

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)



De la communauté africaine-américaine à l’OMS : Naissance et circulation transnationale de l’épidémiologie (psycho)sociale

Mathieu Arminjon

Faire l’histoire de l’épidémiologie sociale¹

En 2005, l’épidémiologiste britannique Michael Marmot est nommé président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS (CDSS). Trois ans plus tard, la commission publie son rapport intitulé *Comblent le fossé en une génération. Instauration de l’équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (OMS - CDSS, [2008] 2009). Deux points ressortent du rapport : (1) il existe un gradient socio-économique de santé – que Marmot a résumé ailleurs ainsi « plus la position sociale est élevée, meilleure est la santé » (Marmot 2006, traduction française dans ce volume) – principalement déterminé par (2) le stress psychosocial induit par les inégalités sociales. En entérinant ces deux points, l’OMS donne crédit à un modèle étiologique spécifique, élevant le stress psychosocial au statut de cause fondamentale de maladies et de mortalité.

1 Ce chapitre est la traduction remaniée et complétée d’un article initialement paru dans la revue *Gesnerus* (Arminjon, 2020a).

En reconnaissant ce modèle étiologique, elle opère aussi un déplacement au sein de ses propres représentations des rapports entre économie d'une part et santé de l'autre. Car si l'égalité en matière de santé est l'un des principes fondateurs de l'OMS, on pouvait encore lire en 1978, dans le cadre de la stratégie *La santé pour tous d'ici à l'an 2000* que « le développement économique et social (...) revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés » (OMS, 1978, p. 2). Sous l'influence des épidémiologistes psychosociaux, le présupposé selon lequel le développement économique favoriserait la santé ainsi que la productivité des individus et des peuples est mis à mal. C'est ce que le rapport de 2008 précise sans détour : « la croissance économique est sans conteste importante, en particulier pour les pays pauvres, car elle fournit des ressources avec lesquelles améliorer les conditions de vie de la population. Mais la croissance en elle-même contribue peu à l'équité en santé sans politiques sociales conçues pour répartir les avantages de la croissance de façon relativement équitable » (OMS - CDSS, [2008] 2009, p. 1).

Paradoxalement, les épidémiologistes sociaux minimisent le rôle qu'a joué le modèle psychosocial dans la formation de leur discipline. Nancy Krieger, par exemple, estime que Marmot n'a fait que redécouvrir, « en fanfare » (Krieger, 2011, p. 78), le gradient socioéconomique originalement découvert par Louis René Villermé (1782-1863). Elle relativise encore la portée du modèle psychosocial en ce qu'il accorderait trop d'attention au stress psychosocial et pas assez aux politiques sociales et économiques qui en sont à l'origine (Krieger, 2001, traduction française dans ce volume). Dans les deux cas, l'apport du modèle psychosocial à l'épidémiologie en général, ainsi que la rupture épistémologique qu'il opère dans l'histoire de la santé publique et des recherches sur les inégalités sociales de santé se voient minimisés. Nous proposons ici de retracer les origines et le développement de

l'épidémiologie psychosociale² afin d'apprécier plus précisément ses apports et ses implications sociales.

Étant donné que Marmot est anglais et qu'il existe une indéniable culture de recherche sur les inégalités sociales de santé au Royaume-Uni³, on pourrait s'attendre à ce que l'histoire de l'épidémiologie psychosociale recoupe, au moins partiellement, celle de l'histoire de la santé publique britannique. Les années d'après-guerre ont effectivement été marquées au Royaume-Uni par la création du National Health Service (NHS) et l'émergence d'une « nouvelle santé publique » (Porter, 2011, p. 165) incarnée par une génération d'épidémiologistes – John Ryle (1889-1950), Thomas McKeown (1912-1988), Jerry Morris (1910-2009), Geoffrey Rose (1926-1993) – soucieux des déterminants sociaux de la santé. C'est à dessein que nous insistons ici sur l'ancrage national des problématiques propres à l'épidémiologie psychosociale. Ce chapitre vise justement à montrer que le discours porté par la Commission des déterminants sociaux de l'OMS est l'aboutissement d'une chaîne de mutations conceptuelles qui débute dans les années 1940-1950, lorsqu'une nouvelle génération d'acteurs dans le champ de la santé publique s'est attelée à repenser les fondements épistémologiques et les supposées « victoires » de la médecine du XIX^e siècle. Nous proposons d'illustrer cette mutation en suivant la trajectoire de deux modèles explicatifs : la *thèse McKeown* d'une part pour laquelle l'amélioration de la santé dépend du seul développement économique, et, de l'autre, ce que nous nommons la *thèse Dubos*, pour laquelle la santé d'une population dépend de l'état de vulnérabilité sociale des individus. Si la première a marqué l'histoire de la santé publique, pour venir

2 Le label « épidémiologie psychosociale » n'est pas usité en tant que tel ; nous utilisons cette formule afin de distinguer ce courant des autres approches en épidémiologie sociale, notamment l'approche « matérialiste » (voir ci-dessous) qui ne mobilise pas, voire s'oppose au modèle psychosocial. Sur ces débats, voir notamment Lynch et al. (2000).

3 Depuis le début des années 1980, pas moins de quatre rapports majeurs relatifs aux inégalités sociales de santé y ont été publiés : Black, 1980 ; Whitehead, 1987 ; Ancheson, 1998 ; Benzeval, Judge, et Whitehead, 1995.

constituer « une nouvelle orthodoxie » (Colgrove, 2002, p. 726) en santé publique, la seconde n'a pas bénéficié de la même visibilité. Pourtant, comme nous voulons le montrer, porter la focale sur la thèse Dubos permet à la fois d'explorer les fondements du paradigme psychosocial que Marmot défend au sommet de l'OMS et de montrer que ce modèle ne trouve aucunement son origine au Royaume-Uni, mais s'avère intimement enraciné dans la culture de santé publique états-unienne, marquée par les inégalités raciales de santé et en particulier par la forte prévalence de l'hypertension dans la communauté africaine-américaine. Or la mise au jour de cet enracinement dans la culture de santé publique américaine éclaire les enjeux proprement psychosociaux du modèle.

Sur le plan méthodologique, nous proposons d'adopter une perspective transnationale et d'appréhender l'épidémiologie psychosociale comme un « activisme fondé sur des preuves », soit comme une discipline portée par des acteurs qui ne contestent pas les discours scientifiques « de l'extérieur », mais qui tentent d'imaginer de nouvelles approches épistémiques et politiques afin de réformer, *de l'intérieur*, les savoirs et les institutions (Rabeharisoa, Moreira et Akrich, 2014). Cette perspective nous permet de retracer l'évolution de la thèse Dubos et du modèle psychosocial, ainsi que sa circulation, tant sur les plans nationaux et internationaux. Nous retraçons ainsi l'émergence de l'épidémiologie psychosociale dans la culture de santé publique états-unienne, caractérisée par la lutte pour les droits civiques, puis sa circulation et indigénisation dans le contexte scientifique et politique du Royaume-Uni des années 1980, marqué par le thatchérisme. Nous faisons l'hypothèse que cette circulation a contribué à « déracialiser » l'épidémiologie psychosociale, lui donnant ce faisant une dimension universalisante lui permettant d'être relayée dans un « espace transnational » (Saunier, 2004) tel que celui de l'OMS. Ceci nous amènera à conclure sur le très relatif succès des épidémiologistes psychosociaux à imposer la thèse Dubos, contre la thèse McKeown, dans les stratégies internationales de lutte contre les inégalités sociales de santé.

La « thèse McKeown » et la culture de santé publique anglaise

L'épidémiologie sociale est aujourd'hui associée au nom de certains épidémiologistes britanniques qui, à l'instar de Richard Wilkinson ou de Marmot, ont popularisé la thèse selon laquelle l'état de santé serait principalement déterminé par des facteurs sociaux. L'épidémiologie sociale peut donc apparaître comme une discipline anglo-saxonne, principalement développée au Royaume-Uni, notamment dans le sillage des grandes figures de la médecine sociale britannique des années 1950 : John Ryle (1889-1950), Thomas McKeown (1912-1988), Jerry Morris (1910-2009), Geoffrey Rose (1926-1993). Cette génération de médecins et d'épidémiologistes a effectivement porté les principes d'une « nouvelle santé publique » (Porter, 2011, p. 165) qui, dans sa remise en cause de la médecine clinique, s'est rendue particulièrement attentive à l'étude des déterminants sociaux de la santé. Dorothy Porter a cependant montré que même si les recherches sur les inégalités sociales de santé ont bénéficié de l'essor de la médecine sociale au sortir de la Seconde Guerre mondiale, cet intérêt n'a fait que décroître dans le courant des années 1960 au profit d'une épidémiologie des facteurs de risques individuels (Porter, 2011). À cet égard, les travaux de Thomas McKeown, l'un des premiers professeurs de médecine sociale du Royaume-Uni nommé à l'Université de Birmingham en 1945, incarnent particulièrement bien le statut paradoxal de la recherche sur les facteurs sociaux de la santé dans la seconde moitié du XX^e siècle.

Dans les années 1950, McKeown publie une série d'articles rassemblés ensuite dans deux livres, *The Modern Rise of Population* (McKeown, 1976a) et, surtout, *The Role of Medicine : Dream, Mirage, or Nemesis ?* (McKeown, 1976b), dans lesquels il se livre à une analyse critique des raisons habituellement invoquées afin d'expliquer l'augmentation de la population qui a marqué le tournant du XX^e siècle. Mobilisant les statistiques des causes de décès recueillies en Angleterre et en Irlande depuis les années 1800, McKeown s'attelle à démontrer que l'augmentation de la

population ne peut s'expliquer par une baisse de la virulence des agents infectieux, ni par l'immunisation progressive de la population à ces mêmes agents. L'analyse entend démontrer que ni la médecine scientifique (chimiothérapie et vaccins), ni la médecine sociale (hygiène et campagnes de vaccination), ne peuvent être tenues responsables de la baisse significative du taux de mortalité. Pour la tuberculose en particulier, McKeown montre que le taux de mortalité a amorcé une baisse significative dès 1838, soit bien avant la découverte du bacille par Koch, en 1882, et la généralisation du traitement par la streptomycine et la vaccination par le BCG dans les années 1940. Par voie d'élimination, McKeown formule la thèse passée à la postérité sous le nom de « thèse McKeown » [*McKeown thesis*] selon laquelle la transition démographique et épidémiologique amorcée au XVIII^e siècle n'est pas imputable à une quelconque action médicale et doit être attribuée à l'augmentation du niveau de vie de la population accompagnant l'industrialisation. L'amélioration de l'alimentation – que McKeown considère comme un simple épiphénomène du développement économique – aurait rendu la population plus résistante à une grande variété de maladies infectieuses, à la tuberculose en particulier.

Associée aux thèses qu'Ivan Illich défend dans *Medical Nemesis: the Expropriation of Health* (Illich, 1975), la thèse McKeown vient alimenter cette « nouvelle orthodoxie » critique qui, dans années 1970-1990, s'active à déconstruire le discours triomphaliste selon lequel la biomédecine aurait vaincu les épidémies⁴. La thèse McKeown a plus récemment suscité des critiques permettant de préciser sous quelles conditions on peut affirmer qu'elle a contribué au déclin de l'intérêt pour les déterminants sociaux des maladies au Royaume-Uni. Premièrement, il est notable que l'édition originale de *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?*, datée de 1976, ne fait aucune mention des déterminants sociaux de la santé

4 Dans la seconde édition de *The Role of Medicine* (McKeown, [1979] 2014), McKeown se défend de partager les vues d'Illich. Il précise d'ailleurs : « Une lecture attentive n'est pas nécessaire afin de montrer que les deux livres ont peu en commun, sauf peut-être dans le sens où l'on peut dire que la Bible et le Coran se caractérisent par le fait qu'ils traitent tous deux de questions religieuses » (McKeown, [1979] 2014, p. VII, notre traduction).

(Webster, 2013, p. 103). La thématique fait l'objet de quelques pages seulement, ajoutées à la seconde édition de 1979. McKeown y soutient que les inégalités de santé mesurables au Royaume-Uni « sont principalement imputables aux effets directs ou indirects de la pauvreté, et qu'elles seraient largement éliminées s'il était possible d'élever les niveaux de vie inférieurs et les soins médicaux au niveau des plus élevés » (McKeown, [1979] 2014, p. 85, notre traduction). Par ailleurs, comme le note Szreter (2002), en présupposant que les inégalités sociales de santé disparaissent « naturellement » avec l'amélioration du niveau de vie, McKeown défend une thèse libérale. Aussi, en célébrant les réussites de la médecine sociale (contre la médecine scientifique ou de laboratoire) tout en faisant reposer son efficacité sur la seule augmentation des standards de vie, la thèse McKeown conduit paradoxalement à rendre inutile toute étude portant sur les inégalités sociales de santé et, surtout, toute stratégie de santé publique qui viserait à les réduire. En définitive, cette version sanitaire du « laisser-faire » libéral est loin de constituer un terrain favorable aux recherches et aux actions sur les inégalités sociales de santé publique. C'est à la subsistance de la thèse McKeown que s'oppose clairement le Comité pour les déterminants sociaux de la santé de l'OMS en 2008. Or les principes aux fondements de cette opposition étaient déjà en germe dans les travaux que René Dubos menait, au même moment que McKeown, de l'autre côté de l'Atlantique.

La « thèse Dubos » et la culture de santé publique états-unienne

Quelques années avant McKeown, le microbiologiste d'origine française établi aux États-Unis René Dubos, soutient que la médecine de laboratoire n'a pas été à l'origine de la baisse des maladies infectieuses, notamment de la tuberculose, principales causes de mortalité jusqu'au tournant du XX^e. Comme McKeown, Dubos estime que la mortalité tuberculeuse a bien chuté avant la découverte des agents infectieux et des traitements *ad hoc*. L'explication qu'avance Dubos est pourtant différente de celle de son confrère

anglais. Aucune « main invisible » supposée entraîner de concert le développement économique et l'amélioration de la santé de la population générale n'est selon lui de nature à expliquer l'explosion démographique. Pour Dubos, celle-ci est principalement due aux initiatives médicales et surtout politiques initiées par les défenseurs de la médecine sociale tout au long du XIX^e siècle. Villermé, Virchow et Chadwick, entre autres, sont évidemment crédités pour leurs apports et leurs actions dans la mise en place de mesures d'hygiène, d'assainissement des villes, ou encore l'amélioration de la qualité de l'eau et de la nourriture. Dubos ne se contente pas pour autant de célébrer les mérites des grandes figures de la médecine sociale. Si ces actions ont effectivement été efficaces, elles ne reposaient selon lui que sur des bases idéologiques : « la conquête des maladies épidémiques, précise-t-il, a été en grande partie le résultat de campagnes en faveur d'une alimentation pure, d'une eau pure et d'un air pur, fondées non pas sur une doctrine scientifique mais sur une foi philosophique » (Dubos, 1959, p. 151, notre traduction). Les tenants de la médecine publique opposaient à la théorie des germes moins une théorie scientifique qu'une morale hygiéniste teintée d'hippocratisme appelant à restaurer l'harmonie entre l'homme et l'environnement « naturel » mise à mal par l'industrialisation et l'urbanisation croissante (Dubos 1959, p. 145). Si donc Dubos accorde à la médecine sociale l'efficacité que McKeown lui refuse, il n'en discrédite pas moins sa valeur scientifique. Or c'est précisément à partir de ces réflexions liminaires que son analyse se déploie, non seulement comme une critique de l'historiographie triomphante de la médecine du XIX^e siècle, mais aussi, et surtout, comme un plaidoyer en faveur d'une médecine du futur, qui parviendrait à dépasser aussi bien les errements épistémologiques de l'ancienne santé publique, que l'absence de considérations socio-environnementales de la médecine de laboratoire.

Critiquant plus avant les triomphes généralement attribués à la médecine scientifique, Dubos écrit :

On peut affirmer avec une grande certitude que la plupart des personnes présentes dans la pièce où [Koch] a lu son article historique en 1882

avaient été infectées à un moment donné par le bacille de la tuberculose (...). À l'époque, en Europe, pratiquement tous les citoyens étaient infectés, même si seul un pourcentage relativement faible d'entre eux développait la tuberculose ou souffrait d'une quelconque manière de leur infection. (Dubos, 1959, p. 105, notre traduction)

Loin de la représentation selon laquelle la tuberculose touchait indistinctement toute la population, Dubos remarque que le taux de mortalité tuberculeuse a d'abord décliné dans les classes les plus aisées. Or ce constat l'amène à questionner le modèle étiologique dominant l'infectiologie et la bactériologie : est-ce l'agent infectieux qui est la cause de la maladie, ou est-ce l'état de sensibilité de l'individu qui détermine sa résistance ou sa vulnérabilité à un agent pathogène ? C'est ce déplacement du raisonnement étiologique que Dubos illustre en se réappropriant les mots de Bernard Shaw : « Le microbe caractéristique d'une maladie pourrait être un symptôme plutôt qu'une cause » (cité dans Dubos, 1959, p. 83, notre traduction). Sur cette base, la baisse du taux de mortalité tuberculeuse dans les classes aisées trouve à s'expliquer par la « susceptibilité de l'hôte » (Dubos, 1959, p. 83, notre traduction), elle-même déterminée par son statut socio-économique. En définitive, Dubos opère un double déplacement : la focale se déplace de l'agent infectieux à la sensibilité de l'hôte, puis de la sensibilité de l'hôte au statut socio-économique de la personne malade.

Reste à préciser comment, selon Dubos, le statut socioéconomique peut rendre l'hôte plus sensible à l'agent pathogène. Ses réponses s'affinent au fur et à mesure de ses travaux. En 1959 estime que :

la cause provocatrice d'une maladie microbienne peut être une perturbation de l'un des facteurs de [l']environnement externe ou interne – que ce soit les conditions météorologiques, la disponibilité de la nourriture, les habitudes de travail, le statut économique ou le stress émotionnel. (Dubos, 1959, p. 93, notre traduction)

En 1965, Dubos se montre plus précis encore :

La maladie microbienne la plus courante dans nos communautés aujourd'hui provient des activités de micro-organismes qui sont omniprésents dans l'environnement, qui persistent dans l'organisme sans causer de

dommages évidents dans des circonstances ordinaires, et qui n'exercent des effets pathologiques que lorsque la personne infectée est dans des conditions de stress physiologique. (Dubos, 1965, p. 164, notre traduction)

L'oscillation apparente entre stress « émotionnel » et « stress physiologique » ne relève pas de l'imprécision. Dans la lignée des travaux de Hans Selye, de Harold G. Wolff et surtout de Walter B. Cannon, le terme de stress désigne un état émotionnel à l'interface entre les niveaux physiologique et psychologique, venant déstabiliser l'équilibre adaptatif d'un organisme⁵.

À l'opposé de la vision libérale de McKeown, pour qui la médecine se voit dépossédée de toute efficacité en faveur du seul développement économique, la « thèse Dubos » mène quant à elle à assigner une double mission à la médecine, à la fois scientifique et politique. C'est bien ce que confirme Dubos lorsqu'il définit les contours de la médecine du futur telle qu'il l'imagine :

Il n'est pas impossible qu'à l'avenir, comme dans le passé, les mesures efficaces de prévention des maladies soient motivées par une révolte émotionnelle contre certaines des insuffisances du monde moderne (...). Cette attitude ne doit pas nécessairement signifier un retrait de la science – loin de là. La croisade pour l'air pur, l'eau pure, la nourriture pure était au mieux une approche naïve et souvent inefficace des problèmes de la santé au XIX^e siècle, mais elle a ouvert la voie à l'analyse scientifique des facteurs responsables du climat épidémique de la révolution industrielle. De même, la médecine scientifique va certainement définir les facteurs de l'environnement physique et les types de comportement qui constituent des menaces pour la santé dans la société moderne. (Dubos, 1959, p. 219, notre traduction)

Il importe ici de souligner que la « thèse Dubos » débouche sur un double programme épistémologique *et* politique. Sur le plan épistémologique, d'une part, la médecine sociale à venir doit pouvoir reposer sur un modèle physiologique précis. La médecine de laboratoire, jusqu'alors focalisée sur l'agent infectieux mono-causal, doit parvenir à intégrer au sein de ses protocoles de recherche les déterminants psychologiques et sociaux qui modulent, via la

5 Les références de Dubos relatives au stress psychosocial sont particulièrement explicites dans Dubos, Pines et The Editors of Time-Life Books ([1965] 1971). Sur l'histoire de la formation du stress voir Jackson (2013) et Arminjon, 2020c).

physiologie du stress, la susceptibilité de l'hôte. Ce faisant, cette nouvelle médecine sera en mesure de remplacer la justification idéologique de la médecine sociale par des données expérimentales. D'autre part, ce programme ne pourra être mené qu'à la condition que ceux qui le mettent en œuvre soient motivés par une « révolte émotionnelle ». Or c'est bien à la frontière entre objectivation scientifique et engagement politique contre les inégalités raciales de santé que va émerger et se former l'épidémiologie psychosociale comme un activisme fondé sur des preuves.

Épidémiologie sociale : les inégalités raciales avant le modèle psychosocial

Selon Krieger, l'expression « épidémiologie sociale » apparaît pour la première fois dans un article d'Alfred Yankauer (Krieger, 2001, p. 668, traduction française dans ce volume). Ce diplômé de Harvard consacre sa carrière à la santé publique, en particulier materno-infantile (Ladwig et Brown, 2015). Au terme d'une formation de trois années passées en tant qu'officier de santé pour le département de la santé de la ville de New York, Yankauer publie une étude basée sur les chiffres du recensement de 1940. Dans son article intitulé « The Relationship of Foetal and Infant Mortality to Residential Segregation: An Inquiry into Social Epidemiology », Yankauer indique que : « dans les quartiers de la ville de New York, les taux de mortalité fœtale et infantile des Blancs et des Noirs augmentent à mesure que la proportion de Noirs dans le quartier augmente » (Yankauer, 1950, p. 646, notre traduction). À vrai dire, il existe au moins une occurrence antérieure de l'expression « épidémiologie sociale », remontant à 1929. Il s'agit d'un article dans lequel Eugene Lindsey Bishop, officier de santé publique de l'État du Tennessee, expose les grandes lignes d'un projet de recherche visant, déjà, à étudier les causes de la surmortalité dans la communauté africaine-américaine :

Les causes de la morbidité et de la mortalité élevées chez les Noirs doivent être appréhendées sur le terrain par deux types de personnel travaillant

ensemble du point de vue de ce que l'on peut appeler une épidémiologie médicale et une épidémiologie sociale. (Bishop, 1929, p. 1944, notre traduction)

Quoi qu'il en soit de la date d'apparition du terme, il importe ici de souligner que ces premières occurrences placent d'emblée l'épidémiologie sociale dans une culture de santé publique états-unienne, marquée par les inégalités raciales de santé.

C'est bien le cas de l'article de Yankauer. En guise d'explication à la corrélation entre l'augmentation des risques de mortalité fœtale et le nombre d'habitants noirs, Yankauer évoque la surpopulation dans les ghettos, des loyers proportionnellement plus élevés, de moins bonnes conditions d'hygiène et un accès plus limité à des aliments variés et de bonne qualité. Les membres de la communauté noire souffrent donc de conditions de vie matériellement dégradées et n'ont accès qu'à des établissements médicaux surchargés. La faiblesse des ressources financières consacrées à l'alimentation et aux soins aggrave encore la situation. Yankauer conclut son article sur un plaidoyer en faveur d'actions à grande échelle visant à réduire la ségrégation résidentielle.

À ce stade, l'épidémiologie sociale telle que Yankauer la conçoit mobilise bien des catégories ethno-raciales, mais ces dernières ne sont appréhendées que sous l'angle d'une ségrégation géographique qui détermine, à son tour, l'accessibilité à certains biens matériels tels qu'une alimentation ou des soins adéquats. Ainsi, il est présupposé que les mêmes causes produiraient les mêmes effets sur toute autre communauté, même blanche. C'est en effet ce qu'indiquent les données : quand la « proportion de Noirs » augmente dans un quartier, la mortalité fœtale augmente *tant pour les Blancs que pour les Noirs*. En d'autres termes, à niveau de ressources équivalent, les communautés noires et blanches devraient montrer un taux de mortalité fœtale égal.

Ainsi, l'épidémiologie sociale apparaît dans un contexte de santé publique spécifique, et fait état d'un style de raisonnement approuvant celui de McKeown : pour Yankauer, il ne fait aucun doute qu'une amélioration générale du niveau de vie (meilleur accès à une

alimentation décente, aux soins médicaux, etc.) devrait mécaniquement conduire à une amélioration de l'état de santé des populations concernées.

Revenant sur les résultats de son étude en 1990, Yankauer note, désabusé, qu'il n'en a rien été ; si la mortalité infantile a bien diminué, notamment grâce à l'amélioration des techniques de soin, l'écart entre les communautés noire et blanche n'a pas disparu, bien au contraire (Yankauer, 1990). C'est justement l'énigme de l'inégale distribution raciale des maladies et de la mortalité qui va amener l'épidémiologie sociale à dépasser l'appréhension des inégalités sociales de santé en termes d'accessibilité aux ressources matérielles ou au soin, au profit d'une approche centrée sur la susceptibilité psychosociale de l'hôte.

Les maladies chroniques dans une physiopathologie ethnocentrique

Dès les années 1930, aux États-Unis, c'est surtout dans le cadre de l'évaluation de l'impact des maladies chroniques sur la vie économique qu'est relevée l'existence de disparités raciales de santé⁶. Les travailleurs noirs ont un taux d'invalidité supérieur aux Blancs (Britten, 1934) et l'on note déjà que parmi les employés d'une même entreprise, la pression artérielle des travailleurs noirs est supérieure à celle de leurs collègues blancs (Adams, 1932). Si, durant ces années, ces différences préoccupent essentiellement la médecine du travail (*occupational medicine*), elles vont devenir, au cours des décennies suivantes, un enjeu de santé publique. Des années 1930 aux années 1960, les données attestant d'une forte prévalence de l'hypertension artérielle dans la communauté africaine-américaine s'accumulent. Mais si le fait est connu, les causes sont encore incertaines.

En 1957, Lennard et Glock (1957) énumèrent les différentes hypothèses en lice, ainsi que leurs limites. L'hypothèse de « l'effort physique [*physical exertion*] » reconduit la thèse du « fossé économique » : les Africains-Américains occupent les professions

6 Pour l'histoire de la construction des maladies chronique aux États-Unis voir Weisz (2014).

les moins bien payées et celles qui, par conséquent, requièrent les plus grands efforts physiques. Pourtant, notent les auteurs, aucune donnée ne permet de lier effort physique et augmentation de la tension artérielle. Au contraire, l'activité physique est connue pour diminuer les risques de maladies coronariennes. Lennard et Glock évoquent ensuite la thèse « psychosociale » de Abram Kardiner et Lionel Ovesey (1951). Ces derniers émettent l'hypothèse que l'hypertension serait due aux « conflits psychologiques » engendrés par les sentiments agressifs refoulés contre les Blancs, ainsi que par le stress émotionnel induit par la pression psychologique exercée sur les Africains-Américains. Lennard et Glock notent cependant que cette hypothèse d'inspiration psychanalytique ne saurait être validée en l'état dès lors qu'elle ne repose que sur une série de 25 entretiens. L'hypothèse des « troubles associés [*associated disorders*] » consiste quant à elle à affirmer que l'hypertension résulte d'autres pathologies comme la syphilis ou la pyélonéphrite. Pour Lennard et Glock, les données en la matière s'avèrent contradictoires. Enfin, ils évoquent la thèse d'un trait génétique prédisposant les Africains-Américains à l'hypertension. À cet égard, les auteurs relèvent un manque de données. Point marquant, Lennard et Glock indiquent qu'une telle thèse ne pourrait être validée qu'à la condition de démontrer qu'« une disposition raciale à l'hypertension se manifesterait par une fréquence plus élevée de l'hypertension chez les Noirs que chez les Blancs, où qu'ils se trouvent » (Lennard et Glock, 1957, p. 191, notre traduction). Cette remarque méthodologique s'avère fondamentale : l'énigme que constitue l'hypertension artérielle dans la communauté africaine-américaine pourrait effectivement être résolue par la mise en place d'un programme de recherches relevant de la physiologie comparée⁷. La possibilité même d'établir une épidémiologie « cross-culturelle » (Lennard et Glock, 1957, p. 192) de l'hypertension dénote une prise de conscience que la biomédecine élève les paramètres physiologiques de l'homme blanc au rang de constantes normales, naturelles et donc universelles. C'est reconnaître par la même occasion que la médecine, tout comme

7 Sur l'idée de physiologie comparée, voir Arminjon (2020b).

les sciences sociales, n'est pas à l'abri de céder à l'ethnocentrisme. Or cette épidémiologie cross-culturelle de l'hypertension va ouvrir la voie à l'étude des variations des paramètres physiologiques en fonction de diverses variables, qu'elles soient raciales, culturelles ou socio-économiques.

Vers une épidémiologie socio-culturelle de l'hypertension

En 1963, Jack Geiger et Norman A. Scotch (1963) publient un article de synthèse dans lequel ils recensent plus d'une centaine de recherches visant à mesurer la variabilité « socio-culturelle » de la tension artérielle. La plus ancienne date de 1916 (Conception et Bulatao, 1916). Sur cette centaine d'études, seules dix-neuf présentent des échantillons homogènes permettant de comparer la tension artérielle dans vingt-deux sociétés différentes en fonction de l'âge et du sexe. Les auteurs révèlent une variabilité de la pression sanguine moyenne des personnes âgées de 46 à 65 ans. La pression la plus faible pour les deux sexes (105/68) est mesurée chez les Indiens Kuna du nord de la Colombie. La plus élevée est mesurée chez les habitants des Îles Vierges américaines (Saunders et Bancroft, 1942), un archipel des Caraïbes sous administration américaine depuis 1917. L'étude de Saunders et Bancroft permet de croiser les mesures physiologiques avec l'état civil des habitants noirs et blancs de l'archipel et de comparer les résultats à ceux des Américains du continent. Aux États-Unis, la pression artérielle moyenne se situe entre 142/85 pour les hommes et 144/85 pour les femmes. Dans la communauté blanche des îles Vierges, elle est de 146/86 pour les hommes et de 148/86 pour les femmes. Dans la communauté noire, elle s'élève à 156/93 pour les hommes et à 169/98 pour les femmes. Pour Geiger et Scotch, le fait que les Blancs des îles Vierges présentent une pression artérielle plus élevée que celle des Américains du continent amène à penser que la différence est principalement le résultat de facteurs socio-économiques affectant toutes les « races », et en particulier les Noirs, qui sont les moins matériellement privilégiés : « les habitants des îles Vierges sont généralement pauvres ; ils souffrent de carences en vitamines ;

et tant les Noirs que les Blancs ont une tension artérielle plus élevée que les personnes vivant aux États-Unis » (Saunders et Bancroft, 1942, p. 422, notre traduction).

Les auteurs rapportent cependant que leur position ne fait pas l'unanimité. Pour Marvin Moser, éminent spécialiste de l'hypertension à l'École de médecine de Yale, cette étude, ainsi que d'autres travaux similaires réalisés au Congo belge, au Ruanda-Urundi, en Rhodésie du Nord, au Liberia et en Afrique du Sud, corroborent plutôt la théorie selon laquelle « l'hypertension artérielle se produit même chez certaines tribus primitives » (Moser, 1960, p. 989, notre traduction). Il faut s'intéresser ici à ce qu'il entend par « tribu primitive ». Moser est pleinement conscient du fait que les études menées jusqu'alors ne permettent pas d'établir de véritables comparaisons susceptibles de déterminer si l'hypertension mesurée chez les Africains-Américains est d'origine génétique ou non :

Malheureusement, jusqu'à présent, il n'a pas été possible de comparer directement les données sur la prévalence de l'hypertension chez les Noirs d'Afrique et des États-Unis, car des enquêtes adéquates sur la pression artérielle n'ont pas été réalisées sur la côte ouest de l'Afrique (Ghana, Liberia et Afrique équatoriale française), les points d'origine des Noirs amenés au Nouveau Monde. La plupart des données rapportées à ce jour proviennent d'Afrique du Sud et d'Afrique de l'Est, des régions où la population peut différer considérablement de celle des Noirs américains. (Moser, 1960, p. 993, notre traduction)

Moser se réfère notamment à une étude réalisée en Afrique du Sud (Meyer et al., 1964) impliquant une analyse *post mortem* du système cardiovasculaire de 194 Sud-Africains blancs d'origine européenne et de 346 Bantous, une communauté linguistique qui, bien qu'ayant migré vers l'est et le sud de l'Afrique, est originaire d'Afrique de l'Ouest. Or dans la cohorte étudiée, « la majorité des sujets Bantous adultes a passé son enfance dans les zones rurales et s'est déplacée vers les zones urbaines après l'âge d'environ 16 ans » (Meyer et al., 1964, p. 415, notre traduction). De la même manière, l'étude mobilisée par Moser est supposée porter sur des « peuples primitifs ». Elle concerne en fait « l'ensemble des populations de deux petits villages séparés d'environ 50 miles au Libéria,

en Afrique, et de jeunes hommes sains de la plantation Firestone au Libéria » (Moser, 1960, p. 993, notre traduction). Dans les deux cas, tout comme dans l'étude sur les îles Vierges, les populations dites « primitives » proviennent en fait de villes, de villages ruraux ou de plantations. Il n'est pas possible, sur cette base, de tester l'hypothèse d'une prédisposition naturelle à l'hypertension dès lors que les variables relatives aux milieux socio-culturels (rural, urbain, agricole...) ne sont pas contrôlées.

Scotch (1963) a justement mené une étude sur les facteurs socio-culturels de l'hypertension afin d'éviter les écueils méthodologiques auxquels s'expose Moser. Au cours d'un voyage de recherche de deux ans en Afrique du Sud, il étudie la pression artérielle d'un groupe de Zoulous vivant dans une réserve qui, malgré une pauvreté certaine, a conservé un mode de vie traditionnel peu affecté par l'Apartheid. Il a par ailleurs comparé leur tension à celle de Zoulous qui ont migré pour des raisons économiques à Durban où « le harcèlement et les arrestations par la police sont des faits de la vie quotidienne et doivent être considérés comme extrêmement stressants » (Geiger et Scotch, 1963, p. 1205, notre traduction). La tension artérielle des deux groupes de Zoulous a pu être comparée à celle de la communauté blanche et à celle des Afro-Américains de Comstock, en Géorgie, dans le sud des États-Unis. Ces mesures permettent à Scotch de révéler que « les Zoulous ruraux ont la pression artérielle moyenne la plus basse, les Géorgiens blancs sont un peu plus élevés, les Zoulous urbains sont encore plus élevés, et les Noirs de Géorgie sont les plus élevés de tous » (Scotch, 1963, p. 1207, notre traduction). Si donc les Zoulous ruraux présentent une tension artérielle plus basse que certaines populations blanches aux États-Unis, alors la thèse d'une déficience intrinsèque (génétique) de la « race noire » semble perdre toute validité. Elle est encore affaiblie par le fait que l'étude démontre une corrélation entre la durée de résidence en ville et l'augmentation de la pression artérielle : « plus la résidence est longue, plus l'hypertension est élevée » (Scotch, 1963, p. 1208, notre traduction).

Revenons à l'article de synthèse de Geiger et Scotch faisant état de dix-neuf études portant sur vingt-deux sociétés différentes. Les

auteurs rapportent que les hommes et les femmes noirs des îles Vierges présentent la pression artérielle la plus élevée. C'est dans la communauté indienne Kuna que l'on enregistre la tension la plus faible. Non seulement elle est basse, mais elle est par ailleurs égale pour les deux sexes et ne varie pas avec l'âge. On reconnaît ici le profil caractéristique de la pression artérielle telle qu'elle est mesurée dans les populations véritablement « primitives », c'est-à-dire les populations dont l'organisation sociale n'a pas été affectée par la sédentarité, l'agriculture et l'industrialisation. C'est précisément ce qu'une recherche interdisciplinaire impliquant des cardiologues, des épidémiologistes et des anthropologues met au jour en 1967 dans une communauté de chasseurs-cueilleurs d'Afrique de l'Ouest totalement préservée des influences extérieures (Epstein et Eckoff, 1967). Les résultats, confirmés à de nombreuses reprises depuis, attestent que le profil de la tension artérielle chez les Indiens Kuna, faible pour les deux sexes et n'augmentant pas avec l'âge, caractérise le style de vie des communautés de chasseurs-cueilleurs⁸. Ces résultats vont très largement contribuer à renforcer la thèse d'une variabilité culturelle certes, mais surtout socioéconomique de l'hypertension dans la communauté africaine-américaine. On verra que c'est en important le modèle de la vulnérabilité de l'hôte développé par Dubos pour le champ de la virologie dans celui de l'épidémiologie cross-culturelle de l'hypertension que l'épidémiologie sociale américaine va redéfinir ses contours disciplinaires et devenir l'étude des déterminants psychosociaux des maladies.

John Cassel : une épidémiologie psychosociale

En 1970, Sol Levine et Norman Scotch publient un ouvrage collectif intitulé *Social Stress*. Pour les deux éditeurs, ce livre s'impose dès lors qu'il n'existe selon eux pas de « discussion systématique des

8 Cette thèse fut un temps contestée par Wilson et Grim (1991). Selon ces derniers, les esclaves possédant une sensibilité au sel, et donc retenant plus de sodium et d'eau, auraient bénéficié d'un avantage sélectif leur permettant de supporter les conditions de transport vers l'Amérique ainsi que les conditions de vie dans les plantations. Pour une critique, voir Curtin (1997).

questions conceptuelles et méthodologiques des sources et des conséquences du stress social » (Levine et Scotch, [1970] 2013, p. 10, notre traduction). Ils mobilisent le cas paradigmatique de l'hypertension artérielle dans la communauté afro-américaine dès l'introduction :

On peut s'accorder à dire que les Noirs souffrent davantage d'expériences de stress et ont également une prévalence plus élevée d'hypertension. Malheureusement, à ce stade les épidémiologistes – du moins jusqu'à récemment – n'ont pas réussi à approfondir la question et à tester la relation entre les expériences de stress et le développement de l'hypertension. (Levine et Scotch, [1970] 2013, p. 5, notre traduction)

À quels apports récents se réfèrent-ils ? En fait, John Cassel, directeur du département d'épidémiologie de l'Université de Caroline du Nord, compte parmi les contributeurs de l'ouvrage collectif. Pour ce dernier, la masse de données épidémiologiques transculturelles ne peut à elle seule apporter la réponse à la question de la non-universalité de l'hypertension, mais elle s'ajoute à un faisceau de preuves :

Malgré la faiblesse de chaque étude prise individuellement, une concordance de résultats assez extraordinaire est obtenue lorsqu'on examine toutes les études simultanément. Ainsi, les études sur le niveau de pression artérielle menées au cours des 30 dernières années dans de nombreux pays du monde (...) ont universellement montré que les populations vivant dans de petites sociétés soudées [*cohesive*], « isolées » des changements qui se produisent dans les pays occidentaux en voie d'industrialisation, [ont] une pression artérielle basse qui ne diffère pas chez les jeunes et les personnes âgées. (Cassel, [1970] 2013, p. 196, notre traduction)

Cassel mobilise le modèle de Dubos de la « susceptibilité de l'hôte » qu'il transfère du champ des maladies infectieuses à celui des maladies chroniques :

D'après les données résumées jusqu'à présent, il ne semble pas déraisonnable d'espérer que l'identification plus précise de certains des processus sociaux évoqués puisse apporter de nouvelles informations importantes sur certaines des sources de stress physiologique que Dubos juge responsable de « convertir une infection latente en symptômes et en pathologies manifestes ». (Cassel, [1970] 2013, p. 200, notre traduction)

Les données en question sont de plusieurs types. Un an avant sa contribution au livre de Levine et Scotch, Cassel publie avec le physiologiste James Henry dans *l'American Journal of Epidemiology* un article (Henry et Cassel, 1969) dans lequel ils recensent l'ensemble des données relatives à l'étiologie de l'hypertension artérielle. D'après eux, les recherches en épidémiologie cross-culturelle semblent indiquer que les facteurs de risque généralement cités – l'alimentation, le tabac, la consommation de sel, l'obésité ou l'hérédité – ne sont que des facteurs aggravants plutôt que les causes directes de l'hypertension. Ils se réfèrent notamment à une étude menée par Henry visant à comparer l'état de santé de deux groupes de rats, l'un soumis à une alimentation spécifique (caféine, aliments gras, salé, etc.), l'autre soumis une « désorganisation sociale ». Certains rats du deuxième groupe sont isolés à leur naissance avant d'être réintroduits, à maturité, dans le groupe « social » afin de perturber la hiérarchie sociale établie. Or si l'alimentation n'a que peu d'effet sur le premier groupe, on peut mesurer dans le second une augmentation significative des ulcères gastro-duodénaux et de l'hypertension. Henry en conclut que c'est le « stress social » chronique, relatif à la désorganisation de la hiérarchie sociale, qui cause des pathologies expérimentalement induites. Pour Cassel, le syndrome d'adaptation générale de Selye⁹, combiné à la théorie de la susceptibilité de l'hôte de Dubos, fournissent un modèle pathophysiologique intégratif. Cassel n'hésite pas à identifier la « privation sociale » comme la cause psychosociale de l'hypertension et de la surmortalité liée aux maladies cardio-vasculaires enregistrées dans le second groupe de rats.

Mais si les expériences menées par Henry opérationnalisent le projet épistémologique de Dubos visant à introduire des variables psychologiques et sociales dans le laboratoire, Cassel peut aussi s'appuyer sur un ensemble d'études épidémiologiques menées en dehors du laboratoire. On ne s'étonnera d'ailleurs pas d'y retrouver

9 Pour Selye, le stress chronique engendré par l'effort d'adaptation conduit, via l'activation de l'hypothalamus et de l'hypophyse, à une réaction d'alarme, suivie d'une résistance, puis d'un état d'épuisement général rendant l'organisme vulnérable aux maladies.

le cas paradigmatique de la prévalence de l'hypertension artérielle dans la communauté afro-américaine. Des raisons biographiques éclairent l'intérêt de Cassel pour les inégalités ethno-raciales de santé. Cassel appartient effectivement à une génération de médecins et d'épidémiologistes originaire d'Afrique du Sud, impliquée dans le développement de cliniques destinées aux Zoulous vivant en marge de la société sud-africaine (à ce sujet voir Brown et Fee, 2002 ; Geiger, 2002 ; Susser, 1983). Lorsque l'Apartheid entre en vigueur en 1948, toute interaction entre les populations noires et blanches, même dans le contexte médical, devient illégale et passible de la peine de mort. Cassel et sa femme, qui travaille à ses côtés comme infirmière, sont contraints à l'exil en 1953. Ils débarquent au Royaume-Uni avant de s'installer définitivement aux États-Unis, où Cassel devient en 1958 directeur du département d'épidémiologie de l'école de santé publique à l'Université de Caroline du Nord. On comprend bien la « révolte émotionnelle », pour reprendre les termes de Dubos, qui a pu pousser Cassel à poursuivre ses recherches sur les inégalités ethno-raciales de santé dans les États-Unis des années 1960-1970 marqués par les mouvements pour les droits civiques.

C'est dans ce contexte social que Cassel mène avec Nesper et Tyroler (1971) une recherche portant sur le taux de mortalité par attaque cardio-vasculaire dans cent comtés de Caroline du Nord classés selon l'indice de Smith, soit un score de « désorganisation sociale » incluant l'instabilité familiale, les taux de natalité illégitime, d'emprisonnements et de divorces. L'étude révèle une corrélation entre le taux de mortalité et le niveau de désorganisation sociale dans la communauté africaine-américaine et non dans la communauté blanche. La corrélation se révèle par ailleurs indépendante de l'état de pauvreté des individus et des conditions de l'environnement physique. Revenant sur ces résultats en 1976, Cassel en conclut :

Dans l'expérimentation animale, les changements du milieu social produisent leurs effets les plus marqués et les plus spectaculaires sur la santé et l'état endocrinien des animaux subalternes [*subordinate*], les animaux dominants présentant les effets les plus faibles. Ces résultats reflètent peut-être le rôle de soumission [*subservient*] que les Noirs (jusqu'à récemment

peut-être) ont été contraints d'occuper dans notre société. La deuxième hypothèse est la possibilité que, face à la désorganisation sociale, les Blancs disposent de plus de ressources, notamment de sources de soutien social, pour les aider à protéger leurs processus physiologiques contre ces effets. (Cassel, [1970] 2013, p. 116, notre traduction)

Durant sa courte mais prolifique carrière, Cassel¹⁰ a joué un rôle central dans le tournant psychosocial de l'épidémiologie sociale américaine. Mais son apport à l'étude de l'hypertension dans la communauté africaine-américaine¹¹ a surtout contribué à mettre au jour le fait que les inégalités sociales de santé subsistent indépendamment d'un certain niveau d'accès aux ressources matérielles élémentaires et aux soins primaires. Or les mesures épidémiologiques sur lequel il se fonde, confortées par les études de laboratoire et la neurophysiologie du stress, viennent consolider la thèse selon laquelle les rapports de domination sont, indépendamment du statut socioéconomique en tant que tel, susceptibles de rendre les minorités dominées plus vulnérables aux maladies.

De la thèse McKeown au *Rapport Black* : la culture de santé publique au Royaume-Uni

Tant les premières occurrences du vocable « épidémiologie sociale » que les travaux ultérieurs se réclamant de *cette discipline* témoignent de *son* ancrage dans les problématiques raciales propres à la culture de santé publique américaine. Dès lors, il importe

10 Cassel meurt des suites d'un cancer en 1976. Il est alors âgé de 55 ans.

11 Si Krieger reconnaît que l'épidémiologie sociale a très largement bénéficié des travaux de Cassel (Dubos ne mérite qu'une note de bas de page), elle n'en minimise pas moins l'influence, voire reproche à ce courant de ne pas inclure une analyse systématique des déterminants socio-économiques de la santé. (Krieger, 2001, traduction française dans ce volume). Pourtant, il suffit de se pencher sur les travaux empiriques de Krieger pour constater que ses recherches sont elle-même enracinées dans l'épidémiologie psychosociale de l'hypertension dans la communauté africaine-américaine. Nancy Krieger et Stephen Sidney estiment par exemple que c'est le stress psychosocial lié aux discriminations raciales qui « façonne le pattern de pression artérielle de la population noire des États-Unis et les différences de pression artérielle entre les Noirs et les Blancs » (Krieger et Sidney, p. 1375, notre traduction).

d'interroger le processus de circulation par lequel le savoir épidémiologique s'est dégagé de cette culture de recherche pour venir infléchir les discours de l'OMS. Or si l'on ne peut soutenir que le Royaume-Uni fut la seule autre nation ayant contribué au développement de l'épidémiologie sociale¹², divers évènements en ont fait un terrain particulièrement propice à son développement. Cependant, cet essor n'a pas été continu. À cet égard, il faut distinguer l'objet de l'épidémiologie sociale (l'étude de la distribution sociale des maladies), qui intéresse les tenants de la médecine sociale anglaise, du label « épidémiologie sociale », qui n'est apparemment pas usité au Royaume-Uni avant les années 1980. À proprement parler, la naissance de l'épidémiologie sociale britannique est concomitante de l'irruption de la théorie des déterminants psychosociaux de la santé au sein des débats sur les inégalités sociales de santé qui animent la scène politique et sanitaire britannique au tournant des années 1980.

Dorothy Porter a montré que l'essor de la médecine sociale n'a fait que ralentir dans le courant des années 1960 (Porter, 2011). Or le contexte intellectuel des années 1970 a remis sur le devant de la scène la question des inégalités sociales de santé. En 1974, le ministre de la Santé canadien, Marc Lalonde, publie un rapport soulignant que l'état de santé dépend moins des technologies biomédicales que de facteurs biologiques, des services de santé, de l'environnement et des modes de vie. Par ailleurs, les mouvements antimédecine portés par Kenneth Newell (1975) et Ivan Illich (1975), auquel on associe, à son corps défendant, McKeown (1976), prennent suffisamment d'envergure pour que le nouveau président de l'OMS, Halfdan Mahler, souhaite mener une « révolution sociale dans le domaine de la santé publique [*social revolution in public health*] » au sein de l'organisation (Mahler,

12 Bien que le cas du Royaume-Uni éclaire particulièrement bien la trajectoire de l'épidémiologie sociale, la culture de recherche sur les inégalités sociales de santé n'est pas une spécificité anglo-saxonne. De nombreux travaux et programmes ont été menés en Amérique Latine (Porter 2006 ; Waitzkin et al., 2001) ou dans certaines nations européennes comme la Suède (Lundberg, 2018 ; Sundin et Willner, 2007).

1976). Dans ce contexte mondial, la situation britannique s'avère d'autant plus paradoxale qu'elle se distingue par une résurgence de la problématique des inégalités sociales de santé, d'une part, et, de l'autre, par la prédominance de la thèse McKeown. On l'a vu, McKeown considère encore en 1979 que le développement économique constitue la principale cause d'amélioration de la santé. Or l'année 1980 est marquée par la parution du *Rapport Black* qui révèle que les inégalités sociales de santé se sont creusées dans le Royaume-Uni de la seconde partie du XX^e siècle, période pourtant faste sur le plan économique. Un retour sur le contexte de production et de réception du rapport s'impose ici.

Le rapport est commandé par le gouvernement socialiste à la suite d'une lettre ouverte que Richard Wilkinson adresse en 1976 au Secrétaire d'État aux services sociaux du parti travailliste, David Ennals, afin de l'informer des résultats d'une étude qu'il a menée révélant la persistance d'inégalités sociales de santé et ce, malgré l'existence d'une assurance maladie universelle (Wilkinson, 1976). Ennals charge alors Douglas Black de réunir un groupe de travail afin de dresser un état des lieux de la question. Le groupe se base sur le recensement décennal qui rassemble les données statistiques sur la population britannique (naissance, décès et cause de décès). Le rapport paraît en 1980 et montre qu'entre les années 1949-1953 et 1970-1972, la différence des taux de mortalité entre les classes sociales les plus hautes et les plus basses a augmenté (Black, 1980). Il porte d'autant plus la question des inégalités sociales de santé sur la place publique que le gouvernement Thatcher, élu entre-temps, tente d'en limiter la diffusion (Berridge, 2003 ; Jenkin, 2003)¹³. Les débats autour des résultats, couplés aux suspicions de censure, favorisent alors le développement de nouvelles recherches dans et en dehors du Royaume-Uni, notamment en Espagne et en Suède (Aïach et al., 1988).

Mais ce qui nous importe ici, ce sont les quatre options théoriques invoquées dans la littérature britannique des années 1980 afin d'expliquer les inégalités sociales de santé mises au jour par

13 Sur l'origine et la réception du *Rapport Black*, voir Berridge, 2002 ; Berridge et Blume, 2003.

le *Rapport Black* (DHSS, 1980) : (1) selon la théorie artéfactuelle, le nombre d'individus dans les deux classes sociales les plus pauvres (IV et V) aurait tout bonnement baissé entre les années 1950 et les années 1970¹⁴. Par conséquent, l'état de santé des plus pauvres se serait bel et bien péjoré mais, en même temps, l'état de santé général d'une grande majorité de la population se serait amélioré de manière homogène ; (2) les inégalités sociales de santé s'expliqueraient par des mécanismes de sélection naturelle et sociale : les individus dont la santé est « naturellement » fragile auraient tendance à dégringoler de la hiérarchie sociale, ce qui expliquerait le plus grand taux d'affection de toutes les sortes dans les classes les plus basses ; (3) selon la théorie culturelle et comportementale, les inégalités sociales de santé s'expliquent par des styles de vie peu propices à la santé (consommation excessive de nourriture industrielle, de tabac, d'alcool), et une sous-utilisation des soins déterminée par une « culture de la pauvreté » renforcée par des déterminants sociaux structurels ; (4) selon la théorie matérialiste et structurelle, le développement économique des pays européens a permis d'éradiquer les maladies infectieuses au XIX^e et dans la première partie du XX^e siècle. Mais les modes de production industrielle de la seconde moitié du XX^e siècle auraient engendré de nouvelles sources d'inégalités sociales et ce, malgré le développement économique. On notera que si les deux premières théories mènent toutes deux à contester l'augmentation des inégalités sociales de santé, les deux autres conduisent finalement à postuler, à la manière de McKeown, que l'amélioration de la santé dépend essentiellement du développement économique. Enfin, on notera surtout que l'approche psychosociale ne compte pas parmi les théories en lice. À vrai dire, la notion de stress n'apparaît qu'à quelques reprises dans les deux versions du *Rapport Black* et ne fait l'objet d'aucun développement particulier. Tout porte à croire que l'épidémiologie

14 Au Royaume-Uni, les données concernant le statut socio-économique sont classées selon les cinq catégories professionnelles du *General Registrar's social classes* : I) Professionnels et cadres, (II) Intermédiaire, (III.1) Non-manuel, (III.2) Manuel, (IV) Manuel semi-qualifié, (V) Manuel non qualifié.

psychosociale a été importée des États-Unis vers le Royaume-Uni pour s'inviter dans une culture de santé publique bien différente.

Du local au mondial : la circulation de l'épidémiologie psychosociale

Après un diplôme de premier cycle en médecine, Marmot entreprend un doctorat¹⁵ à la Berkeley School of Public Health, sous la direction de Leonard Syme. Le parcours de ce sociologue nommé professeur d'épidémiologie en 1968 éclaire celui de Marmot tout autant que la circulation de l'épidémiologie psychosociale¹⁶. Syme se réclame des travaux de Cassel qu'il considère par ailleurs comme les meilleurs travaux jamais menés en épidémiologie sociale (Syme, 2005, p. 4). Or, c'est toujours à partir du cas paradigmatique de l'hypertension artérielle dans la communauté africaine-américaine que Syme introduit la notion de « gradient de classe sociale ». Syme et ses collaborateurs publient en effet l'article « Social Class and Racial Differences in Blood Pressure » (Syme et al., 1974) dans lequel ils exposent les résultats d'une recherche visant à préciser l'influence de l'environnement dans l'hypertension artérielle au sein de la communauté africaine-américaine. Portant sur 22'078 personnes, blanches et noires, les données confirment que la prévalence de l'hypertension est toujours supérieure dans la communauté noire que dans la communauté blanche. Mais lorsque la distribution est analysée par classe sociale, il apparaît que les plus défavorisés dans la population noire, tout comme les plus pauvres dans la communauté blanche, quoique dans une moindre proportion, présentent une pression artérielle toujours plus élevée que les membres des classes sociales les plus favorisées quelle que soit leur communauté ethno-raciale.

15 Marmot étudie l'état de santé des Japonais vivant en Californie, qui présentent un risque cinq fois supérieur de maladies coronariennes en comparaison aux Japonais vivant au Japon. Marmot montre notamment que les Japonais installés en Californie, mais qui conservent un mode de vie traditionnel, présentent un risque de maladie coronarienne équivalent à celui des Japonais qui vivent au Japon (Marmot et Syme, 1976).

16 On note par ailleurs que Syme compte aussi Nancy Krieger parmi les étudiants qu'il a été amené à former (Syme, 2005, p. 3).

Les auteurs mettent ainsi au jour une association inverse entre le niveau de tension artérielle et le statut socio-économique :

Le gradient de classe sociale de la pression artérielle chez les Noirs suggère qu'une influence environnementale pourrait être impliquée dans la détermination de la pression artérielle ; le fait qu'un gradient de classe sociale identique ait été observé chez les Blancs suggère que quelque chose en lien à la position de classe sociale inférieure pourrait être impliqué au-delà de toute influence raciale. (Syme et al., 1974, p. 619, notre traduction)

Les travaux de Syme nous importent ici à un double titre. Sur le plan historique, il est notable que c'est bien à partir d'une problématique de santé publique proprement états-unienne – l'hypertension dans la communauté africaine-américaine – que Syme amorce une « déracialisation » de l'épidémiologie psychosociale. Mais sur un plan épistémologique, il opère un déplacement de la problématique des inégalités sociales de santé telle qu'elle se posait jusqu'à présent. Non seulement il objective le fait que la distribution sociale de l'hypertension artérielle ne concerne pas seulement les minorités raciales, mais encore qu'elle varie tout au long de la hiérarchie sociale. Or si l'on observe aussi des inégalités de santé entre des personnes appartenant aux classes moyennes d'une part et, d'autre part, celles des classes les plus aisées, alors l'état de santé dépend moins de la richesse en tant que telle que de la place occupée dans la hiérarchie sociale. C'est précisément ce processus de déracialisation de l'épidémiologie psychosociale que Marmot va poursuivre.

Son doctorat en poche, Marmot rejoint la London School of Hygiene and Tropical Medicine en 1976. Il y retrouve Geoffrey Rose, l'un des instigateurs de l'étude de Whitehall, lancée en 1967 et achevée en 1969. Il participe alors à ce programme de recherche qui vise à analyser la prévalence des maladies cardiovasculaires et le taux de mortalité dans une cohorte de plus de 1800 fonctionnaires britanniques de sexe masculin âgés de 40 à 64 ans. Bien que cette cohorte de fonctionnaires soit considérée comme représentative de la hiérarchie sociale britannique, elle n'avait pas été initialement créée dans le but d'étudier les disparités de santé selon les classes sociales. Les publications issues de l'étude témoignent qu'avant l'arrivée

de Marmot, Rose et ses collaborateurs ne s'intéressaient qu'aux facteurs individuels liés au mode de vie prédicteur de la mortalité par maladie coronarienne tels que l'ischémie myocardique précoce (Rose et al., 1977). S'appuyant sur les données de la Whitehall, Marmot mesure le même type de gradient que celui mis au jour par Syme¹⁷ et qui contraste avec les analyses centrées sur les facteurs de risque individuels auxquels se référaient ses prédécesseurs :

Les hommes du grade le plus bas (les coursiers) avaient une mortalité due aux maladies coronariennes 3 à 6 fois supérieure à celle des hommes du grade le plus élevé (les administrateurs). Les hommes des grades inférieurs étaient plus petits, plus lourds pour leur taille, avaient une pression sanguine plus élevée, un taux de glucose plasmatique plus élevé, fumaient plus et déclaraient moins d'activité physique pendant leurs loisirs que les hommes des grades supérieurs. Pourtant, si l'on tenait compte de l'influence sur la mortalité de tous ces facteurs, plus le cholestérol plasmatique, l'association inverse entre le grade d'emploi et la mortalité due aux maladies coronariennes était encore forte. (Marmot et al., 1978, p. 244, notre traduction)

Marmot et al. en concluent que « l'augmentation de la mortalité due aux maladies coronariennes chez les hommes de la classe ouvrière (...) ne peut s'expliquer que partiellement par les facteurs de risque coronarien établis » (Marmot et al., 1978, p. 244, notre traduction).

Or les données que Marmot a collectées vont justifier l'introduction du modèle d'une susceptibilité aux maladies induite par le stress psychosocial comme une alternative aux quatre modèles explicatifs généralement mobilisés dans les débats soulevés par le *Rapport Black* :

Le rapport Black a suggéré que des caractéristiques socio-économiques spécifiques, telles que le tabagisme ou les accidents du travail, pourraient expliquer certaines de ces différences (...). D'autres ont également suggéré qu'une susceptibilité non spécifique, plutôt qu'un regroupement de causes spécifiques, pourrait être liée à la classe sociale. (Marmot, Shipley et Rose, 1984, p. 1006, notre traduction)

17 À vrai dire Marmot rapporte que Syme aurait attiré son attention sur le fait que ses données indiquaient que « les hommes qui se trouvent proche du sommet de la hiérarchie de la fonction publique ont une santé moins bonne que ceux qui sont au sommet » (Marmot, 2001, p. 1165, notre traduction).

Lorsque Marmot lance la seconde phase de la Whitehall Study, de 1985 à 1988, c'est précisément pour affiner l'étude des causes du gradient social que le modèle matérialiste ne peut expliquer. Marmot accumule un ensemble de données épidémiologiques qui démontrent selon lui comment un ensemble de facteurs psychosociaux – le manque de contrôle au travail et de soutien social, l'hostilité, la dépression, l'anxiété – couplés aux savoirs neuroendocrinologiques sur le stress, expliquent le gradient social de santé.

En 1998, Marmot et Richard Wilkinson publient un premier rapport sur les déterminants sociaux de la santé pour le compte du Centre pour la santé urbaine rattaché au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Wilkinson et Marmot, 1998). Sur la base du gradient socio-économique, Marmot et Wilkinson distinguent pauvreté absolue et pauvreté relative : au-delà d'un certain niveau de richesse (au-dessous duquel la pauvreté peut être qualifiée d'absolue), les inégalités sociales de santé ne disparaissent pas mais varient selon le degré de stress psychosocial associé à la place qu'un individu occupe relativement aux autres dans la hiérarchie sociale. Le rapport en conclut que la lutte contre les inégalités sociales ne peut se limiter à augmenter le confort matériel des plus pauvres, mais doit prendre en compte la magnitude du gradient social et limiter, au moyen d'une redistribution plus équitable, les écarts de richesse entre toutes les classes sociales.

En 2005, Jong-wook Lee, alors directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, crée la Commission des déterminants sociaux de la santé. Sous la présidence de Marmot, la commission est chargée de « réunir et de synthétiser l'ensemble des données probantes sur les déterminants sociaux de la santé et leur impact sur les inégalités en santé ainsi que d'émettre des recommandations pour remédier à ces inégalités » (OMS - CDSS, [2008] 2009, p. 5). Lorsque paraît en 2008 son rapport final, stipulant que le développement économique contribue au développement de la « santé pour tous » mais n'est rien sans une politique de juste redistribution générale, la thèse Dubos finit par supplanter la thèse McKeown au sein des recommandations de l'OMS.

Conclusion

La formation de l'épidémiologie psychosociale constitue un objet de choix pour l'historien de la médecine attaché à distinguer la rationalité qui préside à la formation d'un discours scientifique fondé sur des preuves, d'une part, et de l'autre, les contingences contextuelles, sociales et politiques qui constituent le terreau propice à l'émergence de problèmes scientifiques, à leur développement ainsi qu'à leur réception. À cet égard, l'épidémiologie psychosociale constitue un « activisme fondé sur des preuves » (Rabeharisoa et al., 2014) par excellence. La question de l'origine de l'hypertension artérielle, telle qu'elle s'est posée dans la communauté africaine-américaine, se situe dans une culture de santé publique proprement états-unienne marquée par la disponibilité du modèle de la vulnérabilité psychosociale aux maladies popularisé par Dubos d'une part, et, d'autre part, par une histoire des problématiques ethno-raciales devenues particulièrement brûlantes dans le contexte des luttes pour les droits civiques au tournant des années 1960. D'autres contingences historiques ont présidé au déracinement de cet activisme scientifique et à sa circulation dans un nouveau contexte national, celui du Royaume-Uni des années 1970, marqué par la critique radicale de la biomédecine, les luttes sociales contre les nouvelles formes d'inégalités sociales induites par la fin des Trente Glorieuses et catalysées par le tournant néolibéral qu'opère l'administration Thatcher.

Les outils des approches transnationales s'avèrent particulièrement utiles ici. L'histoire de l'épidémiologie psychosociale témoigne du fait que les savoirs en circulation sont transformés par « la structure du champ de réception » (Bourdieu, 2002, p. 4) dans lequel ils s'indigénisent (Appadurai, 1996). L'importation du modèle psychosocial de la culture états-unienne – où la question des inégalités sociales de santé se pose en termes de minorités raciales et non en termes de classes – dans la culture britannique – où elle se pose en termes de classe sociale et non en termes ethniques – porte bien un effet cumulatif. Dans le Royaume-Uni des années 1980, les débats touchant aux inégalités sociales de santé sont encore marqués

par la thèse McKeown : les inégalités sociales de santé reflètent une inégalité d'accès aux ressources matérielles et devraient disparaître avec une augmentation générale des standards de vie.

Bien qu'elle se soit originellement développée dans une culture de santé publique locale, on peut se demander si l'épidémiologie psychosociale ne s'est pas montrée paradoxalement plus universalisable que d'autres modèles explicatifs. Si l'on s'en tient à la thèse McKeown et son dérivé matérialiste, les inégalités sociales de santé ne toucheraient à proprement parler que les populations des pays en voie de développement ou les couches les plus défavorisées des nations plus riches. À cet égard, l'histoire des Africains-Américains (et dans une moindre mesure la politique raciale de l'Apartheid) a servi de « laboratoire » rendant plus aisément objectivables (et sans doute plus révoltants) les effets sanitaires des rapports sociaux de domination, plus subtiles à mettre au jour, mais bien opérants, dans l'ensemble de la hiérarchie sociale. Peu importe la place considérée, il y a toujours quelqu'un qui jouit d'un capital social supérieur et exerce vis-à-vis des personnes situées à l'échelon inférieur des comportements discriminatoires ou des formes de domination sociale. À ce titre, le potentiel universel de l'épidémiologie psychosociale a sans doute contribué, au moins pour un temps, à son succès auprès de l'OMS.

L'histoire transnationale ne permet pas seulement de retracer l'importation d'objets de champs locaux pour les replacer aussitôt dans d'autres territoires nationaux. Elle met aussi au jour l'existence d'« espaces transnationaux » (Saunier, 2004) – ONG, organisation internationales – qui, par leur nature supranationale même, ont vocation à instaurer des normes et des valeurs universelles. C'est sous ce prisme qu'il faut appréhender la formation de la Commission pour les déterminants sociaux de l'OMS, dans le contexte des transformations sociales et politiques des années 1990. Cette décennie a vu grandir des mouvements antimondialistes de plus en plus hostiles aux conglomérats bancaires, aux entreprises internationales et aux politiques néolibérales accusées de produire le chômage de masse, d'aggraver la crise environnementale, d'accélérer la privatisation des protections sociales, bref, de favoriser l'enrichissement des plus

aisés et l'appauvrissement des plus pauvres, mais aussi des classes moyennes des pays industrialisés (Cueto, Brown et Fee, 2019). Dans ce contexte, les principes de l'épidémiologie psychosociale, que Marmot relaye dans le rapport de la Commission, s'apparentent pour l'OMS à un changement de paradigme prenant en compte l'évolution des gouvernances et des conditions sanitaires modernes. En ne focalisant plus seulement son attention sur les pays en voie de développement, l'OMS a trouvé dans le dépassement de la thèse McKeown au profit de la thèse Dubos de quoi renouer avec son universalisme fondateur visant à « amener *tous* les peuples au niveau de santé le plus élevé possible » (Nations Unies - OMS, 1946, p. 100, nous soulignons).

On ne saurait pour autant conclure ce chapitre sans dissiper l'impression que la trajectoire de l'épidémiologie psychosociale a été victorieuse, que le relais par les experts internationaux a achevé le processus d'universalisation de ses apports. Le chemin qu'elle s'est frayé dans des contextes de luttes sociales locales n'est pas achevé et n'est pas venu constituer une nouvelle orthodoxie de santé publique. Il se poursuit juste dans un nouvel espace. En 2008, lorsque le rapport de la Commission paraît, il est qualifié d'« idéologie avec des preuves [*ideology with evidence*] » (Marmot et al., 2010, p. 3)¹⁸. Un article paru dans *The Economist* (Anonyme, 2008) – journal connu pour ses positions économiques libérales – synthétise particulièrement bien les critiques formulées à son encontre. On notera premièrement que l'auteur y rassemble les points de vue de figures de santé publique liées à des ONG ou organisations internationales concurrentes à l'OMS. Pour Adam Wagstaf, associé à la World Bank, le rapport régresse en remobilisant la thèse selon laquelle la pauvreté et les inégalités produiraient la mauvaise santé, alors que Julio Frenk, ancien ministre de la santé du Mexique, qui poursuit sa carrière à la fondation Gates, soutient que « l'augmentation des richesses des individus est “causale” en matière de santé – de sorte qu'une croissance économique plus rapide est susceptible de profiter

18 Pour une analyse détaillée du contexte politique de création de la Commission des déterminants sociaux de la santé et de la réception de son rapport, voir Cueto, Brown et Fee (2019).

à la santé de la société dans son ensemble, même si l'inégalité des revenus est constante » (cité dans Anonyme, 2008, p. 3, notre traduction). L'auteur en vient dès lors à sa conclusion : l'OMS était selon lui bien mieux inspirée lorsque, avant les années 2000, elle se gardait de défendre une idéologie égalitaire et se contentait de soutenir qu'« une mauvaise santé entraîne de mauvaises performances économiques pour les individus et les nations » (cité dans Anonyme, 2008, p. 3, notre traduction).

En définitive, en accédant à l'OMS, les tenants de l'épidémiologie psychosociale ont poursuivi leur activisme fondé sur des preuves dans un espace qui, bien que transnational (Saunier, 2004), n'en est pas plus pacifié idéologiquement que les espaces nationaux. En d'autres termes, malgré les efforts des épidémiologistes sociaux à faire valoir leurs preuves, la thèse Dubos n'est pas parvenue à déloger durablement une thèse McKeown vraisemblablement plus en phase avec les agendas politiques et socioéconomiques contemporains.

Bibliographie

- ADAMS, JAMES M., « Some "Racial Differences in Blood" Pressures and Morbidity in a Group of White and Colored Workmen », *American Journal of Medical Sciences*, vol. 184, 1932, p. 342-350.
- ANCHESON, DONALD, *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, The Stationery Office, London, 1998.
- ANONYME, « The Price of Being Well », *The Economist*, 28 août 2008.
- APPADURAI, ARJUN, *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1996.
- 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, « Rethinking the Normal and the Pathological. On Canguilhem's Critical Physiology », dans P.-O. Méthot et J. Sholl (éds), *Vital Norms: Canguilhem's The Normal and the Pathological in the Twenty-First Century*, Hermann, Paris, 2020b, p. 179-216.
- 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, 2020c, p. 13-115.

- BENZEVAL, MICHAELA, KEN JUDGE et MARGARET WHITEHEAD, *Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action*, King's Fund, London, 1995.
- BERRIDGE, VIRGINIA, « The Origin of the Black Report: A Conversation with Richard Wilkinson », *Contemporary British History*, vol. 16, no 3, 2002, p. 20-22.
- BERRIDGE, VIRGINIA, « Introduction: Inequalities and Health », dans V. Berridge et S. Blume (éds), *Poor Health: Social Inequality Before and After the Black Report*, Frank Cass, London, 2003, p. 1-10.
- BERRIDGE, VIRGINIA et STUART BLUME (éds), *Poor Health: Social Inequality Before and After the Black Report*, Frank Cass, London, 2003.
- BISHOP, EUGENE L., « Outline of Project for the Study of Negro Health in Tennessee », *Public Health Reports (1896-1970)*, vol. 44, no 32, 1929, p. 1944-1948.
- BLACK, S. DOUGLAS, *Inequalities in Health: The Black Report*, Department of Health and Social Security (DHSS), London, 1980.
- BOURDIEU, PIERRE, « Les conditions sociales de la circulation internationale des idées », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 145, no 1, 2002, p. 3-8.
- BRITTEN, ROLLO H., « Mortality Rates by Occupational Class in the United States », *Public Health Reports (1896-1970)*, vol. 49, no 38, 1934, p. 1101-1111.
- BROWN, THEODORE M. et ELIZABETH FEE, « Sidney Kark and John Cassel », *American Journal of Public Health*, vol. 92, no 11, 2002, p. 1744-1745.
- CASSEL, JOHN C., « Physical Illness in Response to Stress », dans S. Levine et N. A. Scotch (éds), *Social Stress*, Aldine Transaction, New Brunswick, [1970] 2013, p. 189-209.
- COLGROVE, JAMES, « The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence », *American Journal of Public Health*, vol. 92, no 5, p. 725-729, 2002.
- CONCEPTION, ISABELO et EMILIO BULATAO, « Blood-Pressure Picture of the Filipinos », *Philippine Journal of Science*, vol. 3, 1916, p. 135-149.
- CUETO, MARCOS, THEODORE M. BROWN et ELIZABETH FEE, *The World Health Organization: A History*, Cambridge University Press, 2019.
- CURTIN, PHILIP D., « The Slavery Hypothesis for Hypertension among African Americans: The Historical Evidence », *The American Journal of Public Health*, vol. 82, no 12, 1997, p. 1681-1686.
- DUBOS, RENÉ, *Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change*, George Allen & Unwin, London, 1959.
- DUBOS, RENÉ, *Man Adapting*, Yale University Press, London, New Haven, 1965.
- DUBOS, RENÉ, Maya Pines et The Editors of Time-Life Books, *Health and Disease*, Time Inc., Amsterdam, [1965] 1971.
- EPSTEIN, F. et R. ECKOFF., « The Epidemiology of High Blood Pressure-Geographic Distributions and Etiological Factors », dans J. Stamler et R. Stamler (éds), *The Epidemiology of Hypertension*, Grune and Stratton, New York, 1967, p. 155-166.
- GEIGER, H. JACK, « Community-Oriented Primary Care: A Path to Community Development », *American Journal of Public Health*, vol. 92, no 11, 2002, p. 1713-1716.

- GEIGER, H. JACK et NORMAN A. SCOTCH, « The Epidemiology of Essential Hypertension: A Review with Special Attention to Psychologic and Sociocultural Factors I. Biologic Mechanisms and Descriptive Epidemiology », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 16, no 11, 1963, p. 1151-1182.
- HENRY, JAMES P., et JOHN C. CASSEL, « Psychosocial Factors in Essential Hypertension Recent Epidemiologic and Animal Experimental Evidence », *American Journal of Epidemiology*, vol. 90, no 3, 1969, p. 171-200.
- ILLICH, IVAN, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Calder & Boyars, London, 1975.
- JENKIN, PATRICK, « Dispelling the Myths of the Black Report », dans V. Berridge et S. Blume (éds), *Poor Health: Social Inequality Before and After the Black Report*, Frank Cass, London, 2003, p. 123-127.
- JACKSON, MARK, *The Age of Stress: Science and the Search for Stability*, Oxford University Press, Oxford, 2013.
- KARDINER, ABRAM et LIONEL OVESEY, *The Mark of Oppression: A Psychosocial Study of the American Negro*, W.W. Norton Company Inc., New York, 1951.
- KRIEGER, NANCY et STEPHEN SIDNEY, « Racial Discrimination and Blood Pressure: The CARDIA Study of Young Black and White Adults », *American Journal of Public Health*, vol. 86, no 10, 1996, p. 1370-1378.
- KRIEGER, NANCY, « Theories for Social Epidemiology in the 21st Century: an Ecosocial Perspective », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, 2001, p. 668-677.
- KRIEGER, NANCY, *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*, Oxford University Press, New York, 2011.
- LADWIG, SUSAN et THEODORE BROWN, « Alfred Yankauer (1913–2004): Advocate for Public Health and Social Justice », *American Journal of Public Health*, vol. 105, no 2, 2015, p. 282.
- LENNARD, HENRY L. et CHARLES Y. GLOCK, « Studies in Hypertension: VI. Differences in the Distribution of Hypertension in Negroes and Whites: An Appraisal », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 5, no 2, 1957, p. 186-196.
- LEVINE, SOL et NORMAN A. SCOTCH (éds), *Social Stress*, Aldine Transaction, New Brunswick, [1970] 2013.
- LUNDBERG, OLLE, « The Next Step Towards More Equity in Health in Sweden: How Can We Close the Gap in a Generation? », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 46, no 22, 2018, p. 19-27.
- LYNCH, JOHN W. et al., « Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions », *British Medical Journal*, vol. 320, no 7243, 2000, p. 1200-1204.
- MAHLER, HAFDAN, « A Social Revolution in Public Health », *Chronicle of the World Health Organization*, vol. 30, no 12, 1976, p. 475-480.
- MARMOT, G. MICHAEL, MARTIN J. SHIPLEY et GEOFFREY ROSE, « Inequalities in Death - Specific Explanations of a General Pattern? », *The Lancet*, vol. 323, no 8384, 1984, p. 1003-1006.

- MARMOT, G. MICHAEL, « From Black to Acheson: Two Decades of Concern with Inequalities in Health. A Celebration of the 90th Birthday of Professor Jerry Morris », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, no 5, 2001, p. 1165-1171.
- MARMOT, G. MICHAEL, « Status Syndrome: A Challenge to Medicine », *JAMA*, vol. 295, no 11, 2006, p. 1304-1307.
- MARMOT, G. MICHAEL et S. LEONARD SYME, « Acculturation and Coronary Heart Disease in Japanese-Americans », *American Journal of Epidemiology*, vol. 104, no 3, 1976, p. 225-247.
- MARMOT, G. MICHAEL et al., « The Marmot Review: Fair Society, Healthy Lives », *Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*, The Marmot Review, Londres, 2010.
- MARMOT, G. MICHAEL et al., « Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 32, no 4, 1978, p. 244-249.
- MCKEOWN, THOMAS, *The Modern Rise of Population*, Edward Arnold, Londres, 1976a.
- MCKEOWN, THOMAS *The Role of Medicine. Dream, Mirage, or Nemesis*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1976b.
- MCKEOWN, THOMAS, *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?*, Princeton University Press, [1979] 2014.
- MEYER, B. J. et al., « Atherosclerosis in Europeans and Bantu », *Circulation*, vol. 29, no 3, 1964, p. 415-421.
- MOSER, MARVIN, « Epidemiology of Hypertension with Particular Reference to Racial Susceptibility », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 84, no 1, 1960, p. 989-999.
- Nations Unies - Organisation mondiale de la santé, « Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé », dans *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé. Débats et actes finaux de la conférence internationale de la santé tenue à New-York du 19 juin au 22 juillet 1946*, Vol. 2, New York, 1946, p. 100-109.
- NESER, WILLIAM. B., HERMAN A. TYROLER et JOHN C. CASSEL, « Social Disorganization and Stroke Mortality in the Black Population of the North California », *American Journal of Epidemiology*, vol. 93, no 3, 1971, p. 166-175.
- NEWELL, KENNETH W., *Health by the People*, World Health Organization, Genève, 1975.
- Organisation mondiale de la santé, *Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 Septembre 1978*, Genève, 1978.
- Organisation mondiale de la santé - Commission des déterminants sociaux de la santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*, Genève, [2008] 2009.
- PORTER, DOROTHY, « How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading? » *PLoS Medicine*, vol. 3, no 10, p. e399, 2006.
- PORTER, DOROTHY, *Health Citizenship: Essays in Social Medicine and Biomedical Politics*, University of California, Medical Humanities Consortium, Berkeley, 2011.

- 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.
- ROSE, GEOFFREY et al., « Myocardial Ischæmia, Risk Factors and Death from Coronary Heart-Disease », *The Lancet*, vol. 309, no 8003, 1977, p. 105-109.
- SAUNDERS, GEORGE M. et HULDAH BANCROFT, « Blood Pressure Studies on Negro and White Men and Women Living in the Virgin Islands of the United States », *American Heart Journal*, vol. 23, no 3, 1942, p. 410-423.
- SAUNIER, PIERRE-YVES, « Circulations, connexions et espaces transnationaux », *Genèses*, vol. 57, no 4, 2004, p. 110-126.
- SCOTCH, NORMAN A., « Sociocultural Factors in the Epidemiology of Zulu Hypertension », *American Journal of Public Health and the Nations Health*, vol. 53, no 8, 1963, p. 1205-1213.
- SUNDIN, JAN et SAM WILLNER, *Social Change and Health in Sweden*, Swedish National Institute of Public Health, Stockholm, 2007.
- SUSSER, MERVIN, « Apartheid and the Causes of Death: Disentangling Ideology and Laws from Class and Race », *American Journal of Public Health*, vol. 73, no 5, 1983, p. 581-584.
- SYME, S. LEONARD et al., « Social Class and Racial Differences in Blood Pressure », *American Journal of Public Health*, vol. 64, no 6, 1974, p. 619-620.
- SYME, S. LEONARD, « Historical Perspective: The Social Determinants of Disease—Some Roots of the Movement », *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, vol. 2, no 1, 2005, p. 1-7.
- 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.
- WAITZKIN, HOWARD et al., « Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America », *American Journal of Public Health*, vol. 91, no 10, 2001, p. 1592-1601.
- WEBSTER, CHARLES, « Investigating Inequalities in Health before Black », dans V. Berridge et S. Blume (éds), *Poor Health: Social Inequality Before and After the Black Report*, Frank Cass, London, 2013, p. 81-103.
- WEISZ, GEORGE, *Chronic Disease in the Twentieth Century. A History*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2014.
- WHITEHEAD, MARGARET, *The Health Divide*, Health Education Council, London, 1987.
- WILKINSON, RICHARD, « Dear David Ennals », *New Society*, 16 décembre 1976, p. 567-568.
- WILKINSON, RICHARD G. et MICHAEL G. MARMOT, *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Centre for Urban Health World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.
- WILSON, THOMAS W. et CLARENCE E. GRIM, « Biohistory of Slavery and Blood Pressure Differences in Blacks Today. A Hypothesis », *Hypertension*, vol. 17, no 1, 1991, p. 122-128.

YANKAUER, ALFRED, « The Relationship of Fetal and Infant Mortality to Residential Segregation: An Inquiry into Social Epidemiology », *American Sociological Review*, vol. 15, no 5, 1950, p. 644-648.

YANKAUER, ALFRED, « What Infant Mortality Tells Us », *American Journal of Public Health*, vol. 80, no 6, 1990, p. 653-654.

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.