

Inégalités de santé

Fondements historiques et enjeux
contemporains de l'épidémiologie sociale

**Sous la direction de Mathieu Arminjon,
avec la collaboration de Sandrine Maulini**

Georg Editeur bénéficie d'un soutien de l'Office fédéral de la culture pour les années 2021-2024.

Cet ouvrage est publié avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) et de la Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO).



FONDS NATIONAL SUISSE
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



Couverture: Jennifer Freuler

Georg Editeur
Chemin de la Mousse 46
1225 Chêne-Bourg
www.georg.ch

Pour leurs textes © les auteur.e.s 2023

ISBN (papier) : 9782825713167

ISBN (PDF) : 9782825713204

DOI : 10.32551/GEORG.13204

Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons CC BY-NC-ND
(Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification)



Introduction

Redécouverte, objectivation et invisibilisation des inégalités sociales de santé en Suisse et en France

Mathieu Arminjon

Durant les mois de mars et avril 2020, alors que l'on atteignait en Suisse la barre du millier de décès dus à la COVID-19, certaines voix ont dénoncé la « socio-parésie »¹ dont faisaient preuve les institutions de santé publique, soit le refus d'admettre que l'épidémie frappait en premier lieu les populations les plus défavorisées (Dumas, Naiditch et Lombrail, 2020). On a pu lire dans la presse helvétique l'affirmation suivante : « Si l'Office fédéral de la santé publique distille, chaque jour, toutes les informations qu'il recense sur la pandémie qui frappe actuellement notre pays, il y a une donnée qu'il ne semble pas avoir encore prise en compte : la situation socio-économique des victimes du Covid-19 » (Baur, 2020). Dès lors, les mesures telles que le confinement, la fermeture des commerces, des restaurants, etc., tendaient à protéger les personnes

1 Dumas, Naiditch et Lombrail (2020) reprennent à leur compte la formule par laquelle Jonathan M. Mann désignait « cette réticence et cette inaptitude [de la santé publique] à travailler directement sur les racines sociales des problèmes de santé » (Mann, 1998, p. 241).

présentant des « vulnérabilités biologiques » (âge, comorbidité, etc.) mais négligeaient les autres formes de vulnérabilités, en particulier socio-économiques, par ailleurs renforcées par la mise au pas de l'activité économique (Morisod et al., 2020 ; Bodenmann et al. 2020). Même constat en France, où trois médecins déplaient dans *Le Monde* que « les morts égrenées, les hospitalisations comptabilisées sont anomiques, dépourvues de toute épaisseur sociale » (Dumas, Naiditch et Lombrail, 2020). Des mesures indirectes permettaient effectivement de mettre au jour le fait que la Seine-Saint-Denis, un des départements les plus pauvres de France, était le deuxième département le plus touché par la surmortalité. Pourtant, il ne compte que 12 % de personne de plus de 65 ans, contre 21,5 % dans le Haut-Rhin, qui occupait par exemple la première place (Mariette et Pitty, 2020). Au même moment aux États-Unis, certains États (Illinois, Michigan, Louisiane, Caroline du Sud et du Nord) pouvaient déjà s'appuyer sur des données permettant de constater que la communauté africaine américaine, représentant environ un tiers de la population, totalisait entre 40 et 70% des cas de décès dus à la COVID-19 (Eligon, Burch, et al., 2020). Au Royaume-Uni, différents systèmes de mesure ont permis de collecter suffisamment de données pour qu'une analyse détaillée objectivant les liens entre précarité et COVID-19 puisse être rendue publique (Marmot, 2020 et Marmot et al., 2020). Pourquoi ni la Suisse ni la France, deux nations dotées depuis la Seconde Guerre mondiale au moins de systèmes de veille sanitaire en mesure de collecter des biostatistiques socio-économiques, n'ont-elles pas été en mesure de documenter les inégalités sociales face à la COVID-19 ?

À vrai dire, il n'a pas fallu attendre la récente crise pandémique pour que ces lacunes deviennent patentes. Cela fait plusieurs décennies que certains s'interrogent quant aux raisons pour lesquelles la Suisse (Burton-Jeangros, 2016 ; Lehmann, 2010 ; Lehmann, Mamboury et Minder, 1988) et la France (Aïach et al., 1988 ; Haut conseil de la santé publique (HCSP), 2009 ; Leclerc et al., 2000) sont dépourvues d'une culture de mesure des inégalités sociales de santé. L'étude de la distribution sociale et des déterminants sociaux de la santé est très précisément l'objet de l'*épidémiologie sociale*.

Or si nous assistons à une augmentation significative des recherches se réclamant de cette « branche de l'épidémiologie » (Berkman, 2009, p. 6), cette discipline reste pourtant peu connue dans le monde francophone. Quelles spécificités théoriques et méthodologiques la distinguent de l'épidémiologie classique ou « orthodoxe » (Mulhall, 1996), de la sociologie médicale, voire de l'ensemble des autres sous-disciplines habituellement associées au champ de la santé publique ou de la médecine sociale ? C'est justement l'objet de ce livre que d'apporter de tels éclaircissements en explorant les fondements historiques et épistémologiques de ce que l'on peut qualifier, selon l'expression de Jean-Claude Dupont, de « jeune discipline à l'histoire ancienne » (voir Dupont, dans ce volume). Cette formule a l'avantage de nous faire entrer sans détour au cœur des problématiques de santé publique que nous souhaitons aborder dans cet ouvrage.

En effet, les spécialistes de la santé publique suivront avec étonnement les débats sur les inégalités de santé, *a fortiori* s'ils les appréhendent avec un minimum de recul historique. Comment la corrélation entre le niveau socio-économique et l'état de santé, établie depuis le XIX^e siècle au moins, comme nous le verrons, peut-elle constituer une découverte surprenante, voire devenir l'objet principal de cette « jeune discipline » qu'est l'épidémiologie sociale ? Se pourrait-il qu'il ne s'agisse en fait que d'une redécouverte (voir Arminjon, dans ce volume), advenant au terme d'une longue période d'oubli, voire de déni ? Si tel est le cas, il nous incombe d'identifier les mutations sociales et intellectuelles ainsi que les enjeux scientifiques qui nous amènent aujourd'hui à remettre sur le devant de la scène l'étude des inégalités de santé. Fournir une liste complète de ces transformations et des débats en la matière excède les limites de cette introduction. Il s'agit bien plus modestement de donner quelques éléments de contextualisation. Ils permettront aux lecteurs de mieux s'orienter dans les divers chapitres de cet ouvrage, dont le but principal est d'éclairer les conditions qui ont pu amener les épidémiologistes sociaux à tenter de renouveler nos conceptions de la santé ainsi que nos pratiques sociales de la médecine. À cet égard, la perspective historique et épistémologique que nous adoptons dans

cette introduction, comme dans l'ensemble de l'ouvrage, permet d'interroger les raisons qui ont pu conduire à (re)légitimer la thèse de l'origine sociale de la santé et des maladies.

Une redécouverte

L'épidémiologie sociale s'inscrit bien dans une dynamique historique ancienne. Il n'a pas fallu attendre les effets à long terme de la crise de 2008, ni l'hécatombe que la pandémie de COVID-19 a causée dans les populations les plus vulnérables, pour se rendre à l'évidence : l'état de santé est étroitement dépendant du statut socio-économique. Des corrélations de ce type ont déjà été mises au jour par les grandes figures de la médecine sociale du XIX^e siècle (Oppenheimer et al., 2002) : Louis René Villermé (1782-1863) comparait, en son temps, les taux de mortalité dans divers quartiers de Paris en fonction des taxes payées par chaque foyer ; Rudolf Virchow (1821-1902) était parvenu à démontrer que le typhus n'est pas une maladie contagieuse, mais une affection liée aux conditions sanitaires déplorables des quartiers pauvres ; enfin Edwin Chadwick (1800-1890), au Royaume-Uni, recommandait la mise en place de réformes contre la pauvreté, pour réduire les taux de mortalité et de morbidité et optimiser ainsi la productivité industrielle.

Les mesures inspirées par ces grands noms de la médecine sociale du XIX^e siècle ont sans aucun doute contribué à engager les pays industrialisés dans cette « transition épidémiologique » (Omran, 1971) qui, au tournant du XX^e siècle, s'est traduite par une augmentation de l'espérance de vie, ainsi qu'une baisse massive des maladies infectieuses et de la mortalité infantile².

2 Les causes de cette transition épidémiologique, voire son existence même, font toujours l'objet de débats : les sociétés occidentales ont-elles été le lieu d'une transition des maladies infectieuses – prévalentes aux ères préindustrielle et industrielle –, aux maladies chroniques, supposées être l'apanage des sociétés postindustrielles (Condrau et Worboys, 2007) ? Au-delà des controverses, la croyance selon laquelle l'espérance de vie ne cesserait d'augmenter en corrélation à l'augmentation globale des richesses des nations industrialisées – la « thèse McKeown » en est un très bon exemple (voir Arminjon, dans ce volume) – a longtemps prévalu dans les sociétés industrialisées. On réalise aujourd'hui qu'il n'en est rien ; l'augmentation de l'espérance de vie peut stagner, voire régresser, alors même que la production de richesse mondiale ne cesse d'augmenter (Hutton, 2018).

Plusieurs articles dans ce volume confirment que les épidémiologistes sociaux se revendiquent des figures de proue de la médecine sociale, tels Villermé, Virchow et Chadwick. Le champ s'inscrit aussi dans l'histoire générale de l'épidémiologie marquée, au tournant des années 1950, par la mise en place d'enquêtes longitudinales, notamment l'étude de Framingham (Giroux, 2006 ; Oppenheimer, 2006), associées à l'émergence de l'approche des maladies par les « facteurs de risque ». Mais si l'épidémiologie sociale doit être appréhendée comme une jeune discipline au long passé, il importe d'exploiter ce paradoxe pour se demander si cette continuité apparente ne masque pas des transformations, celles que les épidémiologistes sociaux ont tenté d'opérer au sein du champ de la médecine sociale et préventive classique, voire si ces derniers n'ont pas voulu plus radicalement s'opposer aux principes théoriques et pratiques de l'épidémiologie « orthodoxe ». Comme en témoignent les trois articles historiques publiés dans cet ouvrage (Giroux, Dupont, Arminjon, dans ce volume), l'analyse généalogique des fondements de l'épidémiologie sociale n'est pas aussi évidente qu'il y paraît. Ces vues parfois divergentes contribuent cependant à cerner l'objet de l'épidémiologie sociale et la place que celle-ci occupe dans le champ de la santé publique.

Les auteurs des articles rassemblés dans ce volume s'accordent en revanche sur le fait que, même si le monde francophone ne s'est pas particulièrement intéressé aux inégalités de santé et aux déterminants sociaux des maladies, ceux-ci ont préoccupé, dès les années 1960-1970, de nombreux chercheurs évoluant dans d'autres contextes nationaux, en particulier anglo-saxons. Comme le pointent parfaitement Thierry Lang et Cyrille Delpierre (dans ce volume), la France aurait pu, dans le sillage de Villermé, devenir une nation clé dans le développement de l'épidémiologie sociale. Pourtant, il n'en est rien. S'attarder sur les raisons de cette « exception française » peut sembler constituer une manière incongrue d'introduire un ouvrage général sur l'épidémiologie sociale. Il nous paraît au contraire que ce cas met particulièrement en exergue les résistances politiques, institutionnelles et disciplinaires qui ont, bien au-delà du seul cas français, contribué à façonner la discipline.

Aussi, dans cette introduction, nous proposons de nous interroger sur les raisons de l'intérêt tardif des chercheurs français pour l'épidémiologie sociale et, par extension, pour les inégalités sociales de santé. Les hypothèses que nous soulevons nous permettront d'évaluer sous quelles conditions l'essor de l'épidémiologie sociale procède d'une découverte ou d'une redécouverte des déterminants sociaux des maladies. Cette question nous amènera surtout à préciser en quoi cette redécouverte participe d'une reconceptualisation des stratégies (bio-)politiques. Elle nous conduira ensuite à analyser la façon dont elle contribue à transformer les représentations du corps, des modèles de pathophysiologie et, plus généralement, des rapports que les sciences biomédicales entretiennent avec les sciences humaines et sociales.

Épidémiologie sociale : un aperçu

Avant de nous attarder sur les raisons du développement tardif de l'épidémiologie sociale en France, un rappel non exhaustif des apports de la discipline s'impose. Même si l'épidémiologie sociale n'est aucunement un champ de recherche homogène, elle n'en est pas moins unifiée autour d'une définition commune : il s'agit de la discipline qui étudie les inégalités de santé, leur distribution et leurs causes sociales. Cette définition délimite les contours d'un projet épistémique commun : s'appuyer principalement sur les données statistiques permettant de corréler des facteurs socio-économiques d'une part et des taux de mortalité et de morbidité de l'autre, afin d'établir une étiologie sociale des maladies, tant somatiques que mentales. À ce stade, on voit apparaître l'une des différences majeures que les épidémiologistes sociaux avancent afin de distinguer leur approche de l'épidémiologie conventionnelle ou orthodoxe. Pour cette dernière, l'état de santé est généralement conçu comme déterminé par des comportements et des styles de vie individuels. Si, au mieux, des facteurs sociaux déterminent les comportements individuels à risque, l'individu reste considéré comme le principal responsable de sa propre santé. En objectivant les facteurs sociaux qui déterminent l'état

de santé, l'épidémiologie sociale transfère quant à elle le poids de la responsabilité de l'individu à la collectivité.

Le « syndrome du statut [*status syndrome*] », décrit par Michael Marmot (2006, traduction française dans ce volume), constitue certainement la formulation la plus frappante de ce tournant. Il rassemble dans une formule unique un vaste ensemble de constats empiriques qui viennent étayer la thèse selon laquelle santé et maladies ne sont pas distribuées au hasard, mais s'ordonnent selon un gradient socio-économique. En d'autres termes, selon Marmot, « plus la position sociale est élevée, meilleure est la santé » (2006, traduction française dans ce volume). Les facteurs individuels, qu'ils soient génétiques ou comportementaux, ne jouent ainsi qu'un rôle secondaire dans la conservation ou non de l'état de santé. En définitive, la hiérarchie sociale et la distribution des richesses ne constituent rien de moins que les « causes fondamentales » (Link et Phelan, 1995) des maladies.

Cette inversion de la responsabilité, tout comme le déplacement étiologique que l'épidémiologie sociale propose d'opérer, contribue à replacer la santé au cœur des enjeux économiques. Si le gradient socio-économique de santé est indépendant de l'accès aux soins, des styles de vie individuels et des prédispositions génétiques, il ne dépend pas non plus de la richesse absolue des individus ou des nations. Une étude menée en Suède (Erikson, Jonsson et Mills, 2001) a montré que le taux de mortalité des hommes âgés de 64 ans baisse d'autant plus que leur niveau d'étude est élevé. En somme, le gradient socio-économique de santé ne dépend pas uniquement des revenus mais aussi, et surtout, du capital symbolique associé aux positions sociales (sur ce point voir Marmot, 2006, traduction française dans ce volume; Arminjon ; Longchamp, dans ce volume). L'augmentation de l'espérance et de la qualité de vie dépendent notamment d'un ensemble de mécanismes psychosociaux : le gain en contrôle, en participation et en récompenses sociales, etc. Or plus l'on monte dans la hiérarchie socio-économique, plus l'on bénéficie de ces facteurs favorables au développement de la santé.

Une autre figure de l'épidémiologie sociale anglaise, Richard Wilkinson, insiste sur le fait que l'espérance de vie n'est pas

simplement corrélée à la richesse³. Le revenu national brut par habitant est bien plus élevé aux États-Unis qu'au Japon ou en Suède. L'espérance de vie est pourtant bien plus longue dans ces deux dernières nations. Ces mauvaises « performances » américaines s'expliqueraient par le fait que, bien que les États-Unis soient le pays où la richesse par habitant est la plus haute, voire où les habitants consacrent le plus de ressources à leur santé, les disparités économiques entre les classes sociales les plus basses et les plus hautes y sont bien plus importantes qu'ailleurs. Par exemple, pour tous facteurs confondus, on ne sera pas surpris d'apprendre qu'un Africain-Américain vivant à Harlem dans les années 1980 avait moins de chance de dépasser 65 ans qu'un américain blanc vivant dans un quartier plus favorisé. On est bien plus étonné de constater que l'espérance de vie moyenne d'un habitant de Harlem était plus faible que celle d'un homme vivant au Bangladesh, pays pourtant considéré comme l'un des plus pauvres au monde (McCord et Freeman, 1990). Ces inégalités socio-économiques de santé ne sont donc pas *absolues*, mais *relatives* aux contextes locaux de redistribution des richesses. Dès lors, ce sont les conditions économiques structurelles qui expliquent pourquoi les nations où la distribution des richesses est la plus égalitaire, comme au Japon et en Suède, sont les pays où le rapport entre richesse et espérance de vie est le meilleur. Or, en matière de redistribution des richesses, il n'existe pas de recette unique, mais des idiosyncrasies nationales : au Japon, cette égalité relative résulte d'une limitation des écarts salariaux quand, en Suède, elle procède d'une compensation des disparités au moyen d'une forte imposition⁴. L'épidémiologie sociale contribue ainsi à mettre au jour le fait que l'espérance de vie ne peut dépendre uniquement de facteurs biologiques ou de choix individuels : elle est plus fondamentalement déterminée par des contextes socio-économiques qui relèvent de décisions collectives, et donc politiques.

3 Voir la figure 1.3 dans Wilkinson et Pickett ([2010] 2013).

4 Voir par exemple les données du syndicat de travailleurs américain AFL-CIO (<https://aflcio.org/what-unions-do>). En 2018, elles indiquaient que le PDG d'une grande entreprise japonaise gagne environ 16 fois le salaire moyen, contre 361 fois pour son homologue américain.

À cet égard, une étude de Vicente Navarro et Leiyu Shi (2001) a montré qu'entre 1946 et 1980, les pays qui ont eu la plus longue gouvernance sociale-démocrate ont enregistré la plus grande baisse de la mortalité, surtout infantile, en comparaison avec les pays où dominaient des gouvernances conservatrices et libérales. Plus récemment, David Stuckler et Basu Sanjay (2013) ont étudié l'état de santé de populations touchées par différentes crises économiques, celle de 1929 aux États-Unis, la chute du communisme dans les pays de l'Est, la crise asiatique en 1997, ou encore la crise mondiale de 2008. Les auteurs constatent que la détérioration du niveau de santé et le taux de mortalité et de morbidité explosent lorsque les nations choisissent de répondre aux crises économiques en adoptant des politiques d'austérité plutôt que des mesures d'investissement public. Ils ont par exemple pu comparer les effets des mesures adoptées par l'Islande et par la Grèce, deux pays particulièrement touchés par la crise économique de 2008. En Islande où, contrairement à la Grèce, l'on a jugulé la crise économique en mettant en place une politique d'investissements massifs visant à préserver l'emploi, les aides sociales et l'accès aux soins, l'état de santé de la population ne s'est pas détérioré. En Grèce, les mesures d'austérité ont en revanche entraîné une forte dégradation de l'état de santé de la population.

Bien d'autres données du même genre pourraient être rapportées. Mais, comme nous l'avons mentionné, il n'a pas fallu attendre ces recherches relativement récentes pour objectiver le fait que santé et maladie débordent le seul cadre médical et sont, au travers des politiques de santé publique et préventive, de véritables objets politiques. En 1848, Virchow soutenait déjà que « la médecine est une science sociale et la politique n'est rien d'autre que la médecine à grande échelle » (Virchow, 1848, p. 125, notre traduction). Mais l'épidémiologie sociale semble pousser cette logique un peu plus loin encore. En témoigne le titre particulièrement évocateur du livre que Wilkinson publie en 1996 – *Unhealthy Societies* (Wilkinson 1996) –, tout comme la création, en 2005, d'une Commission des déterminants de la santé, au sein même d'une institution internationale telle que l'Organisation mondiale de la santé. Avec l'épidémiologie sociale, l'état de santé d'une population n'est plus seulement

un enjeu politique local, mais devient, sur un plan global, un *critère de comparaison* des modes de gouvernance. On peut alors se demander si, en évaluant et hiérarchisant les nations en fonction de leur capacité à favoriser l'état de santé de leur population, nous ne sommes pas en train d'assister à la mondialisation de ce que Michel Foucault nommait la « biopolitique », soit un mode de gouvernance politique qui s'exerce sur la base d'une connaissance biostatistique des populations. Or avec l'épidémiologie sociale, la biopolitique ne s'appliquerait plus seulement à une échelle nationale, mais s'étendrait désormais à l'ensemble des nations d'un monde définitivement globalisé.

Aussi séduisante soit-elle, cette thèse mérite elle aussi d'être soumise à un regard critique. Il se pourrait en effet que l'épidémiologie sociale déborde également du cadre biopolitique, et qu'elle nous amène à questionner ce tropisme auquel les chercheurs en sciences humaines et sociales cèdent volontiers, qui consiste à mobiliser la grille d'analyse foucauldienne dès que pointent les enjeux politiques des sciences biomédicales (Arminjon et Marion-Veyron, 2021). C'est ce pas de côté que nous proposons ici de réaliser en nous demandant si la critique foucauldienne de la biopolitique n'a pas contribué à entraver le développement de l'épidémiologie sociale en France, voire dans le monde francophone. Cette recontextualisation nous amènera plus généralement à préciser le statut de la discipline au regard des sciences humaines et sociales, d'une part, et des sciences biomédicales, de l'autre.

Épidémiologie sociale : une sociologie dans la médecine ?

Depuis les années 1970 au moins, l'épidémiologie sociale s'est progressivement constituée en « discipline ». À cet égard (voir Dupont, dans ce volume), elle forme un champ de recherche incarné par des données, une littérature, des méthodologies propres, des débats internes et une structure sociale regroupant des acteurs internationaux. Or une suite d'événements trouvant sa source au Royaume-Uni a très largement contribué à définir les contours de ce champ de recherche.

En 1980 paraît le *Rapport Black*, document publié par le Department of Health and Social Security (DHSS) par une commission d'experts réunis sous la direction de Douglas Black (DHSS, 1980)⁵. Le groupe se base sur l'analyse des données du recensement mis en place au Royaume-Uni depuis la création en 1949 du National Health Service (NHS), pour indiquer qu'entre les années 1949-1953 et les années 1970-1972, la différence de mortalité entre les classes sociales les plus hautes et les plus basses a augmenté, et ce malgré la création du National Health Service (NHS) censé garantir un accès universel aux soins. Le contexte socio-politique a très largement porté ces résultats au-dehors des cercles spécialisés (voir Arminjon, dans ce volume) : originellement commandé par le gouvernement travailliste, le rapport paraît sous l'administration Thatcher qui tente d'en limiter la diffusion. De nombreux acteurs de santé publique, relayés par l'opposition, ne manquent pas d'accuser le gouvernement de censure et profitent de l'occasion pour porter le débat sur la place publique. Or, les discussions relatives aux implications épistémologiques et politiques du rapport vont aussi être relayées par d'autres pays, notamment l'Espagne ou les pays scandinaves, ainsi que par des institutions internationales⁶.

C'est le cas de l'OMS qui, dans le cadre de sa « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 » mise en place en 1979 suite à la conférence d'Alma-Ata (WHO, 1981), entend remettre l'égalité et le bien-être social au centre de son action (Cueto, Brown et Fee, 2019). Pour atteindre son objectif, soit un niveau de santé acceptable « pour tous », le bureau européen de l'OMS estime nécessaire de recourir aux compétences des sociologues de la médecine. Cette initiative inédite va avoir une implication majeure : l'OMS va enjoindre les sociologues européens de créer l'European Society of Medical Sociology. Celle-ci, fondée en 1983, décide par la voix de sa présidente Magdalena Sokolowska et de son secrétaire

5 Le Department of Health and Social Security fait initialement paraître le rapport sous le titre : *Inequalities in Health: Report of a Working Group*. Dans ce livre, nous employons systématiquement la traduction du titre abrégé « Black Report » généralement usité par les spécialistes.

6 Pour l'histoire du *Rapport Black* au Royaume-Uni, voir Berridge et Blume (2003).

Raymond Illsley de placer les inégalités de santé au sommet de sa liste de sujets prioritaires. La première initiative de cette union entre la Société européenne de sociologie médicale et l'OMS – Joe E. Asvall, directeur régional du bureau européen de l'OMS, parle de « *joint venture* » (Asvall, 1984, ii) – consiste à organiser une série de rencontres réunissant les représentants d'une vingtaine de pays à Copenhague en décembre 1984, à Leeds en 1985, à Göteborg en décembre 1986, puis à Lisbonne en septembre 1987. La Suisse est représentée par deux sociologues, Mary Haour-Knipe, de l'Unité d'investigation clinique et sociologique de Genève, puis, dès 1986, par Philippe Lehmann, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) à Lausanne. La France est représentée par Pierre Aïach, économiste de formation, rattaché à l'INSERM. L'onde de choc du *Rapport Black*, dont l'épicentre était le Royaume-Uni, se propage ainsi dans plusieurs pays européens.

Avant de revenir sur les effets que les initiatives de l'OMS ont pu avoir sur la Suisse et la France, notons que l'internationalisation des recherches épidémiologiques sur les déterminants sociaux des maladies, des années 1980 aux années 2000, est émaillée de nombreux obstacles mais ne faiblit pas⁷. En 2005, dans le cadre du nouveau programme de l'OMS « Closing the Health Inequalities Gap » (Crombie et al., 2005), le Directeur général de l'OMS de 2003 à 2006, Lee Jong-wook, met en place la Commission des déterminants sociaux de la santé et nomme Marmot à sa tête, pour une présidence qu'il occupe jusqu'en 2008.

À la suite des conférences co-organisées par l'OMS et la Société Européenne de Sociologie Médicale paraissent des études objectivant les inégalités de santé en Suisse (Lehmann, Mamboury et Minder, 1988), ainsi qu'en France (Aïach et al., 1988) qui n'ont qu'un faible impact scientifique et politique local. Par exemple, dans un rapport d'évaluation des systèmes de santé des pays de l'OCDE que l'OMS fait paraître en 2011, les auteurs relèvent que « s'il est plausible que la Suisse n'ait pas d'inégalités de santé aussi prononcées que d'autres pays de l'OCDE, on manque d'informations sur les résultats

7 Voir à ce sujet Irwin et Scali (2007), qui font notamment état de conflits personnels et intellectuels.

en matière de santé pour des groupes de population spécifiques » (OEDC/WHO, 2011, p. 121, notre traduction). Comme Lehmann et al. le relevaient déjà en 1988, l'attention portée sur les disparités inter-cantonales est toujours avancée comme l'une des raisons principales du manque d'informations relatives aux inégalités sociales de santé :

Le caractère fédéraliste de la Suisse n'est-il pas une négation de l'égalité, une valorisation des différences entre communautés et individus ? Dans ce contexte, la détermination de situations inégalitaires par des mécanismes socio-économiques ne peut pas facilement être perçue ou, si elle l'est, ce n'est pas alors compris comme une injustice. On est d'ailleurs bien plus sensible aux différences et inégalités qui se manifestent entre cantons, entre régions de plaine et de montagne, ou entre zones linguistiques, donc entre communautés, qu'entre classes ou catégories à l'intérieur d'une même collectivité. (Lehmann et al., 1988, p. 8)

Malgré la prise en compte explicite des recommandations de l'OMS par l'Office fédéral de la statistique (OFS), il est effectivement notable que les données socio-économiques sont toujours absentes des statistiques relatives au nombre et aux causes des décès rendus publics⁸, ou sont rapportées de manière non systématique dans l'*Enquête santé suisse* publiée tous les cinq ans depuis 1992⁹.

En France, le *Rapport Black* ne suscite pas plus d'intérêt que les quelques rares recherches similaires conduites durant les années

8 L'OFSP distingue le suivi hebdomadaire du nombre de décès, établi sur la base des décès signalés chaque jour aux offices d'état civil, des statistiques des principales causes de décès publiées toutes les deux semaines. Dans les deux cas, les seules variables retenues sont l'âge et le sexe.

9 L'enquête 1992-2002 (Calmonte et al., 2005) ne corrèle que la consommation de soins ou de stupéfiants et le bien-être mental au niveau de formation. L'enquête de 2007 introduit l'auto-évaluation de l'état de santé au « bon pouvoir prédictif en termes de mortalité ou de maladie grave » (Lieberherr et al., 2010, p. 9), rapportée au niveau de formation. Le rapport de 2012 introduit la notion de gradient social : « L'OMS parle de gradient social pour caractériser cette relation entre position sociale, mesurée ici par la formation, et état de santé. En cinq ans, la part des personnes s'évaluant en (très) bonne santé a diminué (2007 : 87%, 2012 : 83%) » (Office fédéral de la statistique, 2013, p. 6). En Suisse, la position sociale n'est évaluée que selon le niveau de formation : scolarité obligatoire, degré secondaire II, degré tertiaire. Si elle a le mérite d'exister, on peut cependant s'interroger quant à la capacité réelle de cette variable à rendre compte du statut socio-économique des membres d'une population en comparaison avec d'autres indicateurs comme le salaire, l'auto-évaluation du niveau social ou la catégorie socioprofessionnelle.

1970¹⁰. La disponibilité de données issues des recensements de 1954 et de 1975 avait effectivement permis de mener des analyses sur la mortalité différentielle selon divers facteurs comme la formation, la profession, le revenu, l'âge et le sexe (Aïach et Fassin 2004). Ainsi, ni la disponibilité des données statistiques permettant de mettre au jour des inégalités sociales de santé, ni l'intérêt de certains chercheurs français pour le sujet, ni la dynamique internationale insufflée par l'OMS n'ont suffi à dynamiser le champ en France¹¹. Il faut attendre les années 2000 pour qu'un groupe de travail du Haut Conseil de la santé publique s'étonne que la France n'ait pas fait « partie des pays qui ont signé et participé aux travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé » (Haut conseil de la santé publique (HCSP), 2009, p. 5). Un rapport conséquent sur les inégalités sociales en France est publié dans la foulée (Leclerc et al., 2000). Dans quelle mesure l'analyse détaillée du cas français peut-elle éclairer les obstacles intellectuels et institutionnels susceptibles d'entraver le développement de l'épidémiologie sociale dans d'autres contextes nationaux ?

Dans l'introduction à ce rapport publié en 2000, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang et Annette Leclerc formulent trois hypothèses relatives au faible intérêt des institutions françaises pour l'étude des déterminants sociaux de la santé. Premièrement, l'essor d'une conception strictement biomédicale de la santé – « pasteurienne » – aurait relégué au second plan l'approche populationnelle de l'hygiène publique et de la statistique sociale. L'étude des inégalités sociales aurait parallèlement été invisibilisée par le développement de l'épidémiologie (orthodoxe), encline à analyser des facteurs de risque individuels plutôt que

10 Notamment les travaux de Guy Desplanques qui fait état dès 1973 d'une différence d'espérance de vie de sept ans entre les instituteurs et les manœuvres (Desplanques, 1973).

11 On notera qu'en janvier 1989, l'unité 88 de l'Inserm met en place la cohorte Gazel qui permet de suivre l'état de santé de 20 625 agents d'EDF-GDF dans la longue durée. Les données issues de la cohorte donnent lieu à de nombreuses publications associant des déterminants psychosociaux et des maladies. Il faut attendre les années 2000 pour que les résultats de l'enquête soient explicitement analysés et interprétés en termes d'inégalités sociales de santé (Goldberg et al. 2002).

sociaux (sur ce point voir Giroux, 2006 et Oppenheimer, 2006). Deuxièmement, le découpage institutionnel et disciplinaire – matérialisé par l'existence, en France, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), chargé d'étudier l'évolution de la santé en France, et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en charge de la récolte des données socio-démographiques, notamment celles relatives à la distribution des inégalités sociales – aurait entravé les échanges de données entre les institutions. Troisièmement, enfin, la création de la Sécurité sociale, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, aurait renforcé le présupposé selon lequel, l'égalité étant garantie par l'État-providence, il ne pourrait subsister, en France, qu'une pauvreté « résiduelle ».

Ces trois hypothèses contribuent certainement à expliquer comment une certaine culture de santé publique a pu retarder la formation d'une épidémiologie sociale française. Mais sont-elles pour autant suffisantes ? Comme le montre Giroux dans ce volume, il y a eu, au Royaume-Uni, de grandes figures de la médecine sociale qui, à l'instar de John Ryle, ont renouvelé le champ et préparé un terrain propice au développement de l'épidémiologie sociale britannique dans les années 1970-1980. Or ces développements ont eu lieu dans un pays où, comme en France, la recherche épidémiologique s'est elle aussi orientée, dès les années 1960, vers une conception individualiste des facteurs de risque (voir Porter, 2011 et Arminjon, dans ce volume). Par ailleurs, le National Health Service (NHS), l'organe assurant la couverture médicale universelle à la population britannique, était tout aussi distinct de l'organe en charge du recensement et de la collecte de biostatistiques. D'autres raisons doivent donc pouvoir expliquer les réticences, voire les résistances françaises à l'endroit de l'étude de la distribution sociale des maladies.

Sur ce point, deux autres hypothèses qu'Aïach formule dès 1988 s'avèrent complémentaires. Il relève lui aussi le cloisonnement entre l'INSEE et l'INSERM, ainsi qu'un manque général de financements dédiés à la santé publique en général, et aux recherches sur les

inégalités de santé en particulier¹². Il ajoute encore que le faible développement des recherches sur les inégalités sociales de santé en France s'explique par le fait que la recherche épidémiologique est principalement exercée « par des chercheurs de formation strictement médicale, ou encore très marqués par une approche statistico-mathématique » (Aïach, 1988, p. 153). Enfin, il fait état du « faible développement général des sciences sociales et de la sociologie en particulier et, aussi, [du] manque de relations institutionnelles entre recherche épidémiologique, recherche en santé publique, recherche sociologique, etc. » (Aïach, 1988, p. 153). Il nous paraît particulièrement important ici d'évoquer brièvement le développement de la sociologie médicale, avant d'évaluer dans quelle mesure celui-ci a pu peser sur l'étude des inégalités de santé.

Dans le monde anglo-saxon, l'intégration de la sociologie dans le champ des sciences médicales est relativement ancienne. Nous avons documenté ailleurs comment aux États-Unis, dès le tournant du XX^e siècle, certains médecins et physiologistes ont œuvré afin que soit scientifiquement reconnue l'étiologie sociale de certains troubles physiologiques, principalement cardiovasculaires et endocrinologiques (Arminjon, 2020b). À toute enquête physiopathologique devrait donc être adjointe une perspective sociale justifiant le recours à des sociologues¹³. En 1957, la sociologie est suffisamment implantée dans la recherche et les milieux médicaux américains pour que Robert Straus (1957, p. 200) distingue, si ce n'est oppose, la sociologie *de* la médecine – dévolue à l'étude de la structure organisationnelle, des rôles professionnels, des systèmes de valeurs, des rituels et des fonctions de la médecine – de la sociologie *dans* la médecine, caractérisée par une recherche et un enseignement

12 Sur le manque d'intérêt des institutions publiques françaises comme l'INSERM pour l'ensemble des disciplines de santé publique (hygiène, médecine sociale, médecine communautaire, mais aussi épidémiologie sociale) et sur l'orientation biomédicale qui a dominé les institutions françaises de santé publique de l'après-guerre, voir Berlivet (2008).

13 Par exemple, Charles Phillips Emerson (1872-1938) crée dès 1901 un centre social à l'École de médecine de Johns Hopkins. En 1927, il précise: « By medical sociology we mean the application of the materials of sociology in the solution of the bedside problems ». Emerson distingue très clairement le rôle du « sociological assistant » de celui du « social worker » (Emerson, 1927, p. 348).

collaboratifs intégrant les techniques et le personnel des nombreuses disciplines médicales. Tout au long du XX^e siècle, de nombreux pays européens, comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni, ont développé une sociologie *dans* la médecine, en créant des unités d'enseignement et de recherche au sein des institutions médicales, des écoles professionnelles (principalement dans les soins infirmiers), ainsi que dans les institutions de santé publique comme le NHS¹⁴.

En France, l'épidémiologie, déjà peu considérée dans la hiérarchie des disciplines médicales, est restée très longtemps un champ réservé à l'expertise médicale et statistique qui laissait, jusque dans les années 1980, peu de place à la sociologie. Comme Aïach le suggère, la discipline suscitait même une certaine hostilité en raison du rôle attribué aux sociologues de l'Université de Nanterre, le « groupe du 22 mars », dans les mouvements de Mai 1968 (Aïach, 1988, p. 150). Cependant, à l'exception de quelques rares recherches, comme celles d'Aïach ou celles de sociologues issus de l'école bourdieusienne comme Boltanski (1971), on peut se demander si, dans le contexte intellectuel des années 1970-1980, les sciences sociales n'ont pas été tout aussi suspicieuses vis-à-vis de l'épidémiologie et de la médecine en général, qu'ont pu l'être les milieux médicaux vis-à-vis de la sociologie. En effet, la sociologie médicale française a été dominée par quelques figures marquantes : celle de Michel Foucault, puis celle de Robert Castel, dont les approches respectives – à quelques différences près – s'inscrivent plutôt dans une démarche relevant de la sociologie *de* la médecine¹⁵. Or, pour les approches socio-historiques inspirées des travaux de Foucault, l'épidémiologie a surtout été assimilée à une statistique sociale à visée de surveillance administrative et politique.

14 Sur l'histoire du développement de la sociologie de (et dans) la médecine en Europe, voir Henckes et Baszanger (2014, p. 23). Pour le cas du Royaume-Uni, où de nombreux sociologues participèrent aux débats suscités par le *Rapport Black*, voir Annandale et Field (2001).

15 Pour un rappel historique de l'origine et des grandes étapes du développement de la sociologie de la santé en France, de 1950-1985, voir (Herzlich et Pierret, 2010). La sociologie de la santé s'y développe principalement comme une « compréhension des liens sociaux *qui se tissent autour* de la maladie » (Herzlich et Pierret, 2010, 143, nos italiques) plutôt que comme une analyse des liens sociaux qui sont susceptibles de *produire* la maladie.

Ce faisant, elle est devenue la cible privilégiée d'une sociologie critique œuvrant, depuis le tournant des années 1970, à déconstruire le pouvoir médical. Est-ce à dire que les thèses foucaaldiennes ont constitué un frein au développement d'une épidémiologie sociale française ? Il faut ici s'attarder sur le statut de l'épidémiologie dans la formation du concept de biopolitique.

Le cas français : épidémiologie sociale ou biopolitique généralisée ?

Foucault forge le terme de « biopolitique » en 1974 (Foucault, [1974] 2001), mais l'ensemble des pratiques sociales auxquelles le concept renvoie avait déjà fait l'objet du second chapitre de *La Naissance de la clinique*, intitulé « Une conscience politique ». Foucault y défend la thèse selon laquelle on ne peut comprendre l'émergence de la médecine moderne, au tournant du XIX^e siècle, sans se référer au mode d'administration politique et sociale qui a permis de circonscrire les phénomènes épidémiques et épizootiques. Les épidémies sont devenues des « structures perceptives » (Foucault, [1963] 1994, p. 24) pour le regard médical, lorsque les autorités ont constaté que, bien qu'elles possèdent une individualité historique (chaque épidémie présente des conditions d'émergence et une ampleur unique), elles n'en expriment pas moins un certain nombre de régularités. Face à l'imprévisibilité des phénomènes épidémiques, il devient alors possible d'établir la probabilité d'un *risque* épidémique sur la base de signes annonciateurs. Des organes de veille sont créés afin d'alerter les *instances sanitaires* lorsque quatre ou cinq personnes développent, dans la même aire géographique, des symptômes similaires. Pour Foucault, la profession médicale s'est donc avant tout institutionnalisée comme un organe de contrôle et de *veille sanitaire* : « il ne saurait y avoir, précise-t-il, de médecine des épidémies que doublée d'une police » (Foucault, [1963] 1994, p. 25).

Construit sur le modèle de la médecine des épidémies, le statut social du médecin moderne révèle moins la libéralisation de la profession qu'une participation collective à l'effort de surveillance

de la population, fournissant au gouvernement le savoir nécessaire à l'administration des collectivités vivantes. L'objet de la médecine n'est dès lors plus la vie individuelle, ni la vie en général, mais la vie en tant que phénomène collectif. En définitive, la médecine moderne, selon Foucault, se révèle être dans sa structure et sa fonction une médecine sociale. En outre, dès lors que la naissance de la médecine moderne s'avère intimement liée à l'émergence d'un mode de gouvernance libéral, la promotion de la santé devient un ressort politique : « La lutte contre la maladie doit commencer par une guerre contre les mauvais gouvernements », car « l'homme ne sera totalement et définitivement guéri que s'il est d'abord libéré » (Foucault, [1963] 1994, p. 33). En d'autres termes, la gestion de la vie des administrés n'est plus seulement ce sur quoi porte la politique, mais elle devient, plus généralement, le critère d'une « bonne » gouvernance libérale.

Lorsqu'en 1974, dans un contexte de radicalisation de la critique des institutions et de la médecine, Foucault revient sur le statut de la médecine moderne, c'est pour réaffirmer et étayer la thèse esquissée en 1963 : « Avec le capitalisme, l'on n'est pas passé d'une médecine collective à une médecine privée, [...] c'est précisément le contraire qui s'est produit » (Foucault, [1974] 2001, p. 209). Dans la société capitaliste, le corps humain est appréhendé avant tout comme une force productive qu'il faut gérer et préserver. Lorsque le corps devient une « réalité bio-politique », écrit Foucault, la médecine devient *ipso facto* le pilier d'une « stratégie bio-politique » générale (Foucault, [1974] 2001, p. 210). Ces développements sont ensuite repris dans le cadre de l'analytique des relations de pouvoir que Foucault mène tout au long des années 1970. Il s'agit premièrement de décrire la transformation du pouvoir du suzerain de « faire mourir ou laisser vivre » vers le pouvoir des sociétés libérales de « faire vivre et de laisser mourir » (Foucault, [1976] 1997, p. 214). Selon Foucault, cette transition coïncide avec l'émergence d'une « société de la normalisation », caractérisée par la mise en place d'une politique disciplinaire qui, au travers des institutions comme l'armée, l'école, la prison, etc., s'emploie à discipliner les corps individuels. C'est surtout dans les nouveaux approfondissements

du concept de biopolitique, dont Foucault traite dans les cours qu'il dispense au Collège de France durant l'année 1975-1976, que la seconde transition, post-disciplinaire, est davantage étudiée. Le philosophe y décrit dans le détail la manière dont la politique libérale et capitaliste de gestion de la vie ne trouve plus son achèvement dans la normalisation de « l'homme-corps » : la société post-disciplinaire cherche désormais à optimiser ou à maximaliser la vie de « l'homme-espèce » (Foucault, [1976] 1997, p. 217). En d'autres termes, elle s'applique à normaliser la vie en tant que « phénomène collectif » (Foucault, [1976] 1997, p. 219). Foucault en revient donc à l'intuition de la *Naissance de la clinique* : il identifie les fondements de la médecine moderne dans cette science populationnelle des épidémies, dans une « épidémiologie sociale » pourrait-on dire. C'est ainsi, écrit-il, que « les premiers objets de savoir et les premières cibles de contrôle de cette biopolitique » ont porté « sur la natalité, sur la morbidité, sur les incapacités biologiques diverses, *sur les effets du milieu* » (Foucault, [1976] 1997, p. 218, nous soulignons).

L'analyse foucauldienne ne vise pas l'épidémiologie sociale en tant que telle. Pourtant, le type d'évaluation des modes de gouvernance que les épidémiologistes sociaux produisent, en s'appuyant sur les données biostatistiques, semble clairement autoriser à inscrire l'épidémiologie sociale au sein des stratégies biopolitiques. Or il est particulièrement frappant que l'un des rares articles consacrés à ce que Marcel Goldberg nomme l'« épidémiologie des facteurs sociaux », paru en 1982 en France alors que les débats sur le *Rapport Black* battaient leur plein outre-Manche, s'achève sur une référence explicite à *La Naissance de la clinique* :

Si, comme le montre M. Foucault, la médecine s'est fondée en tant que science quand elle a séparé la maladie de l'homme malade, on peut dire que l'épidémiologie a acquis son statut de science en portant la maladie à l'échelle de la population, se situant dès lors au même niveau d'observation que les sciences sociales. Au carrefour des sciences de la vie et des sciences de l'homme, l'épidémiologie semble aujourd'hui une des formes les plus achevées de l'influence exercée depuis la fin du XIX^e siècle sur les sciences sociales par un modèle biologique fondé sur la notion de norme. (Goldberg, 1982, p. 99)

Dans un article daté de 2002, Goldberg confirme le caractère historiquement situé de l'idée qu'il se faisait, vingt ans plus tôt, de l'épidémiologie sociale. Prenant acte du retard pris par l'épidémiologie sociale française, en comparaison avec les autres pays où le champ est qualifié de « florissant », Goldberg et ses collaborateurs écrivent :

L'épidémiologie, lorsqu'elle est appliquée à l'étude des déterminants sociaux, est une discipline essentiellement au service de politiques de santé publique, elles-mêmes centrées sur l'intervention auprès des individus, ne cherchant pas à comprendre ce que signifient les phénomènes qu'elle observe.

On est embarrassé aujourd'hui pour reprendre ce débat. En effet, d'un certain côté, les arguments de l'époque restent largement vrais aujourd'hui et il est clair qu'ils s'appliquent réellement à de nombreux travaux épidémiologiques qui présentent les limites évoquées. Il reste d'ailleurs de bon ton, dans certains milieux, de se cantonner à cette vision de « l'épidémiologie sociale ».

Pendant, on verra que la situation est aujourd'hui beaucoup plus nuancée et que cette vision critique systématique de l'épidémiologie sociale reflète une large méconnaissance de la discipline et de ses acquis, confondant, de plus, ce que font les épidémiologistes et ce que font ceux qui utilisent les résultats de l'épidémiologie. (Goldberg et al., 2002, p. 77)

Ce passage ne suffit pas à valider notre hypothèse. Mais la position qui était celle de Goldberg en 1982 donne une bonne raison de supposer que le faible et tardif développement de l'épidémiologie sociale en France provient d'une « méconnaissance », voire d'un contexte intellectuel particulièrement suspicieux envers toute tentative d'objectivation des déterminants sociaux de la santé et des maladies hâtivement assimilée à la mise en place de stratégies de surveillance et de contrôle social. Ce sentiment semble d'autant plus fort que, dans le cas de Goldberg, il émane des réflexions d'un épidémiologiste formé à la médecine et aux statistiques, non de celles d'un chercheur en sciences sociales chez qui une telle suspicion ne surprendrait pas. On a donc de bonnes raisons de supposer que, dans le contexte français de la fin des années 1970-1980, les approches épidémiologiques des déterminants sociaux de la santé

ont été soupçonnées d'alimenter les stratégies biopolitiques des gouvernances libérales, voire d'en représenter la forme la plus achevée. Une autre voie, plus indirecte, permet d'étayer notre thèse ; elle tient dans le constat que l'intérêt récent pour les déterminants sociaux de la santé coïncide avec la montée des critiques contre les limites du modèle biopolitique.

Épidémiologie sociale : les luttes pour des formes de vie alternatives

Didier Fassin – qui contribue à la rédaction du premier rapport français sur les inégalités de santé (Leclerc et al. 2000) – note que le concept de biopouvoir, tel que Foucault le thématise, est principalement dédié à l'étude des technologies de gouvernance de la vie, et non à l'analyse de leurs effets. S'il permet d'analyser comment la statistique vitale est devenue l'un des principaux outils au service des stratégies de contrôle et de normalisation des conduites et des subjectivités, il ne rend compte ni de la manière dont une société « normalise » les diverses couches sociales qui la composent, ni des valeurs mobilisées au travers de cette normalisation. Or, c'est bien à condition d'objectiver la pluralité des modes de normalisation qu'une société peut imaginer d'« autres politiques de la vie » (Fassin, 2009). Dans la même veine, Emmanuel Renault souligne qu'on ne sait jamais si, pour Foucault, les luttes contre les gouvernances de la vie :

doivent être conçues comme des luttes biopolitiques (ou pour une autre biopolitique – non libérale, non néolibérale ?) ou plutôt comme des luttes contre la biopolitique (contre les formes de pouvoir qui s'inscrivent dans la biopolitique en général). (Renault, 2008, p. 205)

On ne saurait trancher ici si l'épidémiologie sociale tend à promouvoir des biopolitiques *concurrentes* ou à lutter contre *la* biopolitique. Il n'en reste pas moins que Fassin et Renault s'accordent à reconnaître que la biopolitique n'est pas un type de gouvernance monolithique, qu'une diversité de politiques de la vie sont possibles, entrent en concurrence, voire s'affrontent au gré des mutations

et des luttes sociales¹⁶. Ce faisant, ils fournissent un cadre d'analyse plus à même de rendre compte des conditions d'émergence de l'épidémiologie sociale et de la spécificité de son statut au sein des sciences médicales.

Nancy Krieger rappelle ce que l'épidémiologie sociale doit aux mouvements qui ont émergé « dans les turbulences politiques des années 1960 et 1970 » (Krieger, 2001, p. 670, traduction française dans ce volume). Elle évoque le rôle que les milieux radicaux – la sociologie critique et le marxisme, mais on pourrait ajouter la lutte pour les droits civiques et le féminisme – ont joué dans le processus de disciplinarisation de l'épidémiologie sociale. Krieger attribue la méconnaissance de ses origines radicales au fait que de nombreux travaux menés par les épidémiologistes sociaux ne sont pas parus dans de grandes revues de médecine ou d'épidémiologie, mais dans des journaux à la diffusion plus modeste, qui affichent clairement leur engagement politique. Ils paraissent ici où là, dans la myriade de revues et bulletins, plus ou moins artisanaux, édités par des scientifiques se réclamant des « sciences radicales ». C'est le cas aux États-Unis pour le groupe « Science for the People », qui édite son propre bulletin de sciences radicales, ou de la *Review of Radical Political Economics*, une revue généraliste créée en 1969, qui consacre le premier numéro de l'année 1977 à la santé (Stark et al., 1977), du bulletin du « Health/PAC », fondé en 1967, ou encore de l'*International Journal of Health Services*, fondé en 1971. Au Royaume-Uni, les années 1970 voient émerger plusieurs groupes aux modes de publication similaires : le collectif « Science for People », créé en 1972 (Rose et Rose, 1972), qui édite le journal éponyme ; d'autres publient dans *Radical Science Journal* fondé en 1974 (voir Levidow, 1986). Les groupes et revues spécialisés dans la médecine ne manquent pas non plus, dont le collectif « Radical Community Medicine », fondé en 1979, qui entend refonder la

16 Catherine Malabou développe une réflexion similaire autour du concept de « résistance biologique » : « Qu'il puisse y avoir une résistance *biologique* à la biopolitique ; que le 'bio-' puisse être considéré comme une instance complexe et contradictoire, opposée à elle-même et désignant d'un côté le véhicule idéologique de la souveraineté moderne, de l'autre ce qui le freine, voilà qui semble n'avoir jamais été pensé » (Malabou 2015, p. 30).

médecine sociale. Il est particulièrement intéressant de mentionner la formation en 1975 du « Radical Statistics Group » et de son bulletin, dont la mission annoncée consiste à « recourir aux statistiques pour soutenir le changement social »¹⁷.

Il semble difficile d'appréhender les racines de l'épidémiologie sociale sans prendre la mesure de l'engagement de nombre de ses acteurs dans des « luttes biopolitiques » et sans considérer, à cet égard, les États-Unis et le Royaume-Uni comme des terrains particulièrement propices au développement de la discipline¹⁸. Le type d'activisme politique *et* scientifique (voir Arminjon, dans ce volume) dans lequel sont engagés les épidémiologistes sociaux partage avec le mouvement des sciences radicales ses deux présupposés fondamentaux : premièrement, la science n'est aucunement une pratique socialement neutre ; deuxièmement, les apports de la science doivent bénéficier aux citoyens plutôt qu'aux élites politiques et économiques (Moore, 2013). Les preuves scientifiques, dont les mesures biostatistiques des inégalités de santé font partie, deviennent ainsi des « armes » politiques¹⁹. Si l'évidence des « faits » ne suffit pas à emporter l'avis des décideurs politiques, elle permet au moins de lutter à armes égales en produisant une contre-expertise susceptible d'être mobilisée publiquement contre les savoirs dominants.

À cet égard, le rôle qu'ont joué les milieux radicaux dans le développement de l'épidémiologie sociale met en lumière un régime spécifique de politisation des sciences (Arminjon, 2016) – soit un certain type d'articulation entre ce qui relève des sciences de la nature, d'une part, et des pratiques et représentations politiques, de l'autre –, sans commune mesure avec les orientations de la pensée critique dans la France des années 1960-1970. Comme l'a montré

17 Voir la page de présentation du groupe qui poursuit, encore aujourd'hui, ses activités (Radical Statistics Group, 2012, notre traduction).

18 Les figures majeures de l'épidémiologie sociale des années 1960 ne sont pas en reste. Il est notable que John Cassel, Mervin Susser, Zena Stein ont mené leur carrière au Royaume-Uni ainsi qu'aux États-Unis après avoir été chassés d'Afrique du Sud où leurs activités médicales auprès des populations indigènes violaient les lois ségrégationnistes de l'Apartheid (voir Arminjon, dans ce volume).

19 Pour un exemple, voir Ann Arbor Science for the People Editorial Collective, 1977.

Renaud Debailly (2015), les critiques français de la science se sont limités à déconstruire le discours scientifique et l'organisation sociale de la science. La critique radicale anglo-saxonne a quant à elle mené cette logique encore plus loin : il s'agit moins de produire une critique *de* la science en général, et des sciences biomédicales en particulier, que de mener une entreprise critique *dans* les sciences mêmes. Pour les scientifiques radicaux, la déconstruction n'est finalement qu'une étape dans un projet de refondation visant, à terme, à rendre l'entreprise scientifique plus juste, au bénéfice des citoyens (Moore, 2013). En d'autres termes, le développement de l'épidémiologie sociale a largement bénéficié d'un contexte scientifique et politique opérant un déplacement du regard critique du socio-constructivisme à ce que certains ont nommé un « socio-reconstructivisme » (Woodhouse et al., 2002). Dans ce contexte, on comprend mieux pourquoi dans la France de 1982, Goldberg s'interroge encore sur l'usage des biostatistiques en ces termes : « l'identification de "groupes à risque" au moyen de facteurs socio-économiques, n'est pas étrangère aux tendances de plus en plus nettes de "contrôle social" » (Goldberg, 1982, p. 99). Au même moment, les épidémiologistes sociaux anglo-saxons s'appliquent à imaginer les pratiques émancipatrices de la biostatistique.

Si tel est bien le cas, alors l'appréhension des fondements de l'épidémiologie sociale nous impose, aussi, d'adopter une perspective historique et épistémologique plus appropriée. À vrai dire, l'épidémiologie sociale constitue un objet enjoignant au dépassement de l'opposition classique entre les approches internalistes, pour lesquelles l'évolution des savoirs n'est déterminée que par des contraintes opérant au sein du champ scientifique, et les perspectives externalistes, pour lesquelles ces transformations ne sont induites que par des causes externes (politiques, sociales, institutionnelles, etc.). Les secondes reprochent aux premières de produire une représentation trop étroite de la pratique scientifique, quand les premières déplorent que les secondes manquent la spécificité de leur objet²⁰. Les disciplines scientifiques comme l'épidémiologie sociale appellent

20 Sur l'opposition entre histoire interne et histoire externe, voir notamment Burke (2015).

à articuler ces deux versants. Dans une perspective agnotologique²¹, il devient alors pertinent d'étudier sous quelles conditions les orientations politiques des scientifiques activistes ouvrent des champs de recherche, lorsque d'autres forces (groupes d'influence, institutions, autres disciplines, etc.) organisent, volontairement ou non, la production d'ignorance ; d'analyser comment les chercheurs/activistes parviennent à concilier leurs orientations politiques avec l'exigence d'objectivité et de neutralité scientifiques ; ou encore, d'explorer comment ces valeurs politiques sont opérationnalisées au sein des dispositifs expérimentaux ou favorisent plus généralement l'émergence d'innovations méthodologiques. À cet égard, il semble utile d'étudier l'activisme scientifique des épidémiologistes sociaux comme on étudie depuis quelques décennies l'impact des activistes et des associations de patients dans le champ de la santé. Appréhender l'épidémiologie sociale sous l'angle d'un « activisme fondé sur des preuves [*evidence-based activism*] » (voir Rabeharisoa, Moreira et Akrich, 2014 et Arminjon, dans ce volume) permet d'analyser les logiques qui animent cette discipline – scientifiques, d'une part, et politiques, de l'autre – comme deux dimensions distinctes en droit, mais intriquées dans les faits²².

En suivant cette ligne méthodologique, on comprend qu'il ne suffit plus de considérer les données produites par les épidémiologistes sociaux comme les simples outils d'une stratégie biopolitique. En tant qu'elles deviennent les points d'ancrage sur lesquels viennent s'arrimer les luttes biopolitiques, les biostatistiques ne sont plus seulement les outils d'une normalisation et d'un contrôle imposés par des instances politiques. Ces savoirs sont au contraire mobilisés à des fins de résistance épistémique tendant à l'« émancipation » des personnes sur lesquelles portent ces savoirs. Le terme « *empowerment* », soit les modalités de renforcement des capacités démocratiques des individus et des groupes sociaux est traduit en

21 Pour Proctor et Schiebinger, l'« agnotologie » désigne l'étude des conditions épistémologiques, culturelles, sociales et institutionnelles de production de l'ignorance (Proctor et Schiebinger, 2008).

22 Pour une étude récente de la réflexivité sociopolitique des chercheurs en épidémiologie sociale et en épigénétique sociale voir Romijn et Louvel (2021).

français par « encapacitation », « pouvoir-faire » ou « empouvoir » (Cantelli 2013, p. 65). Au biopouvoir, pourrait-on dire, l'épidémiologie sociale oppose ce que l'on pourrait nommer un « bio-empouvoir ». Et ce n'est pas un hasard si, dans ce régime de politisation des sciences, certains entendent faire émerger de nouvelles perspectives de recherche sur les inégalités de santé, notamment celles qui touchent aux rapports sociaux de genre, comme en témoignent l'article de Lang et Delpierre ainsi que celui de Schwartz et Clair (dans ce volume).

Épidémiologie sociale, ou l'incorporation des normes sociales

Il est bien possible que le foucauldisme ait contribué à forger un contexte intellectuel qui – dans le passé mais peut-être aujourd'hui encore²³ – a pu rendre l'épidémiologie sociale suspecte aux yeux des chercheurs en sciences humaines et sociales. Mais la référence foucauldienne peut aussi constituer une voie d'entrée dans l'un des principaux apports conceptuels de l'épidémiologie sociale, celui de *l'incorporation du social*. Comme le rappelle Arianna Sforzini, « il n'est pas faux de dire que Foucault oscille entre un constructivisme radical des corps et la supposition d'une immanence rétive, résistante » (Sforzini, 2014, p. 34). Consciente des oscillations foucauliennes, Sforzini s'écarte d'une lecture socio-historique pour laquelle le corps n'aurait d'autre consistance que les représentations qu'en donne un collectif dans un contexte socio-historique donné. Foucault est d'ailleurs le premier à se défendre de procéder à un tel relativisme historique radical. Au terme de la réflexion qu'il mène dans le premier tome de son *Histoire de la sexualité*, il précise bien

23 La tendance à associer la médecine en général, et l'épidémiologie en particulier, à un système scientifique et bureaucratique de surveillance et de contrôle à des fins de normalisation des populations, n'est évidemment pas une spécificité française. Depuis les années 1960-1970, ce type d'analyse s'est généralisé chez de nombreux chercheurs du monde entier (voir notamment Armstrong, 1983 ; Conrad, 1979 ; Szasz, 1960 ; Zola, 1972). Le contexte français se distingue cependant par l'absence d'approches visant à penser des biopolitiques alternatives, en raison, comme nous le supposons ici, du faible développement des sciences radicales et d'une sociologie dans la médecine.

qu'il n'ambitionne pas de faire une « histoire des mentalités », qui ne tiendrait compte des corps que par la manière dont on les a perçus ou dont on leur a donné sens et valeur ; mais [une] « histoire des corps » et de la manière dont on a *investi* ce qu'il y a de plus *matériel*, de plus *vivant* en eux » (Foucault, 1976, p. 200, nous soulignons). L'histoire des corps qu'entend réaliser Foucault relève bien d'une histoire matérielle : celle du corps du supplicié dont les stigmates matérialisent le pouvoir du roi, puis celle des corps dociles et manipulables de l'ère préindustrielle ; enfin, celle des corps disciplinarisés des prisonniers, des soldats, etc., support à l'intériorisation physiologique des normes institutionnelles.

Si Foucault n'est pas particulièrement explicite sur ce dernier point, c'est sans doute que son histoire des politiques du corps tient pour acquises les thèses de son mentor Georges Canguilhem²⁴. Nous avons montré ailleurs que, dans *Le Normal et le Pathologique* (Canguilhem, [1943] 1966), la critique des notions de « normalité » et de « moyenne » en physiologie ne vise pas à dénier tout lien entre ces deux notions, ni à affirmer que le concept biologique de normalité statistique n'a aucune consistance (Arminjon, 2020c). La critique de l'« homme moyen », que Canguilhem adresse à Adolphe Quételet, invite notamment à remettre en cause les « fondements métaphysiques » de la médecine moderne, qui conduisent à assimiler l'existence de constantes physiologiques moyennes mesurables – le taux de sucre dans le sang, la tension artérielle, etc. – à l'expression de normes idéales, fixées une fois pour toutes par le « Dieu » de Quételet ou par la « Nature » des naturalistes. Canguilhem soutient, au contraire, que la plasticité adaptative relative de la matière organique implique une variabilité socio-culturelle des paramètres physiologiques. La variation des tailles humaines, des taux de glycémie, des espérances de vie, etc. dépend bien des propriétés de la vie (son « immanence rétive, résistante », selon les mots de Sforzini). Mais, entre les limites en dessous et en deçà desquelles la vie n'est plus possible, il existe une marge de plasticité organique sensible à un ensemble de facteurs, qu'il s'agisse des conditions de vie, de travail, de diète ou d'hygiène, etc.

24 Sur l'influence de Canguilhem sur la pensée foucauldienne, voir Foucault ([1966] 1978).

– bref, des habitudes de vie propres à des ensembles socio-culturels donnés. Les articles que nous présentons ici fournissent de nombreux exemples d'une telle normalisation sociale des paramètres physiologiques. Mais on peut en mobiliser un qui illustre tout particulièrement la connexion entre les intuitions de Canguilhem et les travaux plus récents des épidémiologistes sociaux.

Marmot rappelle que les biostatistiques nationales états-uniennes et britanniques font état d'une relation entre la taille des individus et leur niveau social : plus vous êtes grand, plus vous occupez une place élevée dans la hiérarchie sociale. Les études épidémiologiques Whitehall I et II²⁵, menées sur les fonctionnaires britanniques et sur lesquelles Marmot s'est appuyé pour confirmer l'existence d'un gradient socio-économique, ont révélé que les hommes de plus d'1,82 mètre occupent une place plus élevée dans la hiérarchie sociale et ont une réduction de 40% du risque de crise cardiaque en comparaison avec les hommes mesurant moins de 1,79 mètre (Marmot, 2004, p. 49). Comment expliquer cette corrélation entre l'état de santé, la position sociale et la taille ?

Cette question est d'autant plus intéressante qu'elle permet de transposer à la question de la taille certains arguments mobilisés dans la controverse sur l'interprétation des causes des inégalités sociales de santé, dans laquelle les chercheurs britanniques se sont engagés à la suite de la parution du *Rapport Black*. Pour les partisans de la thèse de la « sélection », tels que Raymond Illsley²⁶, l'état de santé est déterminé à la naissance par des mécanismes relevant

25 Les « Whitehall Studies » sont deux séries d'études longitudinales mises en place à partir de 1967 sur une cohorte de fonctionnaires britanniques considérée comme représentative de la hiérarchie sociale au Royaume-Uni. C'est à partir de ces données que Michael Marmot a mis au jour un « gradient social de santé », en particulier en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires.

26 Illsley défend la thèse sélectionniste dès les années 1950, en montrant que les femmes qui ont une grande taille et un bon état de santé avant de se marier ont plus de chance de faire un « bon mariage » : « Une enquête socio-médicale (...) a montré que les femmes qui montent en statut social au moment du mariage ont tendance à avoir une intelligence, une éducation et des compétences professionnelles supérieures. Ces femmes ont également tendance à être grandes, à être en bonne santé et à avoir un faible taux de prématurité et de mortalité obstétricale. À l'inverse, les femmes dont le statut social baisse au moment du mariage ont tendance à présenter les caractéristiques opposées. » (Illsley, 1955, p. 1524, notre traduction).

de la loterie génétique²⁷. Ces prédispositions détermineraient, dans un second temps, la mobilité sociale des individus, et donc la place qu'ils occupent dans la hiérarchie sociale. En d'autres termes, les individus dont le « capital santé » est élevé occupent les places sociales les plus hautes dans la hiérarchie sociale, car il leur a conféré un avantage sélectif. Pour les partisans de l'explication « psychosociale », Wilkinson et Marmot en tête, l'état de santé dépend bien de facteurs biologiques, mais ceux-ci sont déterminés par des facteurs sociaux. Les conditions de travail et l'environnement social favorisent un stress psychosocial susceptible d'impacter la santé. Or chacune de ces deux approches apporte sa propre explication du rapport entre taille, santé et statut social²⁸. Selon les sélectionnistes, le statut social élevé des personnes de grande taille s'explique par le fait qu'elle procure un avantage sélectif, soit par sélection directe – puisque les personnes de grande taille disposeraient de prédispositions génétiques supérieures –, soit par sélection indirecte – puisque l'existence de stéréotypes sociaux, associant grande taille et santé, favoriserait la sélection à l'embauche des plus grands. Si des mécanismes de sélection indirecte sont bien invoqués, l'hypothèse sélectionniste ne manque pas de « naturaliser » les inégalités de santé, puisque les caractéristiques sélectionnées sont constitutives des personnes en question.

L'explication psychosociale tend, quant à elle, à déconstruire l'idée même de prédispositions biologiques. Comme le rappelle Wilkinson²⁹, une étude réalisée sur une cohorte de 17'000 personnes, toutes nées en 1958 (Montgomery et al., 1996), a montré que la taille à l'âge de sept ans se révèle bien plus prédictive de l'accès à l'emploi à l'âge adulte, que ne l'est la taille adulte. De plus, bien qu'il y ait une relation entre la taille durant l'enfance et celle

27 À vrai dire, cet exposé de la thèse sélectionniste est celui qu'en donnent généralement ses opposants. Selon Illsley, le « potentiel santé » serait moins dû à des prédispositions génétiques qu'à l'action de déterminants sociaux tout au long de l'enfance et de l'adolescence. En ce cas, les thèses sélectionniste et psychosociale s'avèreraient plutôt complémentaires qu'opposées. À ce sujet, voir Carr-Hill (1988) et Illsley (1987).

28 Pour une synthèse des débats sur la question, voir West (1998).

29 Sur l'explication psychosociale des rapports entre taille, santé et position sociale, voir Wilkinson (1996).

à l'âge adulte, des différences développementales font que toutes les personnes petites à sept ans ne seront pas forcément petites à l'âge adulte, et inversement. Enfin, il est connu qu'indépendamment des facteurs génétiques, la variabilité des tailles des individus s'avère étroitement corrélée au niveau social durant l'enfance. En conséquence, les enfants élevés dans des milieux privilégiés, dont la croissance est favorisée par une moindre exposition à un stress environnemental et psychosocial, sont aussi ceux qui bénéficient des ressources financières et psychoaffectives favorables à la poursuite d'études supérieures ainsi qu'à l'accumulation de capital symbolique. Or ces deux facteurs faciliteront, à l'âge adulte, l'accès aux positions sociales les plus élevées. Selon les tenants du modèle psychosocial, ce n'est donc pas la taille qui détermine le statut social, ni un bon état de santé. La taille, l'état de santé et le statut social sont déterminés par une cause commune : le niveau socio-économique dans lequel les individus ont évolué durant leur enfance.

Ces deux explications font particulièrement bien ressortir les enjeux des débats épistémopolitiques qui traversent l'épidémiologie sociale. Sur un plan politique, il devient évident que, si les inégalités de santé sont principalement distribuées à la naissance, à la faveur d'un mécanisme relevant de la loterie génétique, toute mesure de santé publique visant à égaliser les facteurs de risque cardiovasculaire entre les plus petits et les plus grands deviennent inutiles. Si l'on opte pour la thèse d'une détermination psycho-sociale de la santé, cette dernière redevient *ipso facto* un objet politique et un enjeu de justice sociale. Sur le plan épistémologique cette fois, on doit admettre que la taille comme l'état de santé sont co-déterminés par des facteurs sociaux et des facteurs biologiques. Les milieux sociaux sont en somme *incorporés* au cours du développement. L'« incorporation » désigne ici l'intrication des propriétés physiologiques et des valeurs socio-économiques (Krieger 2001, traduction française dans ce volume).

Sous cet angle, les constantes physiologiques supposées naturelles, comme ici la taille, perdent leur statut de normes fixes et universelles. La taille moyenne, objectivable statistiquement, révèle moins un plan divin et/ou naturel que des processus de normalisation

sociale des comportements et des « normes » physiologiques³⁰. Il y a bien, comme l'ont appréhendé Canguilhem et dans une certaine mesure Foucault, une biopolitique, soit une normalisation sociale du vivant procédant par l'incorporation d'habitudes socialement et culturellement établies. Aussi, en objectivant le fait que les valeurs propres à un groupe social donné, à un moment précis de son histoire, sont incorporées, l'épidémiologie sociale fournit-elle les données empiriques permettant de justifier la scientificité d'une « histoire des corps » à mi-chemin entre constructivisme radical et naturalisme essentialiste. En définitive, en donnant corps à l'idée d'une historicité des formes de vie somatique, elle contribue au dépassement du dualisme moderne (voir Lang et Delpierre, dans ce volume) qui voudrait opposer une nature anhistorique à l'historicité des valeurs socio-culturelles.

Épidémiologie, épigénétique et les nouveaux réductionnismes

Avant d'introduire plus spécifiquement chacun des articles qui composent cet ouvrage, il nous semble important de replacer l'épidémiologie sociale dans le contexte intellectuel actuel. La prise de conscience des enjeux scientifiques et politiques du réchauffement climatique et la multiplication des recherches faisant état d'une augmentation des inégalités sociales (Alvaredo et al., 2018) – rendue d'ailleurs particulièrement visible par la récente épidémie de Covid-19 (Marmot et al., 2020) – s'avèrent particulièrement propices à la réception des données démontrant l'impact de l'environnement, en particulier social, sur la santé. Mais si ce contexte social et politique contribue à visibiliser les inégalités sociales de santé, on ne peut faire l'économie d'interroger le rôle qu'ont pu jouer les transformations profondes qui ont récemment traversé les sciences biomédicales, en particulier celles qui touchent au développement de l'épigénétique. Nous proposons d'exposer brièvement en quoi l'épigénétique environnementale contribue à légitimer les travaux,

30 Sur ce sujet, voir Arminjon (2020c).

les débats et les concepts mobilisés par les épidémiologistes sociaux depuis les années 1960-1970, mais aussi comment les sciences post-génomiques représentent un risque pour les recherches sur les inégalités sociales de santé.

L'entrée dans l'ère post-génomique, amorcée au tournant des années 2000, a levé le dogme interdisant de penser toute détermination biologique s'écartant du modèle causal unidirectionnel ADN-protéines. Les hypothèses relatives à la transmission intergénérationnelle de « caractères acquis » (Dolinoy et Jirtle, 2008) ne sont plus systématiquement reléguées du côté d'un lamarckisme éculé (voir aussi Lang et Delpierre, dans ce volume). L'étude des mécanismes de la méthylation de l'ADN – l'un des mécanismes épigénétiques dont dépend l'activation ou l'inhibition de l'expression de certaines séquences génétiques – a récemment permis de mettre au-devant de la scène un ensemble de notions – transcriptome, exposome, voire socio-exposome (Senier et al., 2017)³¹ – qui concourent à (re)légitimer la thèse d'une modulation environnementale et sociale du corps. L'étude et la conceptualisation des processus par lesquels l'individu incorpore l'environnement social ne sont donc plus l'apanage des épidémiologistes sociaux. Ces thématiques préoccupent désormais les biologistes sensibles aux reconfigurations promises par la post-génomique autant que les chercheurs en sciences humaines et sociales soucieux d'analyser comment ces mutations scientifiques reconfigurent les représentations et les pratiques sociales.

Mais l'essor des sciences post-génomiques questionne plus largement le rapport de l'épidémiologie sociale aux sciences biomédicales. Les articles présentés ici attestent que l'épidémiologie sociale n'a pas attendu de disposer des données remettant en cause les dogmes de la génétique moderne pour objectiver et conceptualiser l'hypothèse d'une incorporation de l'environnement social. L'analyse de la distribution sociale de certaines maladies chroniques

31 Les auteurs désignent par là un cadre conceptuel visant à identifier et quantifier, aussi précisément que les généticiens mesurent les déterminants génétiques, les expositions environnementales (exposome) et sociales (socio-exposome) susceptibles d'affecter la santé des individus tout au long de la vie.

– et, à cet égard, la forte prévalence de l’hypertension dans la communauté africaine-américaine fait office de cas paradigmatique (voir Arminjon, dans ce volume) – a poussé certains épidémiologistes à mesurer la variabilité des constantes physiologiques dans diverses parties du monde, afin de trancher entre déterminations génétiques et/ou sociales. Les données biostatistiques objectivant la modulation socio-culturelle des paramètres physiologiques étaient disponibles au moins dès le tournant des années 1960-1970 (voir Arminjon, dans ce volume). Krieger insiste par exemple sur le modèle allostatique qui fournit un cadre conceptuel permettant d’appréhender les conditions neuroendocrinologiques par lesquels les individus s’adaptent au stress psychosocial chronique, au risque d’atteindre une « surcharge allostatique » (McEwen 2000, 2006) susceptible de rendre l’organisme plus vulnérable aux maladies.

Si au sein de l’épidémiologie sociale le modèle psychosocial n’est qu’un modèle explicatif parmi d’autres (West, 1998), on peut estimer qu’il a cependant joué un rôle épistémologique central dans le processus de légitimation scientifique de la discipline (voir Arminjon, dans ce volume). Il a permis de fournir un fondement causal et, ainsi, une légitimité biomédicale à l’épidémiologie sociale qui, sans modèle physiopathologique précis, serait restée une forme de sociologie quantitative cantonnée à relever des corrélations statistiques entre l’état de santé, d’une part, et des facteurs socio-économiques, d’autre part. L’avènement de la post-génomique n’a donc pas été nécessaire à l’autonomisation disciplinaire de l’épidémiologie sociale, soit comme une discipline biomédicale à part entière, irréductible aussi bien à la sociologie qu’à l’épidémiologie (orthodoxe).

Cependant, il ne fait aucun doute que l’essor des sciences post-génomiques transfère à l’épidémiologie sociale une part du prestige symbolique que la génétique a acquis durant toute la seconde moitié du XX^e siècle. Cette légitimité biomédicale donne une certaine visibilité aux thèses que les épidémiologistes sociaux ne sont pas parvenus à faire valoir dans la seconde partie du XX^e siècle, lorsque le réductionnisme génétique dominait de manière hégémonique les

sciences biomédicales, voire les sciences sociales³². Mais le bénéfice pour l'épidémiologie sociale n'est pas seulement symbolique. L'épigénétique ajoute une nouvelle dimension à l'étude des différents modes d'incorporation du social. Elle permet d'intégrer une strate moléculaire dans la « toile de causalité [*web of causation*] » qui ne pouvait articuler, jusque-là, que les seuls déterminants méso- et macrologiques³³.

Mais si l'étude des effets biomoléculaires induits par des changements environnementaux et/ou sociaux – chez des souris expérimentales ou dans des cohortes humaines aux caractéristiques génétiques précieusement conservées dans des biobanques – témoigne d'un tournant réel, elle ne manque pas de susciter des craintes (Lock, 2013). Sous couvert d'unifier biologie et environnement, la « molécularisation du milieu et de la biographie » (Niewöhner, 2011, notre traduction) favoriserait l'émergence d'un réductionnisme nouveau venant renforcer la biomédicalisation des conduites et donc renforcer l'arsenal scientifique sur lequel s'appuient les stratégies biopolitiques. Comme le notent Charles Dupras et Vardit Ravitsky, « la localisation supposée des risques sanitaires – à l'intérieur ou à l'extérieur du corps – peut avoir un impact significatif sur les choix collectifs concernant l'affectation des ressources aux différents types d'interventions sanitaires, préventives ou curatives » (Dupras et Ravitsky, 2016, p. 31, notre traduction). Les tenants de l'épigénétique risqueraient, en effet, de replacer les déterminants de la santé dans l'intimité moléculaire du corps, d'où les sociologues ou les épidémiologistes sociaux ont œuvré à les extirper. En outre, dans une économie de la recherche où les ressources financières sont limitées et où le « régime de vérité » dominant favorise la preuve

32 On pense ici au paradigme sociobiologique qui entend fonder le social sur des mécanismes biologiques génétiques et de sélection naturelle. La sociobiologie fut l'une des cibles privilégiées des scientifiques radicaux. Sur ce sujet, voir par exemple Rose, Lewontin et Kamin (1984).

33 Inversement, on peut supposer que les concepts et les modèles développés par les épidémiologistes sociaux (voir Krieger, traduction française dans ce volume) constituent aujourd'hui une boîte à outils conceptuelle particulièrement utile aux généticiens soucieux de théoriser les relations multicausales à l'œuvre dans la détermination sociale de l'état de santé d'une population.

biomédicale et moléculaire, les ressources économiques risquent d'être allouées aux programmes visant à identifier des mécanismes moléculaires internes, aux dépens de l'étude des processus sociaux qui les modulent. Les programmes de recherche et d'action qui, comme l'épidémiologie sociale, s'appliquent à identifier et à agir sur les déterminants sociaux de la santé ne bénéficieraient dès lors pas du tournant environnemental catalysé par l'épigénétique, et s'en trouveraient d'autant plus marginalisés :

Si l'épigénétique a été mobilisée avec enthousiasme par certains chercheurs, nous devons rester critiques sur les raisons qui sous-tendent l'approbation des preuves moléculaires comme ayant potentiellement plus de pouvoir que les études épidémiologiques pour stimuler la volonté politique. (Dupras et Ravitsky, 2016, p. 27, notre traduction)

Or les réactions que suscite l'essor des sciences post-génomiques ont l'avantage de mettre au jour un déplacement au sein de la critique sociale des sciences biomédicales : c'est aujourd'hui l'épigénétique que l'on suspecte, comme l'épidémiologie dans les années 1980, de porter à leur achèvement les stratégies biopolitiques. Ironie de l'histoire, la critique de la preuve moléculaire est aujourd'hui établie au nom d'une défense de la pertinence politique des disciplines visant, comme l'épidémiologie sociale, à mettre au jour les déterminants sociaux de la santé au moyen des biostatistiques !

Que ces risques soient réels ou non, ils nous permettent de mieux cerner l'objet de l'épidémiologie sociale et ainsi son positionnement vis-à-vis des sciences naturelles, d'une part, et sociales, d'autre part. Comme le montre Krieger (2001, traduction française dans ce volume), l'épidémiologie sociale s'est d'abord intéressée à objectiver comment certains facteurs ponctuels – transformations sociales soudaines, désorganisations sociales ou changements de statut social – péjorent l'état de santé. On ne saurait égrener la gamme de tous les déterminants sociaux que les épidémiologistes ont depuis identifiés. Celle-ci intègre, désormais, diverses formes de stigmatisations – économiques, sociales, raciales, de genre –, les facteurs environnementaux physiques et socio-économiques structurels, comme les systèmes politiques et/ou de redistribution des

richesses, ou les diverses sources de stress psychosocial – le manque de contrôle au travail et de soutien social, l’hostilité, la dépression, l’anxiété – dont l’intensité varie selon la place qu’un individu occupe dans la hiérarchie sociale. Les modèles de causalité se sont aussi multipliés et complexifiés afin d’appréhender les facteurs sociaux qui déterminent l’état de santé tout au long de la vie (*life course epidemiology*), tout comme leurs effets cumulatifs complexes et intersectionnels, qui surdéterminent la susceptibilité aux maladies des populations vulnérables.

Si donc les épidémiologistes sociaux ont bien veillé à inscrire leur discipline dans le champ des sciences biomédicales, en mobilisant des modèles neurophysiologiques (stress, homéostasie, allostasie, charge allostatique, etc.) susceptibles d’expliquer les mécanismes psychosociaux par lesquels des événements biographiques, culturels et sociaux façonnent l’état de santé, on ne saurait pour autant en faire une science biomédicale à proprement parler. L’objet de la discipline n’est pas tant la physiologie de l’incorporation des normes sociales en tant que telle. Elle ne teste pas d’hypothèse physiologique et s’en remet aux physiologistes pour définir un cadre conceptuel et des variables sans lesquels il ne serait pas possible de tester des hypothèses relatives aux processus sociaux qui pèsent sur la santé. Les modèles biologiques quels qu’ils soient constituent moins l’objet de la recherche que des prérequis conceptuels et théoriques à l’enquête sociologique et épidémiologique. En effet, sans modèles *ad hoc*, admettant une certaine plasticité adaptative du corps là où le déterminisme ne laisse que peu de place aux interférences de l’environnement, il serait tout bonnement impossible de prétendre que les paramètres vitaux sont modulés par l’environnement social, voire que certaines conditions sociales peuvent rendre l’organisme plus vulnérable aux maladies. En définitive, la biologie fournit surtout des biomarqueurs (la tension, la taille, la glycémie ou plus généralement la mortalité, etc.), dont la variation n’a d’intérêt pour l’épidémiologiste social qu’autant qu’ils permettent d’identifier les mécanismes sociaux qui impactent la santé et à quelle intensité. Si l’épidémiologie sociale n’est donc pas réductible à une neurophysiologie de l’incorporation, elle n’est pas non plus une sociologie

de la santé. Le fait même de mobiliser des biomarqueurs du social démontre qu'elle ne s'occupe pas (même si elle ne s'y oppose pas) à mettre au jour les conditions sociales, culturelles, institutionnelles et politiques qui façonnent les conditions sociales structurelles, les représentations et les comportements de la santé.

Au terme de cette introduction, nous pouvons peut-être mieux cerner l'épidémiologie sociale en soutenant qu'elle est avant tout un type de sociologie *dans* la médecine, visant à objectiver les mécanismes de normalisation sociale qui, en instituant la matérialité des corps, façonnent la probabilité de développer ou non certaines pathologies. Or c'est bien parce que l'épidémiologie sociale est une sociologie qui mesure ses effets au moyen de variables physiologiques qu'elle représente une discipline s'exposant aux difficultés et aux résistances que soulève l'interdisciplinarité exogène – au double sens d'une collaboration entre sciences naturelles et sociales, d'une part et, d'autre part, d'une recherche répondant moins à des problématiques exclusivement disciplinaires qu'à des besoins sociaux (Jollivet et Legay, 2005). C'est ce statut complexe que nous souhaitons éclaircir en explorant plus avant les *fondements*, les *implications* ainsi que les *perspectives* de l'épidémiologie sociale. À cette fin, nous avons choisi de diviser cet ouvrage en trois parties.

Présentation des textes

Dans la première partie, nous proposons la traduction de deux articles représentatifs de la vitalité institutionnelle et épistémologique du champ. Tout d'abord, nous présentons l'article « Le syndrome du statut : un défi pour la médecine » (« Status Syndrome : A Challenge to Medicine »), que Michael Marmot a publié dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) en 2006 (Marmot, 2006). Médecin et épidémiologiste britannique, Marmot a été l'un des principaux chercheurs impliqués dans les « Whitehall Studies » et a présidé la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS de 2005 à 2008. Dans cet article, Marmot synthétise un ensemble de données qui étayent la thèse d'un lien de causalité entre l'état de santé et le statut socio-économique et qui justifie selon

lui l'introduction de la notion de « syndrome du statut ». Marmot précise que les inégalités de santé ne sont pas seulement l'apanage des pays en voie de développement ou des populations pauvres, mais qu'elles concernent l'ensemble des populations, même celles des pays riches. La notion de « syndrome du statut » renvoie par ailleurs à un programme de recherche et d'actions politiques visant à reconsidérer les pratiques de soin ainsi que les principes directeurs de la médecine sociale et préventive. En définitive, l'article résume les défis empiriques et théoriques du programme que Marmot a initié à la tête de la Commission des déterminants de la santé de l'OMS.

Nous proposons ensuite une traduction de l'article « Théories pour une épidémiologie sociale au XXI^e siècle : une perspective écosociale » (« Theories for social epidemiology in the 21st century : an ecosocial perspective »), que Nancy Krieger a publié dans l'*International Journal of Epidemiology* en 2001 (Krieger, 2001). Pour cette professeure d'épidémiologie sociale au Department of Social and Behavioral Sciences de Harvard, l'apport de l'épidémiologie sociale ne peut être appréhendé sans rendre explicites ses fondements historiques et théoriques. Des premières occurrences du terme « épidémiologie sociale », dans les années 1950, elle remonte aux premières formulations du modèle qui entend identifier les situations interpersonnelles susceptibles d'induire, via le stress psychosocial, une vulnérabilité générale aux maladies. Krieger s'intéresse ensuite aux approches socio-constructivistes des maladies qui, au tournant des années 1960-1970, ont interrogé les conditions socio-économiques structurelles qui produisent les inégalités de santé. À la croisée de ces deux approches, l'épidémiologie sociale aurait hérité du refus de choisir entre le biologique et le social. Outre le panorama historique des tendances principales qui traversent le champ, en particulier aux États-Unis, Krieger identifie les deux défis théoriques de l'épidémiologie sociale contemporaine : (1) établir les modèles dynamiques à échelles multiples dits « écologiques », capables (2) d'appréhender les conditions sous lesquelles les normes sociales sont biologiquement « incorporées » (*embodied*).

La deuxième partie de cet ouvrage explore les origines historiques et épistémologiques de l'épidémiologie sociale. Il est

remarquable que les trois articles présentés proposent des historiographies différentes mais complémentaires. Dans « Suivre le fil du social dans l'histoire de l'épidémiologie », Jean-Claude Dupont soutient que l'histoire de l'épidémiologie sociale se confond avec celle de l'épidémiologie. L'auteur étaye son propos en identifiant le double enracinement du champ dans l'épidémiologie naissante du XIX^e siècle, ainsi que dans la statistique sociale du XVIII^e siècle. Il place par ailleurs la question de la dimension sociale au cœur des débats opposant les contagionnistes et leur théorie du germe, aux anti-contagionnistes qui défendent l'origine sociale des épidémies. Les sciences biomédicales du début du XX^e siècle, principalement dominées par la théorie des germes, vont cependant s'engager dans une transformation induite par l'intérêt grandissant pour les maladies de civilisation, amenant avec elles de nouveaux concepts, comme celui de « facteur de risque ». C'est dans le contexte de critique générale de la médecine, catalysée par les travaux de Thomas McKeown durant les années 1960-1970, que la notion de « facteur de risque social » va naître, marquant l'autonomisation de l'épidémiologie sociale. En définitive, Dupont conclut que l'épidémiologie sociale n'est que l'expression contemporaine d'une perspective populationnelle ancienne qui, parce qu'elle interroge sans cesse les limites des modèles étiologiques strictement biologiques, participe pleinement de l'évolution de la médecine.

Dans le chapitre intitulé « La pathologie sociale de John Ryle : transition vers l'épidémiologie moderne et prémisses de l'épidémiologie sociale », Élodie Giroux établit une filiation entre l'épidémiologie sociale moderne et la notion de « pathologie sociale » introduite par Ryle au tournant des années 1940. Pour ce dernier, la notion de « pathologie sociale » s'inscrit dans une tentative plus générale de synthèse de la médecine clinique et de la santé publique, d'une part, et de reconfiguration de la médecine, d'autre part. Pour Giroux, l'épidémiologie sociale incarne le projet de Ryle de fonder une discipline nouvelle à l'interface entre la clinique et la santé publique. En étudiant l'influence de Ryle, l'auteure identifie enfin certains éléments contextuels – épistémologiques, sociaux et culturels – qui éclairent l'inscription du champ dans le monde anglo-saxon.

Dans « Épidémiologie sociale : l'internationalisation d'un savoir situé », Mathieu Arminjon propose une histoire épistémologique et transnationale de l'épidémiologie sociale. Il retrace le processus de circulation des savoirs qui a conduit un épidémiologiste social britannique à prendre la tête de la Commission des déterminants de la santé de l'OMS, alors que le développement de l'épidémiologie sociale s'avère historiquement lié au contexte social états-unien. L'auteur remonte aux interprétations divergentes de Thomas McKeown et de René Dubos touchant au rôle de la médecine sociale dans l'éradication des maladies infectieuses. Il retrace ensuite la manière dont le modèle psychosocial s'est d'abord imposé aux États-Unis, dans le contexte des luttes pour les droits civiques, avant d'être importé et adapté à la culture de santé publique britannique. L'auteur conclut que le processus de circulation et de déracialisation de l'épidémiologie sociale a été une étape nécessaire à son internationalisation au sein d'une institution comme l'OMS.

Dans la troisième partie, les auteur.e.s dressent un état des lieux des recherches en épidémiologie sociale et esquissent le futur de la discipline. Dans « Épidémiologie sociale et sociologie. De quelques implications théoriques et politiques », Philippe Longchamp dresse un inventaire des principales sources d'inégalités sociales de santé – conditions de vie et de travail, accessibilité et recours au système de santé, cultures somatiques – thématiques avant l'apparition de l'épidémiologie sociale. Il montre ensuite comment cette dernière s'est imposée par sa capacité à rendre compte de la persistance des inégalités de santé au sein des pays de l'OCDE qui avaient pourtant atteint des standards de vie élevés. L'auteur soutient ensuite que si l'épidémiologie sociale s'associe le plus souvent aux sciences biologiques et à la psychologie sociale, elle n'en possède pas moins de profondes affinités avec la sociologie. Après avoir analysé certains des apports et des limites de l'épidémiologie sociale d'une part et de la sociologie de la santé de l'autre, il insiste sur la complémentarité entre les deux disciplines. Dans une perspective plus engagée, il conclut en montrant comment l'épidémiologie sociale recalibre les enjeux sociopolitiques en faisant de la réduction des inégalités sociales une priorité absolue.

Dans « De la médecine sociale aux perspectives de l'épigénétique : éléments pour une histoire de l'épidémiologie sociale en France », Thierry Lang et Cyrille Delpierre s'interrogent sur le paradoxe français. En effet, malgré les recherches de grandes figures françaises de la santé publique et de la sociologie, comme Louis René Villermé et Émile Durkheim, l'épidémiologie sociale ne s'est péniblement développée en France qu'au tournant des années 2000. Les auteurs retracent les conditions institutionnelles, culturelles et épistémologiques qui lui ont finalement permis d'émerger. Ils évoquent comment, en s'alignant sur les programmes de recherche menés sur le plan international, les épidémiologistes français ont en revanche développé de nouvelles méthodologies et des modèles théoriques innovants qui, à l'instar de l'épigénétique ou du modèle allostatique, permettent de penser l'incorporation des conditions sociales à l'échelle des parcours de vie, ainsi que « l'usure physiologique ». L'épidémiologie sociale française a ainsi favorisé une transformation des habitudes de pensée (l'opposition nature/culture) et des frontières disciplinaires d'un monde académique peu disposé à faire dialoguer biologistes moléculaires, acteurs de la santé publique, sociologues et économistes. Les auteurs concluent que l'étude des déterminants sociaux de la santé en France ouvre de nouveaux champs d'investigation, en particulier l'étude des inégalités de santé liées au genre. Ces perspectives restent pourtant limitées, dès lors que les filières universitaires sont peu spécialisées et que la recherche biomédicale capte encore une grande partie des ressources financières, aux dépens de la santé publique.

Dans « La médecine et l'épidémiologie sociale à l'épreuve du genre », Joelle Schwartz et Carole Clair prennent acte du fait que l'épidémiologie, comme la médecine en général, n'échappe pas à l'androcentrisme : le genre n'a que tardivement été perçu comme un déterminant social de premier plan. Du *Women's Health Movement* à la *Gendered Medicine*, les auteures reviennent sur la remise en cause progressive du standard masculin dans les sciences biomédicales. Elles exposent ensuite les divers niveaux auxquels sont reproduites les inégalités de santé liées au genre (facteurs de risque, expériences de la santé, distribution des maladies, dissémination des

savoirs, accès aux soins, biais cliniques et thérapeutiques, etc.). Une critique des méthodologies se limitant à la seule variable du sexe, ainsi que des effets d'interaction entre les déterminants sociaux d'une part et de genre de l'autre, les amène ensuite à introduire le concept d'intersectionnalité dans la mesure des déterminants sociaux des maladies. Enfin, Schwartz et Clair font état des transformations des présupposés des sciences biomédicales, notamment concernant la conception socioconstructiviste à laquelle mène la thèse d'une incorporation des normes sociales. Les auteures relèvent enfin comment l'étude des déterminants sociaux de la santé liés au genre s'inscrit dans un courant féministe et matérialiste. Elles ne manquent pas de relever qu'une telle perspective introduit une tension au sein même de mouvements féministes traditionnellement suspicieux vis-à-vis des thèses biologisantes.

Enfin, dans « De l'incendie de la Tour Grenfell à la pandémie de Covid-19 : l'importance des déterminants socio-économiques et culturels de la santé », Patrick Bodenmann et Kevin Morisod établissent un parallèle entre la tragédie et la crise pandémique. La pandémie a révélé le fait que les inégalités et les iniquités de santé n'épargnent pas les pays riches où, comme en Suisse, les discours sanitaires contribuent même à les invisibiliser. On y a dressé la liste des populations « vulnérables » à la COVID. Mais la « vulnérabilité » n'est pas un état physiologique, plutôt un devenir sensible aux facteurs socioculturels. Ces derniers influencent la santé à différentes échelles, de la fragilité somatique (diabète, hypertension, surpoids, grand âge, etc.) à la littératie en santé. Les auteurs évoquent enfin les initiatives internationales qui, sous l'impulsion de l'OMS, tendent à mobiliser les acteurs de santé publique et les populations pour « faire communauté » contre le virus. Nous sommes toutes et tous – relativement à d'autres ou à un moment de notre vie – vulnérables. C'est donc à l'échelle des communautés – qu'elles soient locales ou internationales, culturelles ou sociales – que la santé doit être pensée comme un bien social et c'est collectivement que doit être appréhendée l'équitable distribution des soins.

Bibliographie

- AÏACH, PIERRE, « Les débats scientifiques et politiques sur les inégalités de santé en France », dans P. Aïach et al. (éds), *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative*, La Documentation française, Paris, 1988, p. 143-158.
- AÏACH, PIERRE et DIDIER FASSIN, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, vol. 54, no 20, 2004, p. 2221-2227.
- AÏACH, PIERRE et al. (éds) *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative*, La Documentation française, Paris, 1988.
- ALVAREDO, FACUNDO et al., « Rapport sur les inégalités mondiales 2018 », World Inequality Lab, Paris, 2018. <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-french.pdf>
- Ann Arbor Science for the People Editorial Collective, *Biology as a Social Weapon*, Burgess Publishing Company Minneapolis, 1977.
- ANNANDALE, ELLEN et DAVID FIELD, « Medical Sociology in Great Britain », dans W. C. Cockerham (ed), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell Publishers Ltd, Oxford, 2001, p. 245-262.
- ANONONYME, « About The Radical Statistics Group », *Radical Statistics Group*, 2012, sur <https://www.radstats.org.uk/about-radical-statistics/>.
- ARMINJON, MATHIEU, « Birth of the Allostatic Model: From Cannon's Biocracy to Critical Physiology », *Journal of the History of Biology*, vol. 49, no 2, 2016, p. 397-423.
- ARMINJON, MATHIEU, « The American Roots of Social Epidemiology and Its Transnational Circulation. From the African-American Hypertension Enigma to the WHO's Recommendations », *Gesnerus*, vol. 77, no 1, 2020a, p. 35-43.
- ARMINJON, MATHIEU, « Homéostasie, stress et société : Walter Cannon aux fondements des déterminants sociaux de la santé », dans M. Arminjon (éd.), *Walter B. Cannon. Conférences sur les émotions et l'homéostasie*, Paris, 1930, Editions BHMS, Lausanne, 2020b, p. 13-115.
- ARMINJON, MATHIEU, « Rethinking the Normal and the Pathological. On Canguilhem's Critical Physiology », dans P.-O. Méthot and J. Sholl (éds), *Vital Norms: Canguilhem's The Normal and the Pathological in the Twenty-First Century*, Hermann, Paris, 2020c, p. 179-216.
- ARMINJON, MATHIEU et RÉGIS MARION-VEYRON, « Coronavirus Biopolitics: The Paradox of France's Foucauldian Heritage », *History and Philosophy of the Life Sciences* vol. 43, no 1, 2021, p. 1-5.
- ARMSTRONG, DAVID, *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*, Cambridge University Press, 1983.
- ASVALL, JO E., « Foreword », dans R. Illsley, P.-G. Svenson, et J. E. Asvall (éds), *The Health Burden of social Inequities*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1984.
- BERKMAN, LISA F., « Social Epidemiology: Social Determinants of Health in the United States: Are We Losing Ground? », *Annual Review of Public Health*, vol. 30, 2009, p. 27-41.

- BERLIVET, LUC, « Between Expertise and Biomedicine: Public Health Research in France after the Second World War », *Medical History*, vol. 52, no 4, 2008, p. 471-492.
- BERRIDGE, VIRGINIA et STUART BLUME (éds), *Poor Health: Social Inequality Before and After the Black Report*, Frank Cass, London, 2003.
- BODENMANN, PATRICK, BRIGITE PAHUD-VERMEULEN, X, JAVIER S. ZOZAYA, MURIELLE BAUERMEISTER, « Populations précarisées, COVID-19 et risques d'iniquités en santé: guide du réseau socio-sanitaire vaudois », *Revue Médicale Suisse*, no 691-2, 2020, p. 859-852.
- BOLTANSKI, LUC, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisation*, vol. 26, no 1, 1971, p. 205-233.
- BURKE, PETER, *What Is the History of Knowledge?*, John Wiley & Sons, Hoboken, 2015.
- CALMONTE, ROLAND et al., *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1992-2002: enquête suisse sur la santé*, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique (OFS), 2005.
- CANGUILHEM, GEORGES, *Le Normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris, [1943] 1966.
- CANTELLI, FABRIZIO, « Deux conceptions de l'empowerment », *Politique et Sociétés*, vol. 32, no 1, 2013, p. 63-87.
- CARR-HILL, ROY, « Problèmes Méthodologiques », dans P. Aïach et al. (éds), *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative*, La Documentation française, Paris, 1988, p. 121-140.
- CONDRAU, FLURIN et MICHAEL WORBOYS, « Second Opinions: Epidemics and Infections in Nineteenth-Century Britain », *Social History of Medicine*, vol. 20, no 1, 2007, p. 147-158.
- CONRAD, PETER, « Types of Medical Social Control », *Sociology of Health & Illness*, vol. 1, no 1, 1979, p. 1-11.
- CROMBIE, IAIN K. et al., *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2005.
- CUETO, MARCOS, THEODORE M. BROWN et ELIZABETH FEE, *The World Health Organization: A History*, Cambridge University Press, 2019.
- DEBAILLY, RENAUD, *La critique de la science depuis 1968. Critique des sciences et études des sciences en France après Mai 68*, Hermann, Paris, 2015.
- Department of Health and Social Security (DHSS), *Inequalities in Health: Report of a Working Group*, HM Stationery Office, London, 1980.
- DESPLANQUES, GUY, « À 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement », *Économie et Statistique*, vol. 49, 1973, p. 3-19.
- DOLINOY, DANA C. et RANDY L. JIRTLE, « Environmental Epigenomics in Human Health and Disease », *Environmental and Molecular Mutagenesis*, vol. 49, no 1, 2008, p. 4-8.
- NAIDITCH, MICHEL, et PIERRE LOMBRAIL. « Covid-19 : Refuser de prendre en compte les inégalités sociales face à la maladie est suicidaire », *Le Monde.fr*, 30 avril 30, 2020.
- DUPRAS, CHARLES et VARDIT RAVITSKY, « Epigenetics in the Neoliberal "Regime of Truth": A Biopolitical Perspective on Knowledge Translation », *The Hastings Center Report*, vol. 46, no 1, 2016, p. 26-35.

- ELIGON, JOHN et al., « Black Americans Face Alarming Rates of Coronavirus Infection in Some States », *The New York Times*, 7 avril 2020, sur <https://www.nytimes.com/2020/04/07/us/coronavirus-race.html>.
- EMERSON, CHARLES P., « The Emotional Element in the Production of Organic Disease », *Transactions of the Association of American Physicians*, Vol. XLII, 1927, p. 246-355.
- ERIKSON, ROBERT, « Why Do Graduates Live Longer », dans J. O. Jonsson et C. Mills (éds), *Cradle to the Grave: Life-Course Change in Modern Sweden*, Sociology Press, Durham, 2001, p. 211-227.
- FASSIN, DIDIER, « Another Politics of Life Is Possible », *Theory, Culture & Society*, vol. 26, no 5, 2009, p. 44-60.
- FOUCAULT, MICHEL, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris, [1963] 1994.
- FOUCAULT, MICHEL, « La naissance de la médecine sociale », dans *Dits et écrits*, Vol. II, Gallimard, Paris, [1974] 2001, p. 207-228.
- FOUCAULT, MICHEL, *Histoire de La Sexualité*, (Tome 1 : *La Volonté de Savoir*), Gallimard, Paris, 1976.
- FOUCAULT, MICHEL, « Introduction by Michel Foucault », dans G. Canguilhem, *On The Normal and the Pathological*, Reidal, Dordrecht, p. 9-10, 1978.
- FOUCAULT, MICHEL, *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France*, Gallimard, Paris, [1976] 1997.
- GIROUX, ÉLODIE, *Epidémiologie des facteurs de risque : genèse d'une nouvelle approche de la maladie*, Thèse de doctorat en philosophie, Université de Paris 1, 2006.
- GOLDBERG, MARCEL, « Cet obscur objet de l'épidémiologie », *Sciences sociales et santé*, vol. 1, no 1, 1982, p. 55-110.
- GOLDBERG, MARCEL et al., « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, no 4, 2002, p. 75-128.
- Haut conseil de la santé publique (HCSP), *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, La Documentation française, Haut Conseil de la santé publique, Paris, 2009.
- HENCKES, NICOLAS, et ISABELLE BASZANGER, « Is There a European Medical Sociology? », dans S. Koniordos et A. Kyrtis (éds), *The Routledge International Handbook of European Sociology*, Routledge, New York - London, 2014, p. 196-210.
- HERZLICH, CLAUDINE, et JANINE PIERRET, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, vol. 51, no 1, 2010, p. 121-48.
- HUTTON, WILL, « The Bad News is We're Dying Early in Britain – and it's all down to "shit-life syndrome" », *The Guardian*, 19 août 2018, sur <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/aug/19/bad-news-is-were-dying-earlier-in-britain-down-to-shit-life-syndrome>.
- ILLSLEY, RAYMOND, « Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant Deaths », *British Medical Journal*, vol. 2, no 4955, 1955, p. 1520-1524.

- ILLSLEY, RAYMOND, « Occupational Class, Selection and Inequalities in Health: Rejoinder to Richard Wilkinson », *Quarterly Journal of Social Affairs*, vol. 3, no 3, 1987, p. 213-223.
- IRWIN, ALEC et ELENA SCALI, *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences. A Background Paper Prepared for the Commission on Social Determinants of Health*, WHO, Genève, 2005, sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44488>.
- JABLONKA, EVA et MARION J. LAMB, « Soft Inheritance: Challenging the Modern Synthesis », *Genetics and Molecular Biology*, vol. 31, no 2, 2008, p. 389-395.
- JOLLIVET, MARCEL et JEAN-MARIE LEGAY, « Canevas pour une réflexion sur une interdisciplinarité entre sciences de la nature et sciences sociales », *Natures Sciences Sociétés*, vol. 13, no 2, 2005, p. 184-188.
- KRIEGER, NANCY, 2001, « Theories for Social Epidemiology in the 21st Century: An Ecosocial Perspective », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, no 4, p. 668-677.
- LECLERC, ANNETTE et al. (éds) *Les Inégalités sociales de santé*, La Découverte - Inserm, Paris, 2000.
- LEHMANN, PHILIPPE, CATHERINE MAMBOURY et CHRISTOPH E. MINDER, « Les inégalités sociales face à la santé et la maladie en Suisse », *Les Cahiers Médico-Sociaux*, vol. 32, 1988, p. 1-59.
- LEVIDOW, LES (éd.), « Radical Science Essays », Free Association Books ; Humanities Press International, London, 1986.
- LIEBERHERR, RENAUD, JEAN-FRANÇOIS MARQUIS et MARCO STORNI, *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007. Enquête suisse sur la santé*, Office fédéral de la statistique (OFS), Neuchâtel, 2010.
- LINK, BRUCE G. et JO PHELAN, « Social Conditions As Fundamental Causes of Disease », *Journal of Health and Social Behavior (Extra Issue)*, vol. 35, 1995, p. 80-94.
- LOCK, MARGARET, « The Epigenome and Nature/Nurture Reunification: A Challenge for Anthropology », *Medical Anthropology*, vol. 32, no 4, 2013, p. 291-308.
- MALABOU, CATHERINE, « Une seule vie. Résistance biologique, résistance politique », *Esprit*, 2015/1, p. 30-40.
- MANN, JONATHAN M., « Santé publique : éthique et droits de la personne », *Santé publique*, vol. 10, no 3, 1998, p. 239-250.
- MARIETTE, AUDREY et LAURE PITYY, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques*, 6 juillet 2020, sur <https://www.metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-1-2-quand-l-epidemie-aggrave-les-inegalites.html>.
- MARMOT, MICHAEL G., *Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy*, Bloomsbury Pub, London, 2004.
- MARMOT, MICHAEL G., « Status Syndrome: A Challenge to Medicine », *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, no 11, 2006, p. 1304-1307.
- MARMOT, MICHAEL G., « Covid exposed massive inequality. Britain cannot return to "normal" », *The Guardian*, 15 décembre 2020, sur <http://www.theguardian.com/commentisfree/2020/dec/15/health-inequalities-covid-ucl-government-policy-making>.

- MARMOT, MICHAEL G. et al., « Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England », Institute of Health Equity, Londres, 2020, sur <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review-full-report.pdf>
- MCCORD, COLIN et HAROLD P. FREEMAN, « Excess Mortality in Harlem », *New England Journal of Medicine*, vol. 322, no 3, 1990, p. 173-177.
- MCEWEN, BRUCE S., « Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology », *Neuropsychopharmacology*, vol. 22, no 2, 2000, p. 108-124.
- MCEWEN, BRUCE S., « Stress, Adaptation, and Disease. Allostasis and Allostatic Load », *Annals New York Academy of Science*, vol. 840, no 1, 2006, p. 33-44.
- MELONI, MAURIZIO, « Epigenetics for the Social Sciences: Justice, Embodiment, and Inheritance in the Postgenomic Age », *New Genetics and Society*, vol. 34, no 2, 2015, p. 125-151.
- MONTGOMERY, SCOTT et al., « Health and Social Precursors of Unemployment in Young Men in Great Britain », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 50, no 4, 1996, p. 415-422.
- MOORE, KELLY, *Disrupting Science: Social Movements, American Scientists, and the Politics of the Military, 1945-1975*, Princeton University Press, 2013.
- MORISOD, KEVIN et al., « Vous avez dit populations vulnérables ? », *Revue Médicale Suisse*, vol. 16, no 698, 2020, p. 1262-1264.
- MULHALL, ANNE, « The Application of Epidemiology in Nursing Practice », dans A. Mulhall, *Epidemiology, Nursing and Healthcare: A New Perspective*, Macmillan Education, London, 1996, p. 147-188.
- NAVARRO, VICENTE et LEIYU SHI, « The Political Context of Social Inequalities and Health », *Social Science & Medicine*, vol. 52, no 3, 2001, p. 481-491.
- NIEWÖHNER, JÖRG, « Epigenetics: Embedded Bodies and the Molecularisation of Biography and Milieu », *BioSocieties*, vol. 6, no 3, 2011, p. 279-298.
- OEDC/WHO, *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*, OECD Publishing, 2011.
- Office fédéral de la statistique (OFS), *Enquête Suisse sur la santé 2012 - Vue d'ensemble*, OFS, Neuchâtel, 2013, sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.349058.html>.
- OMRAN, ABDEL R., « The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, no 4, 1971, p. 509-538.
- OPPENHEIMER, GERALD M., « Profiling Risk: The Emergence of Coronary Heart Disease Epidemiology in the United States (1947-70) », *International Journal of Epidemiology*, vol. 35, no 3, 2006, p. 720-730.
- OPPENHEIMER, GERALD M., RONALD BAYER et JAMES COLGROVE, « Health and Human Rights: Old Wine in New Bottles », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 30, 2002, p. 522-532.

- Organisation mondiale de la santé, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, WHO, Genève, 1981.
- PORTER, DOROTHY, *Health Citizenship: Essays in Social Medicine and Biomedical Politics*, University of California, Medical Humanities Consortium, Berkeley, 2011.
- PROCTOR, ROBERT et LONDA L. SCHIEBINGER (éds) *Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance*, Stanford University Press, 2008.
- RABEHARISOA, VOLOLONA, TIAGO MOREIRA et MADELEINE AKRICH, « Evidence-Based Activism: Patients', Users' and Activists' Groups in Knowledge Society », *BioSocieties*, vol. 9, no 2, 2014, p. 111-128.
- RENAULT, EMMANUEL, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes*, vol. 34, no 3, 2008, p. 195-205.
- ROMIJN FRANÇOIS et SÉVERINE LOUVEL, « Epidemiologists' ambivalence towards the epigenetics of social adversity », *BioSocieties*. Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1057/s41292-021-00248-2>.
- ROSE, HILARY et STEVEN ROSE, « The Radicalisation of Science », *Socialist Register*, vol. 9, no 9, 1972, p. 105-132.
- ROSE, STEVEN, RICHARD C. LEWONTIN et LEON J. KAMIN, *Not in Our Genes: Biology, Ideology and Human Nature*, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, 1984.
- SENIER, LAURA et al., « The Socio-Exposome: Advancing Exposure Science and Environmental Justice in a Post-Genomic Era », *Environmental Sociology*, vol. 3, no 2, 2017, p. 107-121.
- SFORZINI, ARIANNA, *Le gouvernement des corps*, Presses Universitaires de France, Paris, 2014.
- STARK, EVAN et al., « Introduction to the Special Issue on Health », *The Review of Radical Political Economics*, vol. 9, no 1, 1977.
- STRAUS, ROBERT, « The Nature and Status of Medical Sociology », *American Sociological Review*, vol. 22, no 2, 1957, p. 200-204.
- STUCKLER, DAVID et SANJAY BASU, *The Body Economic: Why Austerity Kills*, Basic Books, New York, 2013.
- SZASZ, THOMAS S., « The Myth of Mental Illness », *American Psychologist*, vol. 15, no 2, 1960, p. 113-118.
- SZRETER, SIMON, « Rethinking McKeown: The Relationship Between Public Health and Social Change », *American Journal of Public Health*, vol. 92, no 5, 2002, p. 722-725.
- VIRCHOW, RUDOLF, « Der Armenarzt », *Die medicinische Reform : eine Wochenschrift*, no 1-52 (1848-1849), no 18, 3 November, 1848, p. 125-127.
- WEST, PATRICK, « Perspectives on Health Inequalities: The Need for a Lifecourse Approach », *Medical Research Council Social & Public Health Sciences Unit*, 1998, p. 1-22.
- WILKINSON, RICHARD, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, New York, 1996.

WILKINSON, RICHARD et KATE PICKETT, *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Les petits matins ; Institut Veblen ; Étopia, Paris, [2010] 2013.

WOODHOUSE, EDWARD et al., « Science Studies and Activism: Possibilities and Problems for Reconstructivist Agendas », *Social Studies of Science*, vol. 32, no 2, 2002, p. 297-319.

ZOLA, IRVIN K., « Medicine as an Institution of Social Control », *The Sociological Review*, vol. 20, no 4, 1972, p. 487-504.

Liste des auteurs et des traducteurs

Mathieu Arminjon est historien et philosophe de la médecine et du soin, adjoint scientifique à la Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) à Lausanne.

Vincent Barras est médecin et historien, professeur d'histoire de la médecine et des sciences de la vie à l'Université de Lausanne, CHUV et Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne.

Patrick Bodenmann est médecin, chef du Département Vulnérabilités et médecine sociale à Unisanté, professeur ordinaire titulaire de la Chaire de Médecine des populations vulnérables à la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne et Vice-doyen à l'enseignement et à la diversité de cette même Faculté.

Carole Clair est médecin, professeure associée, médecin adjointe au Département des Policliniques du Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne (Unisanté). Elle est présidente de la Commission médecine et genre de l'Ecole de médecine de la Faculté de biologie et médecine (FBM) et co-dirige l'Unité Santé et genre (Unisanté).

Cyrille Delpierre est épidémiologiste, directeur de recherche INSERM au CERPOP, Université de Toulouse, Inserm, UPS (Toulouse, France). Il est directeur du CERPOP et co-responsable de l'équipe EQUITY – Incorporation biologique, inégalités sociales, épidémiologie du cours de la vie, cancer et maladies chroniques, interventions, méthodologie – (CERPOP, UMR1295).

Jean-Claude Dupont est professeur d'histoire et de philosophie des sciences à l'Université de Picardie Jules Verne (Amiens) et chercheur au Centre d'Histoire des Sociétés, des Sciences et des Conflits (CHSSC, EA 4289).

Elodie Giroux est professeure d'histoire et de philosophie des sciences à l'Université Jean Moulin Lyon 3 et chercheuse à l'Institut de Recherches Philosophiques de Lyon (IRPhL, EA 4187).

Nancy Krieger est épidémiologiste, professeure d'épidémiologie sociale au Department of Social and Behavioral Sciences, à la Harvard T.H. Chan School of Public Health et Directrice de la HSPH Interdisciplinary Concentration on Women, Gender, and Health.

Thierry Lang est professeur émérite de Santé Publique à l'Université de Toulouse, membre du CERPOP et de l'équipe EQUITY – Incorporation biologique, inégalités sociales, épidémiologie du cours de la vie, cancer et maladies chroniques, interventions, méthodologie – (CERPOP, UMR1295). Membre du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de 2007 à 2022.

Phillipe Longchamp est sociologue, professeur à la Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) à Lausanne.

Michael Marmot est médecin et épidémiologiste, professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'University College London. Il est actuellement Directeur du UCL Institute of Health Equity. Il a présidé la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2005 à 2008.

Kevin Morisod est médecin, assistant de recherche au Département Vulnérabilités et médecine sociale à Unisanté et doctorant à la Chaire de Médecine des populations vulnérables à la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne.

Sandrine Maulini est historienne, doctorante à l'Université de Genève et collaboratrice Ra&D à la Haute école de santé Vaud.

Joëlle Schwarz est sociologue et épidémiologiste. Elle est responsable de recherche au Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne (Unisanté), et co-dirige l'Unité Santé et genre. Elle est chargée de cours à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne.