada

* *Auteur(e) correspondant* | *Corresponding author* : annick.vallieres@umontreal.ca

Abstract:
(translation)

Intersectionality is a concept that describes the various ways multiple forms of oppression or privilege are interconnected. Today, the concept also applies to the interconnection of different determinants of health in the study of health inequalities. This article describes the concept of intersectionality and how it relates to determinants of health by stating the factors that drive researchers to focus on intersectionality within the scope of determinants of health. It also explains how treating interconnected inequalities as multiple determinants affects people's health, and how intersectionality can fill the gaps in knowledge surrounding the health of marginalized groups and the general population. The example of breastfeeding is used to show how the intersectional analysis framework could benefit the advancement of knowledge on a specific topic. In conclusion, the article addresses the methodological challenges that are left to overcome to advance the knowledge in this area.

Keywords:

Intersectionality, determinants of health, inequalities, breastfeeding, methodology

Résumé :

L'intersectionnalité renvoie à des expériences différenciées en fonction de l'articulation de multiples formes d'oppressions ou de privilèges. Le concept est également repris aujourd'hui pour l'étude des inégalités en santé, le plus souvent en se basant sur l'intersection de différents déterminants de la santé. Dans ce texte, l'auteure présente tout d'abord brièvement le concept d'intersectionnalité, puis fait le lien avec les déterminants de la santé. Pour ce faire, l'auteure aborde les raisons qui poussent les chercheur(e)s à se concentrer sur l'intersectionnalité dans le domaine des déterminants de la santé. L'article explique comment le fait de considérer l'articulation des inégalités en termes de « déterminants multiples » affecte la santé; ainsi que comment l'intersectionnalité peut combler des lacunes sur les connaissances de la santé des groupes marginalisés et de la population en général. De plus, l'auteure utilise l'exemple de l'allaitement maternel pour montrer de quelles manières le cadre d'analyse intersectionnelle pourrait être bénéfique pour l'avancement des connaissances sur un sujet précis. Pour conclure, l'auteure aborde les défis méthodologiques qu'ils restent à relever pour faire avancer les connaissances dans ce domaine.

Mots-clés :

Intersectionnalité, déterminants de la santé, inégalités, allaitement, méthodologie

Introduction

L'intersectionnalité peut être considérée à la fois comme une théorie, un cadre d'analyse et une praxis politique émancipatoire. Ce concept est repris aujourd'hui pour l'étude des inégalités en matière de santé, le plus souvent en utilisant l'intersection de différents déterminants sociaux de la santé comme base. Dans ce texte, nous aimerions tout d'abord présenter brièvement le concept d'intersectionnalité, puis faire le lien avec les déterminants de la santé. Pour ce faire, nous aborderons les raisons qui poussent les chercheur(e)s à accorder une importance à l'intersectionnalité dans le champ des déterminants de la santé. Nous verrons comment l'articulation des inégalités en termes de « déterminants multiples » affecte la santé et comment l'intersectionnalité peut venir combler des lacunes sur les connaissances de la santé des groupes marginalisés et celle de la population en général. De plus, nous présenterons, à l'aide de l'exemple de l'allaitement maternel, de quelles manières les études sur les disparités dans les pratiques d'alimentation du nourrisson pourraient bénéficier d'un cadre d'analyse intersectionnelle, et ce, de façon concrète. Pour conclure, nous aborderons les défis méthodologiques qu'il reste à franchir pour faire avancer les connaissances dans ce domaine. L'objectif de ce texte est de faire découvrir la perspective intersectionnelle. Ainsi, nous n'identifierons pas d'emblée un déterminant de la santé puisque, comme nous le verrons, cette perspective appelle justement à aller bien au-delà de l'analyse d'un seul déterminant. Nous espérons ainsi susciter davantage de réflexions critiques face aux enjeux de la recherche en santé chez les lecteurs et les lectrices.

Les déterminants de la santé: Apports de l'intersectionnalité

L'intersectionnalité en tant que principe théorique renvoie à des expériences différenciées en fonction de l'articulation de multiples formes d'oppressions ou de privilèges. L'intersectionnalité tente ainsi de penser, dans leur co-construction, les catégories sociales de genre, de « race » [1], de classe, de statut de citoyenneté, de nationalité, d'âge, de sexualité, d'ethnicité, de capacité, et autres caractéristiques qui composent le positionnement social spécifique d'un individu ou d'un groupe. L'approche intersectionnelle permet de montrer qu'une femme, par exemple, n'est pas opprimée en tant que femme de la même façon selon qu'elle est noire ou blanche, riche ou pauvre, lesbien ou hétérosexuelle (Carde, Bernheim, Bernier et Giguère, 2015). C'est à l'intersection de chacune de ces positions sociales qu'elle se trouve située dans l'espace social comme étant plus ou moins désavantagée par rapport à des femmes ou des hommes localisé(e)s différemment au sein des hiérarchies sociales. L'intersectionnalité est également comme objectif la justice sociale (Collins et Bilge, 2016; Rogers et Kelly, 2011; Christoffersen et Hanvisky, 2008) et tente de changer les situations pour les groupes marginalisés et opprimés en agissant, entre autres, sur les causes fondamentales des inégalités de santé (Link et Phelan, 1995), c'est-à-dire des injustices structurelles qui se trouvent en amont des individus. En résumé, la perspective intersectionnelle permet de postuler l'interaction des rapports sociaux « dans la production

et la reproduction des inégalités sociales » (Bilge, 2009a, p. 70), plutôt que d'analyser un seul rapport ou de les voir comme additionnés ou multipliés (Hancock, 2007).

La recherche sur les inégalités sociales connaît un changement majeur depuis les années 1980, avec l'élaboration d'une perspective intersectionnelle. Plusieurs chercheur(e)s tentent d'utiliser cette perspective spécifiquement pour analyser les inégalités en matière de santé, le plus souvent en utilisant l'intersection des déterminants sociaux de la santé comme base analytique (Mikkonen et Raphael, 2010; Marmot et Commission on Social Determinants of Health, 2007; Commission on Social Determinants of Health, 2009). La prémisse de ces chercheur(e)s est que l'articulation des inégalités en termes de « déterminants multiples » affecte la santé des populations de manière spécifique. Par exemple, une femme n'aurait pas la même qualité de vie, de santé ou de bien-être, qu'elle soit noire ou blanche, riche ou pauvre; c'est en interdépendance avec les autres déterminants que chacune de ces positions sociales contribue à la situer dans l'accès aux soins et aux ressources ainsi qu'à des conditions sociales favorables ou défavorables pour la santé (Carde, Bernheim, Bernier et Giguère, 2015). Dans cette section, nous tenterons de présenter les raisons pour lesquelles il s'avère essentiel d'accorder une plus grande importance à l'intersectionnalité dans le champ des déterminants de la santé.

Le champ des déterminants de la santé a déjà bien démontré comment le statut socio-économique, le niveau d'instruction et les conditions de travail influencent le gradient de santé (Marmot, 2004). Par contre, d'un point de vue intersectionnel, ces études sont insuffisantes. Il y a encore peu d'études qui explorent comment les « déterminants multiples » s'inscrivent dans le corps. La plupart des études réalisées sur les déterminants de la santé reconnaissent que le système de santé reproduit les inégalités sociales et les discriminations structurelles. On parle surtout d'inégalités en matière d'accès aux soins de santé ou bien d'inégalités de genre et de classe en matière d'état de santé (Lyer, Östlin et Sen, 2008), mais encore beaucoup d'efforts restent à faire pour bien comprendre l'« incorporation du social » (Fassin, 2000). Le temps semble être venu d'aller au-delà des analyses univariées et d'analyser les interactions pour mieux comprendre les sujets situés et comment ces interactions influencent la santé de manière positive ou négative. La perspective intersectionnelle appliquée à la santé reste un domaine d'études très récent qui peine encore à opérationnaliser les principes théoriques pour les appliquer à des recherches empiriques. Tout comme le fait le champ de recherche sur les déterminants de la santé, la perspective intersectionnelle tente de comprendre comment différents déterminants (le revenu et la situation sociale, l'emploi, les conditions de travail et le niveau d'instruction, par exemple) se croisent pour produire des effets atténuants ou aggravants pour la santé. Autrement dit, les études intersectionnelles en santé tentent de comprendre la façon dont la santé des individus est constituée par des forces structurelles (Mullings et Schulz, 2006).

L'intersectionnalité peut venir combler des lacunes sur les connaissances de la santé des groupes marginalisés et de la population en général. Le fait de reconnaître l'importance

de multiples catégories de l'identité sociale et de ne pas présumer *a priori* de la supériorité d'une catégorie sur une autre permet aux chercheur(e)s investis dans une perspective intersectionnelle de prendre en compte les intersections. Il peut en résulter une attention particulière portée aux groupes marginalisés. Ce nouveau regard a un grand potentiel pour apporter de nouvelles connaissances à la recherche sur les déterminants de la santé. L'idée est que l'on acquière une connaissance plus complète des processus déterminant la santé de groupes spécifiques en étudiant, par exemple, les femmes hispaniques pauvres, qu'en étudiant les femmes, les Hispaniques et les pauvres séparément.

Ensuite, on doit reconnaître que l'intersectionnalité va plus loin que la plupart des théories qui prétendent que les effets sur la santé peuvent être causés par un certain nombre de facteurs. En réalité, l'intersectionnalité affirme que de nombreux facteurs sont toujours en jeu. D'ailleurs, c'est pourquoi la méthodologie d'une approche intersectionnelle ne fait pas qu'ajouter des déterminants ou des variables aux recherches, mais cherche à conceptualiser l'aspect articulé, complexe et synergique des désavantages ou des avantages en matière de santé (Christoffersen et Hanvisky, 2008). Finalement, comme l'un des grands principes fondateurs de l'intersectionnalité est la justice sociale, cela nécessite un engagement de la part des chercheur(e)s à identifier et éliminer les inégalités (Rogers et Kelly, 2011). On peut affirmer qu'en cherchant à identifier les causes fondamentales des inégalités sociales de santé (Link et Phelan, 1995), cela permet d'orienter plus efficacement les services et les interventions pour les éliminer ou du moins, les atténuer. Pour illustrer l'apport de la pensée intersectionnelle pour l'étude des déterminants de la santé, nous utiliserons, dans la prochaine section, l'exemple de l'allaitement maternel.

L'allaitement maternel au prisme de l'intersectionnalité

L'Organisation mondiale de la santé recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois postpartum. Cette norme de santé publique se fonde sur une série d'études démontrant les bénéfices pour la santé de l'enfant allaité ainsi que pour celle de la mère allaitante. La littérature suggère des disparités raciales, ethniques et classistes persistantes dans les pratiques d'allaitement maternel (initiation, durée et exclusivité). En effet, des écarts dans les taux d'allaitement maternel selon différents déterminants de la santé tels que le niveau d'éducation et le revenu par exemple, sont constatés (Belanoff, McManus, Carle, McCormick et Subramanian, 2012; Guttman et Zimmerman, 2000; Heinig et al., 2006; Milligan, Pugh, Bronner, Spatz et Brown, 2000; Smith, Hausman et Labbok, 2012) et interprétés par les autorités de santé publique comme des inégalités de santé. La littérature sur le sujet nous semble assez complète si l'on souhaite analyser les pratiques d'allaitement maternel selon différents déterminants de la santé, mais on en sait encore très peu sur l'articulation de ces déterminants.

Certaines études américaines analysant plusieurs facteurs laissent sous-entendre que les déterminants de l'alimentation du nourrisson pourraient s'influencer. Ces études nous offrent quelques pistes pour penser aux pratiques

d'allaitement maternel sous le prisme de l'intersectionnalité. Dans un contexte où certaines femmes font face à l'impossibilité de se prévaloir de congés de maternité, payés ou non, sur une période prolongée et compte tenu des contraintes associées à la combinaison de l'allaitement maternel et de l'emploi salarié, la ségrégation professionnelle par « race » et genre nous semble être un bon exemple dans lequel les rapports sociaux s'imbriquent. Les normes du marché du travail conçues sur l'expérience des travailleurs masculins (Gatrell, 2007) ne favorisent généralement pas l'allaitement maternel ou l'extraction du lait sur le lieu de travail. Plusieurs facteurs institutionnels tels que l'inflexibilité des horaires de travail, le nombre limité d'endroits appropriés pour extraire ou conserver le lait en toute intimité, et l'absence de garderie en milieu de travail, sont différents obstacles aux pratiques d'allaitement des femmes, et plus particulièrement les femmes racialisées. En effet, elles sont sous-représentées dans les postes haut placés, et ont ainsi moins accès à des lieux de travail ayant des conditions favorables à l'allaitement ou à l'extraction du lait. Les femmes dans les postes les plus défavorisés sur le marché du travail sont plus limitées en ce qui concerne le choix de la méthode d'alimentation du nourrisson que les femmes dans des postes haut placés. Ces dernières tendent à avoir un meilleur accès à des ressources matérielles sur le lieu de travail permettant d'intégrer l'allaitement ou l'extraction ainsi qu'un plus grand pouvoir de négociation pour demander ces ressources, en fonction de leur position dans l'entreprise. Selon Lucas et McCarter-Spaulding (2012), les différences socioéconomiques et raciales en emploi sont des facteurs contributeurs importants aux écarts raciaux et socioéconomiques dans les taux d'allaitement. D'ailleurs, le modèle théorique basé sur un cadre d'analyse socioécologique suggère que la « race », le statut socioéconomique, les caractéristiques d'emploi et les politiques publiques aux États-Unis interagissent pour créer une structure qui aide certaines femmes à combiner emploi rémunéré et allaitement, mais exclut les moins privilégiées, ce qui a pour effet d'exacerber les inégalités sociales dans l'initiation et la durée de l'allaitement. D'ailleurs, d'une façon similaire, Lubold et Roth (2012) ont confirmé dans leur étude, l'hypothèse selon laquelle les différences dans les taux d'allaitement selon la « race », l'ethnicité, l'état matrimonial, le statut socioéconomique et l'éducation étaient associées aux différences dans les milieux de travail des mères, tels que l'accès des mères à leur bébé durant les heures de travail et la possibilité d'avoir du temps et un espace pour extraire et conserver le lait maternel au travail. Ces auteures concluent que les politiques d'allaitement aux États-Unis avantagent certaines femmes tout en désavantagent d'autres femmes. Ici, on constate que les rapports inégalitaires de sexe, le niveau de revenu, le statut social, le niveau d'éducation, l'emploi et les conditions de travail sont plusieurs déterminants de la santé qui agissent en co-construction sur les privilèges et contraintes des pratiques d'allaitement. La perception par des femmes à faible revenu que l'allaitement maternel est un privilège de classe revient dans plusieurs études (Chin et Dozier, 2012; Lucas et McCarter-Spaulding, 2012; Chin et Solomonik, 2009; Guttman et Zimmerman, 2000).

En revanche, on constate dans d'autres études que les femmes de classe privilégiée, ayant des professions libérales, peuvent vivre elles aussi des expériences négatives avec l'allaitement maternel et faire face à d'autres types d'obstacles, mais que leur vécu a été négligé dans les

recherches (Avishai, 2007). L'analyse de Gatrell (2007) sur l'expérience de l'allaitement chez 20 femmes diplômées et retournant à une profession libérale ou un poste de gestion (avant un an post-partum) — soit un groupe de mères réputé pour avoir les taux d'initiation à l'allaitement les plus élevés — est l'une des études remédiant à cette lacune dans la littérature. Les résultats indiquent que la majorité des mères ont été obligées, en raison d'un environnement de travail hostile à l'allaitement maternel, à allaiter et extraire leur lait en secret dans les toilettes, ou encore, malgré leurs aspirations à continuer d'allaiter, de cesser totalement.

Quelques études américaines se sont intéressées à des groupes de femmes marginalisées à faible revenu dans différents secteurs des États-Unis, sans toutefois utiliser une perspective intersectionnelle. Par exemple, l'étude de Kaufman, Deenadayalan et Karpati (2010), bénéficierait d'une analyse sous le regard intersectionnel, mais arrive tout de même à des résultats intéressants pour nous permettre de voir certains enjeux qui pourraient être spécifiques en termes d'obstacles à l'allaitement. Cette étude porte sur les pratiques d'allaitement chez 28 familles afro-américaines et portoricaines à faible revenu des quartiers nord et central de Brooklyn. Cette étude permet de constater que les difficultés avec l'allaitement en public sont fortes dans cet échantillon pour lequel l'exposition des seins durant l'allaitement est vue comme un acte sexuel, immoral et décadent. L'allaitement en public est perçu si négativement que les femmes se sentent « séquestrées » à la maison puisqu'elles ne peuvent pas intégrer leur allaitement maternel dans leurs routines quotidiennes, ce qui le rend difficile à maintenir. Toutefois, ce qui s'avère spécifique est que la séquestration elle-même devient problématique et impraticable puisque plusieurs de ces femmes à faible revenu rapportent vivre dans des appartements dans lesquels il manque des portes et où le partage de chambre à coucher avec d'autres membres de la famille est courant. Ici, on constate que les rapports de sexe s'entremêlent avec la culture, les inégalités de revenus et le faible soutien social de la communauté par rapport à l'allaitement maternel. L'intimité impossible en raison de la précarité économique s'ajoute à la sexualisation des seins qui fait de l'allaitement devant les autres un acte inapproprié. Malheureusement, ce type d'étude se concentrant uniquement sur un groupe précis ne nous permet pas de comparer avec les pratiques et les discours des femmes blanches et/ou de classe sociale supérieure.

Nous supposons que les résultats de ces études non seulement nous donnent des informations sur les contextes sociaux différenciés dans lesquels les femmes allaitent, mais nous indiquent également les possibilités offertes aux différents groupes de femmes dans notre société qui peuvent contraindre ou faciliter leurs comportements maternels. L'application d'une perspective intersectionnelle à l'étude des pratiques d'allaitement maternel permettrait de combler les lacunes théoriques sur l'articulation des différents rapports sociaux inégalitaires à l'œuvre dans les contraintes à l'allaitement. En effet, envisager l'allaitement au prisme des théories intersectionnelles nous amène à le conceptualiser comme produit par un ensemble d'inégalités sociales articulées les unes aux autres. Cette approche permettra ainsi d'outrepasser les limites de l'approche univariée qui caractérise la plupart des études portant sur les inégalités sociales dans la pratique de l'allaitement.

Quelques considérations méthodologiques

Passons maintenant aux défis et enjeux méthodologiques qu'implique une perspective intersectionnelle pour les recherches sur les inégalités sociales de santé. Les défis méthodologiques constituent l'un des obstacles majeurs pour l'avenir de la recherche intersectionnelle en santé. Il faut déterminer comment transformer une perspective qui a été conçue principalement comme un cadre analytique en une approche qui peut examiner empiriquement les interactions multiples des déterminants de la santé. Soulignons d'emblée que peu d'auteur(e)s se sont penchés sur les enjeux méthodologiques pour l'étude de l'intersectionnalité (Bauer, 2014; Bilge, 2009b; Bowleg, 2008; Cuadraz et Uttal, 1999; Dubrow, 2013; McCall, 2005; Spierings, 2012; Maillé, 2015).

Dans la littérature, on constate que l'intersectionnalité a une tradition de recherches largement ancrées dans les méthodologies qualitatives (Hunting, 2014). Toutefois, nous observons également que, depuis quelques années, le nombre d'études quantitatives augmente sensiblement (Rouhani, 2014). Il y a une petite, mais grandissante, littérature qui utilise des techniques statistiques sur les enquêtes de données nationales et transnationales (Dubrow, 2013). Les méthodes mixtes de recherche, quant à elles, restent encore peu utilisées dans les recherches intersectionnelles (Grace, 2014; Perry, 2009). Pourtant, l'intersectionnalité et la mixité des méthodes en recherche ont des principes en commun. Le sociologue Garry K. Perry (2009) souligne les similarités entre les positions fondamentales des théories intersectionnelles et la tradition des méthodes mixtes en recherche. Il met en évidence les points communs sur lesquels les postulats fondamentaux des traditions de l'intersectionnalité et des méthodes mixtes en recherche sont enracinés, tels que l'engagement face à une enquête holistique et l'interaction entre l'agentivité et les structures systémiques. La vision partagée met également de l'avant la critique, d'un côté, des approches à méthode unique, et de l'autre côté, des analyses d'un seul axe d'oppression (plutôt que de considérer les catégories de genre, de « race », de classe et autres caractéristiques dans leur co-construction) comme étant insuffisantes.

Il faut également souligner que l'application de l'intersectionnalité à l'analyse quantitative pose certains défis. D'abord, certains auteurs croient que les sondages et les données d'enquête sont, de manière inhérente, incapables de rendre compte des intersections, de la complexité et des nuances dans les expériences vécues des inégalités sociales de santé. Certains auteurs affirment que les méthodes quantitatives renforcent le statu quo en partant d'un paradigme positiviste et d'un biais androcentrique (Harding, 1991). Comme le souligne l'expression célèbre d'Audre Lorde : « master's tools will never dismantle the master's house » (1984, p. 111), les bases des méthodes quantitatives ne reflètent pas les hypothèses de l'intersectionnalité. Par contre, la sociologue Sharlene Nagy Hesse-Biber nuance en distinguant la méthode et la méthodologie et en rappelant que les méthodes sont au service des méthodologies (2010). Pour cette auteure, une méthode n'est pas en soi féministe ou androcentrique; c'est l'utilisation qui en est faite, en lien avec les objectifs de la recherche, qui détermine si une méthode est féministe ou intersectionnelle. La méthodolo-

gie est envisagée comme un pont théorique qui connecte un problème de recherche avec une méthode particulière de recherche. Une perspective méthodologique précise conduit le chercheur à poser certaines questions de recherche et à prioriser des enjeux et des objectifs de recherche qui lui apparaissent importants. Sharlene Nagy Hesse-Biber (2010) affirme donc qu'une même méthode quantitative peut à la fois être utilisée pour promouvoir la justice sociale et le changement social ou maintenir le statu quo selon les convictions méthodologiques des chercheur(e)s et les buts de la recherche. Dans une étude intersectionnelle, la combinaison des méthodes permet de discerner les voix des femmes ou des personnes minorisées en interrogeant les différences possibles entre les résultats qualitatifs et quantitatifs. Ces différences démontrent que les connaissances sont partielles et situées socialement. Bref, sans être « meilleure » ou « plus féministe », chaque méthode apporte, à notre avis, un différent « knowledge standpoint » qui peut être pertinent pour une étude intersectionnelle (Hesse-Biber, 2010). De ce fait, il ne s'agit pas d'exclure complètement les outils du maître, mais bien de se les approprier et de ne pas jouer en quelque sorte le jeu de ses outils. Notamment en évitant de s'appuyer sur l'argument de la reconnaissance pour argumenter l'utilisation des méthodes quantitatives (ou mixtes).

En effet, plusieurs auteurs (Dubrow, 2013; Spierings, 2012; Hesse-Biber, 2010) utilisent la reconnaissance comme argument pour encourager les chercheur(e)s travaillant sur les enjeux touchant les femmes ou les groupes minorisés à mobiliser des méthodes quantitatives ou mixtes. Ces auteurs affirment que l'ajout d'une méthode quantitative donnerait plus de crédibilité, de valeur et même de légitimité à ces études. Ce type d'argument, pour faire valoir l'utilisation des méthodes quantitatives ou des méthodes mixtes dans le champ de l'intersectionnalité, est en soi problématique puisqu'il se base sur une vision particulière, réductrice et biaisée de la production et la valorisation des savoirs scientifiques. Bref, il est possible d'utiliser les outils du maître sans jouer le jeu du maître, et en restant critique et réflexif face à ceux-ci.

De plus, il y a un écart entre les principes théoriques de l'intersectionnalité et les méthodes quantitatives. Les méthodes quantitatives elles-mêmes renferment des contraintes ne permettant pas de bien rendre compte de l'intersectionnalité. En termes de statistiques, les méthodes d'analyse quantitative requièrent habituellement l'usage des effets d'interaction qui vont au-delà du modèle additif linéaire (McCall, 2005). Cependant, les méthodes quantitatives souhaitent adopter une perspective intersectionnelle font souvent face au problème du trop petit nombre de cas (Bowleg, 2008; Dubrow, 2013; Spierings, 2012). En effet, plus il y a d'intersections entre les variables incluses dans le modèle, moins il y a de nombre de cas correspondants à cette combinaison de variables, ce qui peut avoir un effet sur la puissance statistique (Rouhani, 2014, p. 12). Ceci pose un problème puisque les interactions sont tributaires de la taille des effets principaux de l'analyse conduite en premier lieu. Comme la signification des termes d'interaction influe, en partie, selon la taille des effets principaux, augmenter la taille de l'échantillon peut améliorer les chances de découvrir une signification statistique de termes d'interaction (Rouhani, 2014). Ainsi, Rouhani

(2014) conseille de limiter le nombre d'interactions et le contenu des intersections, c'est-à-dire créer des modèles utilisant seulement des catégories d'interactions qui ont une taille suffisante pour analyser des tableaux croisés, des corrélations et d'autres procédures statistiques utiles. Bref, pour conduire une recherche sous une perspective intersectionnelle, on constate que des précautions méthodologiques et des stratégies d'analyse s'avèrent nécessaires pour les recherches quantitatives, mais c'est également le cas pour les recherches mixtes et qualitatives (Bilge, 2009b; Cuadraz et Uttal, 1999; Hunting, 2014).

Conclusion

Pour conclure, on constate qu'il n'y a pas de façon unifiée et prédéfinie pour mener des recherches sur l'intersectionnalité dans le champ des déterminants de la santé. En fait, la littérature illustre plutôt l'éventail des façons dont une perspective intersectionnelle peut être appliquée. Malgré l'apport de la théorie de l'intersectionnalité dans le domaine des recherches en santé depuis une dizaine d'années, il s'agit d'un cadre d'analyse relativement sous-utilisé. Cette sous-utilisation n'est bien entendue pas étrangère aux défis méthodologiques qui freinent l'avancement des connaissances dans ce champ d'études. Comme le montre l'exemple de l'allaitement maternel, la perspective intersectionnelle qui permet d'explorer l'interaction des déterminants de la santé amène une nouvelle façon d'envisager les inégalités sociales de santé qui va au-delà de la simple addition ou multiplication des facteurs influençant la santé d'un individu. Nous pensons que ce changement de perspective peut permettre d'orienter le débat vers le système social qui échoue à soutenir les femmes allaitantes ainsi que vers les obstacles qui les empêchent de réaliser leurs objectifs d'allaitement. Force est de constater que les approches intersectionnelles permettent de mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé en pensant aux manières dont leur interdépendance produit des effets atténuants ou aggravants pour la santé. Nous avons espoir que l'introduction du concept d'intersectionnalité peut apporter davantage de réflexivité à la recherche en santé.

Références

- Avishai, O. (2007). Managing the lactating body: The breast-feeding project and privileged motherhood. *Qualitative Sociology*, 20(2), 135-152.
- Bauer, G. (2014). Incorporating intersectionality into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science and Medicine*, 110, 10-17.
- Belanoff, C. M., McManus, B. M., Carle, A. C., McCormick, M. C., et Subramanian, S. V. (2012). Racial/ethnic variation in breastfeeding across the US: A multilevel analysis from the National Survey of Children's Health, 2007. *Maternal and Child Health Journal*, 16(1), S14-S26.
- Bilge, S. (2009a). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes*, 225, 70-88.

- Bilge, S. (2009b). *Smuggling intersectionality into the study of masculinity: Some methodological challenges*. Presented at the Feminist Research Methods: An International Conference, University of Stockholm.
- Bowleg, L. (2008). When Black + lesbian + woman ≠ Black lesbian woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex Roles: A Journal of Research*, 59(5-6), 312-332.
- Carde, E. (2011). La race, de la catégorie sociale à l'objet d'étude épidémiologique. Dans G. Canselier et S. Desmoulin-Canselier (dir.), *Les catégories ethno-racialisées à l'ère des biotechnologies. Droit, sciences et médecine face à la diversité humaine*, (vol. 24, p. 77-88). Paris, France: Société de législation comparée.
- Carde, E. Bernheim, E., Bernier, D. et Giguère N. (2015). L'approche « intégrée » des rapports sociaux inégalitaires: Intersectionnalité, inégalités sociales et santé. *Revue du CREMIS*, 8(2), 22-27.
- Chin, N. et Dozier, A. M. (2012). The dangers of baring the breast: Structural violence and formula-feeding among low-income women. Dans P.H. Smith, B.L. Hausman et M. Labbok (dir.), *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities* (p. 64-73). New-Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Chin, N. P. et Solomonik, A. (2009). Inadequate: A metaphor for lives of low-income women? *Breastfeeding Medicine*, 4(suppl. 1), S41-S43.
- Christoffersen, A. et Hankivsky, O. (2008). Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), 271-283.
- Collins, P. H. et Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Marmot, M., Commission on Social Determinants of Health. (2007). Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370(9593), 1153-1163.
- Commission on Social Determinants of Health. (2009). *Comblent le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.
- Cuadraz, G.H. et Uttal L. (1999). Intersectionality and in-depth interviews: Methodological strategies for analyzing race, class, and gender. *Race Gender Class*, 6(3), 156-181.
- Dubrow, J. (2013). Why should we account for intersectionality in quantitative analysis of survey data? Dans V. Kallenberg, J. Meyer et J. M. Müller (dir.), *Intersectionality und Kritik* (p. 161-177). Wiesbaden, Germany: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris, France: Karthala.
- Gatrell, C. J. (2007). Secrets and lies: Breastfeeding and professional paid work. *Social Science and Medicine*, 65(2), 393-404.
- Grace, D. (2014). *Intersectionality-informed mixed methods research: A primer*. Vancouver, Canada: The Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.
- Guttman, N. et Zimmerman, D. R (2000). Low-income mothers' views on breastfeeding. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1457-1473.
- Hancock, A. M. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63-79.
- Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Hausman, B. L., Smith, P. H., et Labbok, M. (2012). Introduction: Breastfeeding constraints and realities. Dans P.H. Smith, B.L. Hausman et M. Labbok (dir.), *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities* (p. 1-11). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Heinig, M. J., Follett, J. R., Ishii, K. D., Kavanagh-Prochaska, K., Cohen, R., et Panchula, J. (2006). Barriers to compliance with infant-feeding recommendations among low-income women. *Journal of Human Lactation*, 22(1), 27-38.
- Hesse-Biber, S. N. (2010). *Mixed methods research: Merging theory with practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Hunting, G. (2014). *Qualitative intersectionality-informed research: A primer*. Vancouver, Canada: The Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.
- Jones, C. P. (2001). Race, racism, and the practice of epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 154(4), 299-304.
- Kaufman, L., Deenadayalan, S., et Karpati, A. (2010). Breastfeeding ambivalence among low-income African American and Puerto Rican women in north and central Brooklyn. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 696-704.

- Link, B. G. et Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94.
- Lorde, A. (2007). The master's tools will never dismantle the master's house [1984]. Dans A. Lorde et C. Clarke, *Sister outsider: Essays and speeches* (p.110-114). Berkeley, CA: Crossing Press.
- Lubold, A. M. et Roth, L. M. (2012). The impact of workplace practices on breastfeeding experiences and disparities among women. Dans P.H. Smith, B.L. Hausman et M. Labbok (dir.), *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities* (p. 157-166). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Lucas, J. C. et McCarter-Spaulding, D. (2012). Working out work: Race, employment, and public policy. Dans P. H. Smith, B. L. Hausman, et M. Labbok (dir.), *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities* (p. 144-156). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Lyer, A., Östlin, P., et Sen, G. (2008). The intersections of gender and class in health status and health care. *Global Public Health*, 3(S1), 13-24.
- Maillé, C. (2015). Approche intersectionnelle, théorie post-coloniale et questions de différences dans les féminismes anglo-saxons et francophones. Dans A. Maillé et N. Hamrouni (dir.), *Le sujet du féminisme est-il blanc? Femmes racisées et recherche féministe* (p. 1-29). Montréal, Canada: Éditions Remue-Ménage.
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. New York, NY: Henry Holt and Company.
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs*, 30(3), 1771-1800.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Déterminants sociaux de la santé: Les réalités canadiennes*. Toronto, Canada: York University.
- Milligan, R. A., Pugh, L. C., Bronner, Y. L., Spatz, D. L., et Brown, L. P. (2000). Breastfeeding duration among low income women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(3), 246-252.
- Mullings, L., et Schulz, A. J. (2006). Intersectionality and health: An introduction. Dans A. J. Schulz et L. Mullings (dir.), *Gender, Race, Class and Health: Intersectional Approaches* (p. 3-15). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Poiret, C. (2011). Les processus d'ethnisation et de raci (ali)sation dans la France contemporaine: Africains, Ultramarins et « Noirs ». *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 27(1), 107-127.
- Perry, G. K. (2009). Exploring occupational stereotyping in the new economy: The intersectional tradition meets mixed methods research. Dans M. T. Berger et K. Guidroz (dir.), *The intersectional approach: Transforming the academy through race, class and gender* (p. 229-245). Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Rogers, J. et Kelly, U. A. (2011). Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research. *Nursing Ethics*, 18(3), 397-407.
- Rouhani, S. (2014). *Intersectionality-informed quantitative research: A primer*. Vancouver, Canada: The Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University.
- Spierings, N. (2012). The inclusion of quantitative techniques and diversity in the mainstream of feminist research. *European Journal of Women's Studies*, 19(3), 331-347.
- [1] Par « race », nous désignons le produit d'une catégorisation sociale, et aucunement naturelle, basée sur des phénotypes qui entraîne des différences profondes en termes de chances et de privilèges dans la société (Carde, 2011; Jones, 2001). La « race » désigne en fait l'identité socialement imposée, c'est-à-dire le résultat du processus de construction des catégories : la racialisation. Les sociologues utilisent donc le terme individu ou groupe « racialisé » ou « racisé » pour faire référence à ce processus de catégorisation sociale (Poiret, 2011).