

# 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](http://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)



# Épidémiologie sociale et sociologie. De quelques implications théoriques et politiques

**Philippe Longchamp**

## **Introduction**

En relevant que les inégalités sociales produisent sur la santé un *effet propre* relativement indépendant des conditions matérielles d'existence, l'épidémiologie sociale a renouvelé la question des inégalités sociales de santé. Mais bien que cette discipline entretienne d'importantes affinités avec la sociologie, c'est plutôt du côté de la psychologie sociale et de la biologie qu'elle est allée puiser les éléments lui permettant d'étayer son cadre explicatif.

Nous montrons ici que le rapprochement entre épidémiologie sociale et sociologie non seulement révèle certaines similitudes frappantes, mais permet aussi d'engager un dialogue profitable aux deux disciplines et de porter un regard critique sur les politiques les plus répandues en matière d'inégalités sociales. Après avoir présenté le renouveau de la question des inégalités sociales de santé qui a caractérisé les deux dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, nous identifions les limites de ces approches, et la façon dont l'épidémiologie sociale a permis de les surmonter en identifiant un facteur explicatif « non matérialiste », celui des inégalités sociales prises dans leur ensemble. La présentation de la thèse centrale de l'épidémiologie sociale est alors l'occasion de relever les affinités qu'elle entretient avec certains

courants de la sociologie, et notamment avec l'acte fondateur de la discipline que fut l'explication du suicide par Durkheim (2013) d'une part, et avec la notion de « misère de position » proposée par Bourdieu (1993) d'autre part. Nous montrons ensuite en quoi la mise en perspective de ces deux disciplines favorise le dépassement de l'alternative « culturalisme »/« matérialisme » qui fait florès au sein des travaux sur la santé. Dans un registre plus engagé, nous terminons en identifiant les conséquences politiques des découvertes de l'épidémiologie sociale, qui devraient à notre sens favoriser un recentrage des luttes autour de la réduction, par tous les moyens possibles, des inégalités socio-économiques.

### **Le renouveau de la question des inégalités sociales de santé**

Publié en Grande Bretagne quelques années après la fin des Trente Glorieuses, le *Report Black* (DHSS, 1980) est venu doucher les espoirs de ceux qui, nourris par la théorie de la « moyennisation » de la société<sup>1</sup>, pensaient que les inégalités sociales de santé appartenaient à un passé révolu. Ce rapport montrait non seulement que ces inégalités n'avaient jamais disparu, mais aussi qu'elles n'avaient cessé de se renforcer depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, et ce en dépit d'une amélioration générale de la santé des populations. Surtout, il mettait pour la première fois en évidence l'existence d'un « gradient social de santé », à savoir le fait que l'état de santé d'un individu est meilleur que celui des individus occupant une position sociale juste inférieure à la sienne, mais moins bon que celui des individus occupant une position juste supérieure, et ce quel que soit le niveau de la hiérarchie considéré. Pour la première fois, le lien entre position sociale et santé ne concernait plus seulement les « pauvres », mais l'ensemble de la société.

---

1 Défendue par l'Américain Robert Nisbet dès la fin des années 1950 puis importée en Europe au début des années 1980, la thèse de la « moyennisation de la société » postule une expansion continue du poids numérique des classes moyennes, expansion devant aboutir à la disparition des inégalités et des classes sociales. Si la période des Trente Glorieuses a semblé esquisser un tel processus, on sait aujourd'hui qu'il ne s'agissait que d'une parenthèse historique n'ayant réellement profité qu'à la génération née entre 1936 et 1950 (Chauvel, 2002).

Dans la lignée du *Rapport Black*, de nombreux travaux furent publiés sur la question, dont certains particulièrement spectaculaires. On se souvient notamment de l'étude de James Cheshire (2012), qui illustre la question des inégalités sociales de santé à partir de la carte du métro londonien, en montrant que l'espérance de vie des résidents diminue de pratiquement une année à chaque station lorsque l'on emprunte la ligne se dirigeant du centre vers l'est de la ville.

Trois principaux facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé apparaissent dans ces travaux. Le premier concerne les conditions de vie et de travail, qui tendent à se dégrader à mesure que l'on se dirige vers les régions inférieures de l'espace social. On estime ainsi qu'en France les conditions de travail – stress, manutentions de charges lourdes, position debout avec piétinement, manipulation de machines ou outils vibrants, exposition à des produits chimiques, etc. (Coutrot et al., 2006) – expliquent un problème de santé sur cinq (Waltisperger, 2004), et que ces conditions se sont détériorées au fil des dernières décennies. Principal lieu de repos et de récupération, le logement apparaît également comme fortement associé à la santé. Les personnes ne disposant pas de logement personnel présentent un état de santé significativement moindre que les personnes qui en disposent (de la Rochère, 2003). De même, les logements des classes populaires présentent une densité d'occupation supérieure à ceux des classes moyennes et supérieures (Driant et Rieg, 2004 ; Verret, 1978). Or un surpeuplement du logement non seulement augmente la transmission de maladies contagieuses telles que la Covid-19<sup>2</sup>, mais limite aussi les possibilités de récupération de la fatigue engendrée par le travail. Alors que les membres des classes populaires sont déjà les plus éprouvés par leurs conditions de travail, ce sont aussi ceux qui tendent à se trouver dépourvus de l'espace nécessaire à une bonne récupération.

---

2 Une étude menée à Genève durant le printemps 2020 (De Ridder et al., 2021) montre que la persistance des foyers épidémiques du Covid-19 est directement liée au niveau socio-économique des zones infectées : alors que 85% des foyers épidémiques persistent après deux mois dans les quartiers défavorisés, seuls 30% persistent dans les quartiers les plus aisés durant la même période. La promiscuité des logements au sein des quartiers défavorisés fait partie des hypothèses explicatives avancées.

L'inégalité d'accès ou de recours au système de santé apparaît comme le deuxième facteur des inégalités sociales de santé. Si la relative égalité que l'on observe en Suisse s'agissant du nombre annuel de consultations médicales (OFS, 2018) est souvent interprétée comme un signe positif, elle ne fait en fait que souligner le moindre usage que font les classes populaires du système de santé dès lors que l'on prend en compte leur moins bon état de santé. Si ce recours restreint au système de soins découle en partie de facteurs économiques, il ne s'y réduit pas. Relevons d'abord le phénomène du non-recours aux prestations sociales parmi les personnes fortement précarisées et en mauvaise santé (Lucas et al., 2019), qui s'explique par le cumul d'une mauvaise information, de la peur de perdre son emploi, du découragement face aux démarches administratives et de la mauvaise santé elle-même. Mentionnons ensuite le rapport que les membres des différentes classes sociales entretiennent avec leur propre corps : pour un même état de santé « objectif », les membres des classes supérieures tendent à s'alarmer davantage que ceux des classes populaires, augmentant du même coup leur probabilité de recourir à des professionnels de santé.

Ces « cultures somatiques » (Boltanski, 1971) associées aux différentes classes sociales constituent le troisième facteur des inégalités sociales de santé mentionné dans certains travaux sociologiques. Alors que la culture somatique des classes populaires se caractérise par une valorisation de la force musculaire, par une faible attention accordée aux sensations physiques et par une faible aptitude à verbaliser les symptômes physiques, celle des classes moyennes et supérieures se caractérise au contraire par une valorisation de la « grâce » et de la « forme physique », par une attention élevée aux sensations physiques et par une forte aptitude à verbaliser ces sensations (Boltanski, 1971). Ces différentes cultures somatiques agissent sur les inégalités sociales de santé à trois niveaux. On relève premièrement une forte association entre la culture somatique des différentes classes sociales et certains comportements : en comparaison avec les membres des classes moyennes et supérieures, les membres des classes populaires pratiquent moins souvent une activité sportive (surtout les femmes) (Muller, 2006), consomment

davantage de tabac (Observatoire des inégalités, 2017), d'alcool (surtout les hommes) (Brixi et Lang, 2000), et tendent à favoriser une alimentation riche sur le plan calorique mais pauvre sur le plan nutritionnel (Caillavet et Darmon, 2005). En second lieu, les différentes cultures somatiques ne sont pas étrangères à l'inégal recours au système de santé : le seuil d'intensité à partir duquel une sensation corporelle est tenue pour anormale est d'autant plus élevé que l'on descend dans la hiérarchie sociale, si bien que les membres des classes populaires tendent à retarder la consultation de professionnels de santé, ce qui explique en partie leurs frais d'hospitalisation plus élevés (Raynaud, 2005). Enfin, et troisièmement, lorsque les membres des classes populaires se trouvent face aux professionnels de santé, les différentes cultures somatiques en présence (celle du patient et celle du professionnel) sont susceptibles d'engendrer une série de processus qui dégrade la qualité de la prise en charge : moins disposés à la verbalisation de leurs sensations, les patients tendent à minimiser leurs maux et à moins solliciter les professionnels qui, de leur côté, tendent à leur livrer moins d'informations (Boltanski, 1971 ; Longchamp, 2009).

### **Quatre énigmes**

Qu'il s'agisse des conditions de vie et de travail, de l'accès au système de santé ou de la culture somatique, ces trois facteurs ont en commun de porter sur des caractéristiques individuelles (dans les différentes recherches, les individus sont définis par leur revenu, leur position sociale, parfois aussi par leur genre ou par leur appartenance générationnelle) et de toujours se référer à des conditions « matérielles » d'existence. Cette référence peut être directe (lorsqu'il est question des conditions d'habitation, de l'exposition à des produits toxiques ou d'un manque de capital économique) ou indirecte (lorsque les conditions matérielles sont relayées par l'ordre culturel qui les retraduit sous la forme de cultures somatiques et de comportements). Plus que les inégalités sociales en elles-mêmes, c'est donc la pauvreté, définie comme état de privation, qui est ici montrée du doigt. Largement convergente avec le sens commun,

une telle posture offre une forte légitimité à toutes les interventions visant à lutter contre la pauvreté, y compris lorsque cette lutte est menée grâce à la générosité des plus nantis. Dans cette perspective, une société « sans pauvres » serait débarrassée de ses inégalités sociales de santé.

Or il n'en est rien. Car bien que leur impact ne soit plus à démontrer, les facteurs de type matérialiste ne suffisent pas à expliquer l'ampleur des inégalités sociales de santé qui s'observent dans les sociétés occidentales, comme le révèlent nombre de recherches. Ce sont plus précisément quatre éléments qui semblent se dérober à ce type d'explication.

Premièrement, le lien entre les conditions de vie et la santé des individus n'est pas de nature mécanique. En 1990 déjà, McCord et Freeman (1990) montraient que la probabilité de dépasser l'âge de 40 ans était inférieure pour les hommes du quartier new-yorkais de Harlem que pour les habitants du Bangladesh, lors même que les premiers disposaient de conditions matérielles d'existence largement supérieures aux seconds. Si la pauvreté absolue explique en partie la faible espérance de vie des résidents de Harlem, la comparaison avec une population objectivement plus démunie sur le plan matériel révèle que d'autres éléments entrent en ligne de compte.

Deuxièmement, les effets de certains « facteurs de risque » qui s'observent au niveau individuel ne se vérifient pas toujours au niveau collectif. Comparant les études Whitehall (Grande-Bretagne) et Gazel (France)<sup>3</sup>, Fuhrer et al. (2002) constatent que les deux cohortes présentent un même gradient social de santé : qu'il s'agisse de santé perçue ou d'absentéisme pour raisons médicales, la situation se dégrade lorsque l'on va des cadres aux employés intermédiaires puis aux employés subalternes. Pourtant, la prise en compte de « facteurs de risque » tels que la consommation de tabac et d'alcool ou la faible consommation de fruits et légumes

---

3 Dirigée par Michael Marmot (Marmot et al., 1991), l'étude Whitehall porte sur les fonctionnaires britanniques. Après une première enquête menée en 1967 (Whitehall I), une seconde (Whitehall II) est réalisée entre 1985 et 1988. Débutée à la fin des années 1980, l'étude Gazel (Dang Tran et al., 1994) consiste en un suivi longitudinal de salariés d'Électricité de France et de Gaz de France.

révèle d'importantes différences entre les deux cohortes : alors que les données de la cohorte britannique semblent cohérentes avec une explication par ces facteurs comportementaux (la consommation de tabac et d'alcool y augmente lorsque l'on descend dans la hiérarchie des statuts, alors que celle de fruits et légumes suit une tendance inverse), ce lien ne se vérifie pas au sein de la cohorte française, où ces comportements ne présentent pas d'association avec le statut professionnel. Si elle ne permet pas de conclure à l'absence de l'effet des comportements sur la santé, cette comparaison montre en tous les cas que ces effets ne sont pas univoques et demandent à être complétés par d'autres facteurs explicatifs.

Troisièmement, si l'explication matérialiste permet de comprendre pourquoi les groupes caractérisés par une privation matérielle présentent une moins bonne santé que les autres, elle ne suffit pas à rendre compte du gradient social qui caractérise tous les pays de l'OCDE : les inégalités de santé s'y observent à tous les échelons de la structure des revenus, y compris parmi les déciles supérieurs, soit parmi des groupes d'individus dont les écarts de santé ne peuvent s'expliquer par un quelconque dénuement.

Enfin et quatrièmement, on sait depuis la publication d'une étude de Samuel Preston (1975) que la relation positive entre la richesse nationale et la santé ne se vérifie plus au sein des pays riches. Les comparaisons internationales révèlent en effet que l'accroissement de la richesse nationale n'entraîne une augmentation de l'espérance de vie que jusqu'à un PIB d'environ 25'000 dollars par habitant, aucun effet n'étant observé au-delà de cette limite. L'espérance de vie aux USA est ainsi la même que celle de pays qui, tels l'Albanie, Cuba ou le Belize, présentent pourtant un PIB par habitant cinq à six fois moins élevé (Wilkinson et Pickett, 2009).

Ces quatre énigmes n'invalident évidemment pas la thèse suivant laquelle les conditions matérielles d'existence des individus ont des conséquences sur leur santé. Mais elles montrent en revanche que ces effets, qui se manifestent avant tout parmi les fractions les plus démunies de la population, ne s'exercent jamais de manière mécanique et, surtout, ne suffisent pas à expliquer l'ampleur des inégalités sociales de santé qui caractérise les pays les plus riches.

C'est de l'épidémiologie sociale que viendra la réponse à ces quatre énigmes. En identifiant l'existence d'un facteur « non matérialiste » influençant la santé des populations, elle a initié un programme de recherche qui ne cesse de s'enrichir depuis trois décennies.

### **L'épidémiologie sociale et l'effet propre des inégalités sociales**

Définie comme l'« étude épidémiologique des déterminants sociaux de la santé » (Goldberg et al., 2002, p. 90), l'épidémiologie sociale introduit une véritable rupture dans l'étude des inégalités sociales de santé. La principale innovation qu'introduit cette discipline est un changement d'échelle d'analyse : il ne s'agit plus d'étudier le lien entre la santé des individus et leurs caractéristiques propres (revenu, niveau d'éducation, etc.), mais de se situer à une échelle collective, en braquant la focale sur le lien entre la santé observable au sein d'une formation sociale d'une part (santé mesurable à l'espérance de vie ou à la prévalence de telle ou telle maladie) et l'*environnement social* qui caractérise cette formation d'autre part (environnement que l'on appréhende par des indicateurs tels que la répartition des revenus ou des diplômes, l'équipement en infrastructures sportives, la participation politique ou associative, etc.). Dans cette perspective, les déterminants de santé ne sont plus des caractéristiques individuelles, mais des caractéristiques agrégées qui concernent l'ensemble du groupe considéré<sup>4</sup>.

Une telle approche permet de révéler une relation demeurée invisible jusqu'ici, et qui constitue la thèse centrale de l'épidémiologie sociale : dès l'instant où les besoins de subsistance sont satisfaits pour la majorité des individus d'une formation sociale donnée, ce n'est plus la richesse en tant que telle, mais les *écarts de richesse* qui déterminent la santé. Alors que la courbe de Preston montre une décorrélation entre la richesse nationale et la santé parmi les pays riches, l'effet de la répartition des richesses se révèle extrêmement

---

4 Les deux échelles d'analyse ne sont évidemment pas exclusives, et nombre de travaux permettent, grâce à l'analyse multi-niveau, de discriminer les effets des variables individuelles et environnementales sur la santé (Goldberg et al., 2002).

marqué, les pays les plus égalitaires obtenant systématiquement de meilleurs scores que les pays les plus inégalitaires dans toute une série de problèmes non seulement sanitaires – espérance de vie, santé mentale, consommation de drogue, obésité, mortalité infantile –, mais aussi sociaux – homicides, taux d’incarcération, mobilité sociale, niveau scolaire (Wilkinson et Pickett, 2009). Les différences constatées sont conséquentes : par rapport à ceux des pays les plus égalitaires, les taux de prévalence observés dans les pays les plus inégalitaires peuvent être multipliés par quatre (maladie mentale) ou huit (obésité). Enfin, une telle perspective montre que ces inégalités n’affectent pas seulement les individus les plus pauvres, mais l’ensemble de la population : telle la pollution de l’air, l’effet délétère des inégalités pénètre toutes les couches de la société, au point qu’en matière de mort prématurée, il peut être préférable d’être pauvre dans un pays relativement égalitaire – comme la Suède – que riche dans un pays très inégalitaire – comme la Grande-Bretagne (Vågerö et Lundberg, 1989).

Tout porte donc à croire que les inégalités sociales (ici mesurées d’après le revenu)<sup>5</sup> produisent un *effet propre* relativement indépendant des facteurs traditionnellement pris en considération : pour des conditions matérielles d’existence identiques, un individu évoluant dans un environnement égalitaire aura une meilleure santé qu’un individu vivant dans un contexte inégalitaire.

Confirmé par nombre d’études, le constat de cette corrélation entre inégalités de revenu et santé ne suffit pourtant pas à déduire un lien explicatif, que seule une approche plus théorique permet d’établir. Contre les tentatives de réfutation et parmi d’autres explications possibles, c’est en allant puiser à la fois dans la psychologie sociale et la biologie que l’épidémiologie sociale propose son modèle explicatif

---

5 Pour mesurer la position sociale, l’épidémiologie sociale retient le plus souvent le niveau de revenu qui, en offrant des indices synthétiques de répartition des richesses, favorise la comparaison internationale. D’autres indicateurs économiques (patrimoines mobilier et immobilier) pourraient également être retenus. Prenant appui sur les travaux de Pierre Bourdieu, certains sociologues proposent ainsi de porter davantage d’attention à l’appartenance de classe et aux styles de vie associés pour mesurer les positions sociales (Delhey et al., 2017). Ce dialogue semble d’ailleurs porter ses fruits, Richard Wilkinson et Kate Pickett consacrant un chapitre entier de leur dernier ouvrage à l’appartenance de classe (Wilkinson et Pickett, 2018).

le plus convaincant<sup>6</sup>. Selon ce dernier, dans les sociétés qui, tout en prônant l'égalité de principe et le mérite individuel, se caractérisent par de fortes inégalités, les individus tendraient à développer une « anxiété de statut [*status anxiety*] », soit le sentiment, même diffus, d'être inférieurs à ceux qui occupent une position immédiatement supérieure à la leur. Cette anxiété s'accompagnerait d'un stress chronique qui entraînerait à son tour de multiples effets négatifs sur les comportements, les fonctions cognitives et l'organisme (Wilkinson et Pickett, 2009).

Une telle chaîne causale permet de répondre à nos quatre énigmes. Si les hommes de Harlem ont une espérance de vie inférieure à celle des habitants du Bangladesh, c'est parce qu'ils évoluent dans un environnement beaucoup plus inégalitaire, environnement que leurs meilleures conditions de vie matérielle ne peuvent suffire à compenser ; si les effets des comportements reconnus comme « sains » ou « malsains » ne sont pas univoques, c'est parce qu'ils viennent se combiner avec des effets proprement sociaux (inégalités de revenu et de statuts) qui semblent transcender les différences culturelles ; si les inégalités sociales de santé s'observent non seulement entre les plus pauvres et les plus riches, mais aussi entre des individus qu'aucune privation matérielle ne sépare, c'est parce que l'écart entre leurs positions respectives au sein de la structure sociale suffit à engendrer une « anxiété de statut » néfaste pour leur santé ; enfin, si l'augmentation de la richesse nationale n'entraîne plus d'amélioration de la santé parmi les pays riches, c'est parce qu'au-delà d'un certain seuil, les explications liées à l'effet propre des inégalités l'emportent sur celles liées à la privation matérielle.

### **Épidémiologie sociale et sociologie : regards croisés et apports mutuels**

En postulant que les inégalités sociales produisent un effet propre sur la santé des individus, l'épidémiologie sociale adopte une perspective épistémologique résolument relationnelle. Contre toutes les

---

6 Pour un exposé des critères de causalité les plus communément admis en épidémiologie sociale et une mise en regard des explications alternatives ou des tentatives de réfutation, voir Pickett et Wilkinson (2015).

dérives substantialistes, une telle posture implique qu'« il n'y a que des qualités secondes puisque toute qualité est solidaire d'une relation » (Bachelard, 1987, p. 130). C'est ainsi que le revenu, qui est souvent retenu comme variable explicative dans les études, n'est pas tant à considérer comme reflet des conditions matérielles d'existence que comme *marqueur de la position que les individus occupent au sein de la structure sociale* (Marmot, 2001), position qui ne prend sens qu'une fois rapportée à l'ensemble des autres positions de cette structure. La privation dont peuvent souffrir les individus est ainsi une privation *relative*. Ce qui n'implique aucunement le glissement vers une perspective relativiste : si une position spécifique ne prend sens que dans la relation qu'elle entretient avec les autres positions, cette relation recouvre bien une réalité objective et objectivable, par exemple par des indices tels que le coefficient de Gini ou le rapport interquintile<sup>7</sup>.

En posant une telle conception relationnelle des formations sociales d'une part, en postulant que les liens relatifs entre positions produisent des effets objectifs sur les individus d'autre part, l'épidémiologie sociale trace les contours d'un programme de recherche largement congruent avec celui de la sociologie. C'est cependant davantage vers la psychologie sociale et la biologie que s'est tournée la discipline, son dialogue avec la sociologie demeurant relativement limité. Un rapprochement des deux disciplines autorise pourtant certaines réflexions stimulantes.

### **Durkheim, la cohésion sociale et le principe de la non-conscience**

Rappelons d'abord que l'acte fondateur de la discipline sociologique a précisément consisté à démontrer un lien entre l'environnement social et la santé des individus. Dans *Le Suicide*, Durkheim relève en effet que la prévalence du suicide au sein d'une formation

7 Le *coefficient de Gini* sur le revenu résume la relation entre la proportion cumulée de la population ordonnée selon le niveau de revenu et la proportion cumulée du revenu total de cette population. Il varie entre 0 (cas de l'égalité parfaite : tous les individus percevraient le même revenu) et 1 (inégalité parfaite : un seul individu capterait la totalité des revenus). Le *rapport interquintile* est le ratio entre le revenu moyen perçu par les 20% des individus ayant les revenus les plus élevés et le revenu moyen des 20% ayant les revenus les moins élevés. Un rapport interquintile de 3 signifie par exemple que le revenu moyen des 20% les plus riches est trois fois plus élevé que le revenu moyen des 20% les plus pauvres.

sociale tend à augmenter à mesure que diminue son « degré d'intégration », ce dernier étant mesuré par la famille (taux de mariage, veuvage et célibat), la religion (taux de protestants, de catholiques et de juifs) ou la situation politique (périodes de calme relatif *vs* périodes de révolution). C'est une démarche largement analogue qu'adoptent aujourd'hui les épidémiologistes sociaux, la différence la plus notable résidant dans les indicateurs de cohésion sociale retenus : là où Durkheim se basait sur l'insertion familiale, la confession religieuse et la situation politique, des auteurs comme Kawachi et Berkman (2000), qui parlent de « capital social » pour désigner la présence de forts liens sociaux, retiennent le niveau de confiance interpersonnelle, les normes de réciprocité ou encore la participation associative<sup>8</sup>.

Le principe de la non-conscience constitue un autre élément qui renforce la proximité entre épidémiologie sociale et sociologie. On revient encore ici à Durkheim, dont l'un des principaux apports est précisément le refus d'expliquer le suicide par « les confidences que le sujet lui-même nous fait sur son état », confidences qu'il considère comme « suspectes » du fait que l'individu « n'est que trop porté à se tromper sur lui-même et sur la nature de ses dispositions » (Durkheim, 2013, p. 140-141). En rupture avec le sens commun, la sociologie a donc vocation à dévoiler des processus sociaux qui demeurent largement inaccessibles à la conscience des individus, principe rappelé avec force par Bourdieu, Passeron et Chamboredon dans *Le Métier de Sociologue* (Bourdieu, Chamboredon et Passeron, 1968). Or, en mettant la focale sur l'effet propre des inégalités sociales, c'est bel et bien à une telle tâche de

---

8 Relevons que la notion de « capital social », ici définie au niveau collectif comme la présence de forts liens sociaux au sein d'un groupe, reçoit deux autres acceptions, au niveau individuel cette fois. Dans la tradition anglo-saxonne, elle désigne l'intensité et le nombre de relations sociales qu'un individu entretient avec son entourage. Cette notion est largement employée par l'épidémiologie sociale, de nombreux travaux ayant montré que la santé des individus tend à s'améliorer lorsqu'ils entretiennent de nombreuses relations sociales (Cohen, 2005). C'est une acception à la fois plus restrictive et plus spécifique que propose Bourdieu, pour qui le capital social d'un individu désigne l'addition des différentes formes de capital (économique et culturel notamment) possédées par l'ensemble des individus de son entourage (Bourdieu, 1980). Il ne s'agit donc pas de simples relations affectives, amicales ou de voisinage, mais de relations *utiles* qui, par l'effet multiplicateur qu'elles produisent, permettent à l'individu de maintenir, voire d'améliorer sa position sociale.

dévoilement que s'attelle l'épidémiologie sociale, qui reprend ainsi à son compte, sans le nommer, le principe de la non-conscience que l'on retrouve en sociologie<sup>9</sup>.

### **Bourdieu, la misère de position et l'incorporation du social**

Ce sont précisément les travaux de Pierre Bourdieu qui entretiennent les affinités les plus fortes avec le programme de l'épidémiologie sociale. La parenté est ainsi évidente entre la notion de « misère de position » proposée par Bourdieu en 1993 (Bourdieu, 1993) d'une part, et celle de « syndrome de statut » ou d'« anxiété de statut » popularisée par Michael Marmot (Marmot, 2004) quelques années plus tard d'autre part. Si elle permet de rendre compte des situations de déclassement et de précarité matérielle, la notion de « misère de position » permet aussi, et peut-être surtout, d'attirer l'attention sur « ces innombrables *ratés relatifs* que l'on rencontre même aux niveaux les plus élevés de la réussite » (Bourdieu, 1993, p. 601). Et l'auteur de *La Misère du Monde* de mentionner cette forme de souffrance que peuvent éprouver les individus qui, tel le contrebassiste dans un orchestre symphonique, occupent une position inférieure au sein d'un univers prestigieux « auquel ils participent juste assez pour éprouver leur abaissement relatif » (Bourdieu, 1993, p. 11). En pointant les souffrances que génèrent les inégalités à tous les niveaux de la hiérarchie sociale, la notion de « misère de position » permet ainsi, tout comme celle d'« anxiété de statut », de révéler les effets proprement sociaux de ces inégalités.

Le constat de ces convergences fondamentales entre épidémiologie sociale et sociologie fait aussi regretter que le dialogue entre

---

9 Précisons que le principe de la non-conscience a été remis en question dès la seconde partie du XX<sup>e</sup> siècle par certains courants sociologiques, en particulier par celui de l'ethnométhodologie qui, initié durant les années 1960 par Harold Garfinkel en réaction au fonctionnalisme de Talcott Parsons, critique l'approche déterministe pour lui préférer une approche prenant davantage en compte la « liberté » des acteurs. Cette question suscite de nombreuses controverses au sein de la discipline (Lahire, 2002), et nous nous rangeons du côté des sociologues qui estiment, avec Darmon (2006), qu'il est « difficile de demander à la science de démontrer l'existence d'une liberté qui s'éprouve plus qu'elle ne se prouve, alors que le modelage social et ses produits sont justiciables, eux, d'une administration tant quantitative que qualitative de la preuve » (p. 123-124).

les deux disciplines ne soit pas davantage développé sur certains sujets. Ainsi en va-t-il du processus d'incorporation du social. Le modèle explicatif défendu par l'épidémiologie sociale doit nécessairement s'intéresser à la façon dont la réalité sociale se transforme en réalité biologique, en émettant des « hypothèses concernant les voies par lesquelles *le social passe sous la peau* » (Goldberg et al., 2002, p. 89). Alors qu'un tel défi théorique anime également la sociologie, c'est pourtant vers la biologie du stress chronique que s'est tournée l'épidémiologie sociale. Si cette voie permet de comprendre les processus par lesquels certains environnements sociaux tendent à peser sur le psychisme et l'organisme des individus, une forme d'inconscient béhavioriste semble toutefois la sous-tendre. Si bien que les comportements des individus sont ici avant tout considérés comme des réponses à leur environnement immédiat, et beaucoup moins comme le produit de *dispositions durables* acquises au cours du processus de socialisation (Darmon, 2006), dispositions qui peuvent continuer à produire des effets même lorsque leurs conditions d'acquisition ont disparu. Un dialogue plus étroit entre l'épidémiologie sociale et le courant de la sociologie attaché à comprendre la façon dont le monde social « fabrique » les individus permettrait, sans doute, d'enrichir les analyses, en approchant « le *point d'équilibre* explicatif entre, d'une part, l'étude des propriétés incorporées des acteurs et, d'autre part, celle des propriétés sociales objectives des contextes » (Lahire, 2012, p. 21-22).

### **Entre « culturalisme » et « matérialisme »**

Les résultats de l'épidémiologie sociale permettent également de venir nourrir certains débats internes à la sociologie. Ainsi en va-t-il de celui concernant la part qu'il faut attribuer à la « culture » dans l'explication des comportements individuels, et en particulier ceux relatifs au corps et à la santé. Ce débat s'est notamment cristallisé, au sein des pays occidentaux, autour de la non-adhésion d'une partie des individus issus de l'immigration aux prescriptions formulées par les professionnels de santé. Alors que certains chercheurs, souvent issus de l'anthropologie, interprètent ces comportements comme autant de « résistances » liées à leur culture d'origine,

d'autres estiment qu'une telle approche revient à réifier la « culture » en la transformant en une entité homogène, détachée du monde social et des conditions de vie socioéconomiques des populations considérées (Fassin, 2001). Plus proches des influences marxistes, ces opposants considèrent que la « culture » d'un groupe social, plutôt que d'être rapportée à des origines abstraites, devrait toujours se référer à des conditions matérielles d'existence ; si « culture » il y a, c'est donc toujours d'une « culture de classe » dont il s'agit, c'est-à-dire d'une « retraduction dans l'ordre culturel des contraintes économiques qui pèsent sur les individus et déterminent jusqu'à leurs « besoins » ou leurs « désirs » » (Boltanski, 1971, p. 209). Dans cette perspective, l'explication des proximités et des distances entre les comportements et attitudes des individus repose sur les positions sociales définies par les conditions d'existence plutôt que sur les origines culturelles.

Les résultats de l'épidémiologie sociale offrent la possibilité de nuancer ces deux perspectives tout en esquissant la possibilité d'une « troisième voie ». Comme le montrent Wilkinson et Pickett (2015), une comparaison des scores de différents pays sur un indice de problèmes sanitaires et sociaux révèle que ce sont bien les différences au niveau des inégalités de revenu, et non les proximités ou distances culturelles, qui font varier cet indice : des pays comme le Mexique, la Russie et l'Afrique du Sud (pays très inégalitaires) d'une part, ou le Japon et les pays scandinaves (pays relativement égalitaires) d'autre part, se caractérisent ainsi par des scores comparables (faibles pour le premier groupe, élevés pour le second) lors même qu'ils présentent d'évidentes différences culturelles ; à l'inverse, le Portugal (très inégalitaire) et l'Espagne (relativement égalitaire) présentent des scores très différents en dépit d'une forte proximité culturelle. Tout en montrant que l'objectivité des conditions d'existence ne tient pas nécessairement et uniquement aux conditions matérielles, l'épidémiologie sociale ne cède ainsi en rien à une approche « culturaliste », bien au contraire. Car même si elle peut produire des effets relativement indépendants des conditions matérielles d'existence, la structure sociale devient en elle-même une condition d'existence objective qui transcende les différentes « cultures ».

### **Ce que « société veut dire »**

Si les résultats de l'épidémiologie sociale peuvent venir nourrir certains débats internes à la sociologie, l'inverse est aussi vrai. Ainsi en va-t-il de la question de l'échelle d'analyse qu'il convient d'adopter dans les protocoles de recherche, question d'autant plus importante que la relation entre inégalités et santé semble directement en dépendre. De fait, si elle se vérifie largement sur de grands ensembles, cette relation tend à s'affaiblir, voire à disparaître, lorsque l'on compare des entités plus petites. La proportion d'études confirmant pleinement la relation entre inégalités sociales et santé, qui s'élève à 83% lorsqu'il s'agit de comparer des pays, tombe ainsi à 73% lorsqu'il s'agit de comparer des régions, puis à 45% lorsqu'il s'agit de communautés plus restreintes (Wilkinson et Pickett, 2006). La cité-État de Hong-Kong présente par exemple l'espérance de vie la plus élevée au monde, lors même que les inégalités de revenu y sont extrêmement élevées (Chung et Marmot, 2020). Plus surprenant encore, une comparaison de l'ensemble des municipalités de Suisse montre une relation inverse à celle attendue : les municipalités les plus inégalitaires sont celles où la mortalité est la plus faible (Clough-Gorr et al., 2015).

Un détour par la sociologie permet d'apporter quelques éclairages à ce qui apparaît au premier abord comme une invalidation de la thèse centrale de l'épistémologie sociale. De fait, la question ici soulevée n'est rien moins que celle de la définition de ce qu'est une société ou une formation sociale. Or, quelle que soit la réponse apportée à cette question – la solidarité mécanique ou organique liée à la division du travail chez Durkheim, les rapports de production matérielle chez Marx, les configurations chez Elias ou encore l'espace social structuré par le volume et la structure des différentes formes de capital chez Bourdieu –, la plupart des sociologues s'accordent sur un point : qu'il s'agisse d'un groupe ou d'une société, une formation sociale ne résulte pas du simple agrégat d'entités indépendantes ; elle doit au contraire être considérée comme un système d'interdépendance. En adoptant une posture relationnelle, l'épidémiologie sociale s'inscrit dans la même ligne : considérer que

la structure sociale produit un effet propre, c'est considérer que l'ensemble des relations qui lient les différentes positions sociales (le plus souvent mesurées au revenu) produit un effet qui dépasse et transcende l'addition des effets de ses différentes parties.

Loin d'être anecdotique, une telle définition relationnelle de « ce que société veut dire » implique au moins deux exigences empiriques auxquelles l'épidémiologie sociale ne peut déroger : la comparaison entre formations sociales est à considérer comme la voie privilégiée d'administration de la preuve d'une part, et cette comparaison ne peut porter que sur des systèmes complets d'interdépendance, et jamais sur des fragments de ces systèmes d'autre part.

C'est peut-être faute de n'avoir suffisamment considéré les fondements épistémologiques de ces deux exigences empiriques que l'épidémiologie sociale rencontre parfois des difficultés à se positionner face aux résultats obtenus en comparant de petits ensembles. De fait, c'est généralement sans remettre en question leurs échelles d'analyse et en cherchant à identifier des processus spécifiques à leurs terrains que les auteurs entendent résoudre ce qui apparaît comme un écart « entre *saillance* (les données empiriques) et *pertinence* (le cadre d'analyse et d'interprétation) » (Berthelot, 2001, p. 224). Alors que Chung et Marmot (2020) appellent à poursuivre les investigations afin d'identifier un éventuel « facteur protecteur » contre les effets des inégalités de revenu au sein de la cité-État de Hong Kong, Clough-Gorr et al. (2015) suggèrent que la relation inverse qu'ils observent entre inégalités et mortalité parmi les municipalités suisses pourrait s'expliquer par une forte cohésion sociale (favorisée par des revenus globalement élevés et une relative absence de privation matérielle), ou encore par la qualité des infrastructures publiques rendue possible par les impôts prélevés sur les revenus les plus élevés. Ce qui est une façon de donner un certain crédit à la théorie économique du ruissellement.

À la lumière des réflexions menées par les sociologues, de telles explications ne peuvent qu'apparaître insuffisantes. Plutôt que de chercher la cause de ces résultats dans la présence d'un hypothétique facteur protecteur ou dans les effets bénéfiques d'une forme de ruissellement des richesses dont on peine à comprendre pourquoi

elle ne se manifeste pas à plus grande échelle, il nous semble plus heuristique de remonter à la source du problème, en se demandant si ces études remplissent bel et bien les exigences empiriques précédemment mentionnées : qu'il s'agisse des municipalités suisses ou de la cité-État de Hong Kong, a-t-on bien affaire à des formations sociales au sens sociologique du terme, c'est-à-dire à des systèmes complets d'interdépendance ? Poser la question, c'est y répondre. De fait, tout comme le « zéro émissions » d'un véhicule électrique ne reflète pas son véritable bilan écologique, les positions sociales (mesurées au revenu) qui s'observent à des échelles restreintes ne sont aucunement le reflet des relations qui lient les individus dans le cadre de ces mêmes échelles (qui peuvent parfois se réduire à des relations de voisinage). Car les entités ici analysées ne constituent pas des unités de production économique relativement indépendantes : pour comprendre pourquoi un résident suisse occupe une position sociale inférieure à celle de son voisin de palier, ces deux positions doivent être rapportées à l'ensemble des positions de la structure sociale helvétique, et pas seulement à celle de la municipalité. De même, la cité-État de Hong Kong ne constitue aucunement une formation sociale pleine et entière, ne serait-ce que parce que son économie, presque entièrement basée sur le secteur des services, exclut à peu près complètement les secteurs primaire et secondaire pourtant indispensables à la vie de ses habitants (qui doivent bien s'alimenter, se vêtir et se loger). Si l'on veut mesurer l'espérance de vie de la cité-État, c'est donc l'ensemble des individus qui la rendent « possible » qu'il faut inclure dans l'analyse, soit des individus dont la dispersion géographique dépasse de loin les frontières officielles et dont l'espérance de vie est assurément bien moindre que celle des seuls résidents de la cité-État. Comme l'évoquent Wilkinson et Pickett (2006), les inégalités au sein de zones restreintes ne font souvent que refléter la ségrégation résidentielle entre riches et pauvres, ségrégation qui s'avère d'autant plus forte que les inégalités globales sont élevées. Le renforcement des inégalités entre les zones d'habitation s'accompagne alors d'une diminution des inégalités au sein de chacune d'entre elles, ce qui tend à réduire à néant l'association, pourtant bien réelle à une échelle globale, entre inégalités et santé.

Cette réflexion d'ordre épistémologique révèle au passage que la théorie du ruissellement vantée par certains (Aghion et Bolton, 1997) ne peut se réaliser que dans de petites communautés se partageant les fruits d'un travail réalisé par d'autres, ailleurs et dans d'autres conditions. Cette assertion ne vaut d'ailleurs pas que pour les petits ensembles. Comme le montre le cas de Hong Kong, même les frontières nationales n'ont pas toujours de pertinence sociologique. Et cela sera de plus en plus vrai à l'avenir, car avec la mondialisation, « presque tous les pays sont sur le point de devenir petits à l'échelle du monde » (Piketty, 2019, p. 1064). Si, comme le disait Marx, les frontières d'une société s'étendent aussi loin que les rapports de production qui lient entre eux les individus, alors les « classes populaires » d'un pays comme la Suisse résident plus sûrement à Séville ou à Shenzhen qu'à Berne ou à Genève. En définitive, et plutôt que d'avoir recours à la frontière comme oreiller de paresse méthodologique, les chercheurs devront de plus en plus considérer les unités d'analyse qu'ils comparent comme des formations sociales relationnelles qui, à la façon des champs conceptualisés par Bourdieu, ne peuvent jamais être circonscrites *a priori*<sup>10</sup>.

### **Pour un décroisement et une verticalisation de la lutte contre les inégalités**

Après avoir présenté quelques grands principes de l'épidémiologie sociale et les affinités que cette discipline entretient avec la sociologie, nous souhaitons terminer par quelques réflexions concernant les conséquences politiques qui pourraient découler de ces acquis de connaissance. Une telle démarche suppose évidemment un changement de point de vue. De fait, l'action politique ayant toujours partie liée avec une posture idéologique, elle ne découle jamais logiquement et nécessairement de résultats de recherche. Alors que nous nous situons dans une perspective

---

10 Comme le rappelle Bourdieu, « avoir la notion de champ, c'est savoir qu'il n'est pas possible de répondre *a priori* à la question de savoir qui fait partie du jeu, ou qui n'en fait pas partie, qui fait partie ou qui ne fait pas partie de l'objet » (Bourdieu, 2010, p. 11).

analytique jusqu'ici, c'est donc désormais une posture plus prescriptive que nous adoptons dans cette dernière partie.

Sur la base de ce qui a été présenté, il nous semble légitime de formuler la proposition minimale suivante : *si les résultats de l'épidémiologie sociale sont exacts, et si l'on s'accorde sur le fait qu'une société a d'autant plus de valeur que les individus peuvent y vivre en sécurité et en bonne santé, alors la réduction des inégalités sociales devrait être une priorité politique absolue.*

Pour minimale qu'elle soit, une telle proposition ne va pourtant pas sans bouleverser les stratégies de lutte contre les inégalités actuellement les plus répandues. De fait, cette lutte n'a eu de cesse de se fractionner et de s'horizontaliser au cours des dernières décennies. De se *fractionner* d'abord : la lutte contre les inégalités sociales et économiques a cédé le pas à une multitude de causes sectorielles, chacune étant attribuée à des « entrepreneurs de morale » (Becker, 1985) chargés de les identifier et de les résoudre. Et l'on ne compte plus le nombre de « luttes contre... » qui fleurissent souvent au gré de l'actualité médiatique : lutte contre le cancer, contre la dépression, contre les maladies cardiovasculaires, contre l'obésité, contre le racisme, contre les discriminations, contre le sexisme, contre la délinquance, contre le féminicide, contre la maltraitance infantile... De *s'horizontaliser* ensuite : non seulement le morcellement des luttes entraîne une dispersion des forces et des moyens, mais il a aussi pour corollaire la diffusion de l'idée suivant laquelle nos sociétés, plutôt que d'être structurées autour de rapports sociaux verticaux entre dominants et dominés, s'organiseraient au contraire autour de multiples binômes horizontaux (inclus/exclus, majorité/minorités, autochtones/étrangers, etc.). Qui plus est, la mise en concurrence d'une multitude de « spécialistes » de ces questions aboutit à la formulation d'autant de « solutions » (entretien motivationnel, éducation thérapeutique, éducation à l'interculturalité, empowerment, capacités...) qui, sans toucher à la structure sociale, s'évertuent le plus souvent à modifier les comportements individuels par ce qui s'apparente à une démarche de *civilisation des pauvres*.

Les résultats de l'épidémiologie sociale livrent des arguments pour un décloisonnement et une verticalisation de ces luttes.

Les inégalités de revenu ne sont certes pas la seule explication des problèmes sanitaires et sociaux mentionnés ci-dessus, mais, comme le rappellent Wilkinson et Pickett (2009), elles constituent *le seul facteur qui leur soit commun à tous*. Par-delà les positionnements idéologiques, un tel résultat vient accréditer la thèse selon laquelle la position ou la classe sociale demeure l'élément déterminant « autour duquel s'arriment les autres dimensions de l'identité des personnes » (Beaud et Noiriel, 2020, p. 369). La réduction des inégalités de revenu, par toutes les voies possibles, devrait ainsi devenir une cause première et commune à toutes les forces actuellement dispersées dans l'une ou l'autre de ces « luttes contre... ». En renouant avec la question des inégalités économiques globales, ces luttes *sociétales* retrouveraient ainsi leur fondement *social*, et pourraient du même coup trouver un appui beaucoup plus large auprès de la population, et notamment des classes populaires qui n'ont jamais pleinement adhéré à ce que Chiapello et Boltanski (1999) nomment la « critique artiste »<sup>11</sup>.

Le décloisonnement horizontal ne devrait évidemment pas être remplacé par un nouveau cloisonnement vertical : il ne s'agirait pas de lutter « contre la pauvreté », mais bien contre les inégalités sociales (dont la pauvreté ne constitue qu'un aspect). Car même en supposant qu'il soit possible d'éradiquer la pauvreté absolue en ramenant tous ceux qui en sont frappés parmi les classes moyennes et supérieures, l'effet propre des inégalités subsisterait. La posture relationnelle n'est donc pas qu'épistémologique, elle est aussi politique : même absolue, la pauvreté est toujours à considérer dans sa relation aux inégalités globales.

On l'aura compris, la réduction des inégalités ne peut faire l'économie d'une redistribution globale des richesses. Le sentiment d'appartenance à une même communauté, qui suppose le dépassement des clivages de type identitaire, apparaît comme une condition

---

11 Si les partis de gauche ont connu un certain succès durant la dernière partie du XX<sup>e</sup> siècle grâce à leur engagement dans les questions sociétales sous-jacentes aux « luttes contre... », leur déconnexion avec la dimension économique et redistributive de ces problèmes les a rapidement transformés en partis des franges les plus diplômées de la population, ce qui a eu pour principale conséquence de les couper des classes populaires (Piketty, 2019).

*sine qua non* pour l'amorçage d'un débat démocratique autour de ces questions (Piketty, 2019), ce qui suppose précisément un décloisonnement et une verticalisation de la lutte contre les inégalités. Dans cette perspective, les résultats de l'épidémiologie sociale ont l'immense avantage d'offrir des arguments propres à convaincre non seulement les membres des classes populaires et des classes moyennes, mais aussi une partie de ceux des classes supérieures, voire une frange des partisans du « moins d'État ». Car la réduction des inégalités ne profite pas seulement aux plus pauvres, mais aussi aux plus riches, qui voient non seulement leur santé s'améliorer dans des proportions semblables aux autres groupes sociaux, mais aussi diminuer leurs dépenses de sécurité<sup>12</sup>. Qui plus est, la volonté de réduction des inégalités de revenu ne préjuge en rien du rôle attribué à l'État : alors que certains pays ont accédé à une relative égalité en compensant leurs inégalités de revenus par une forte redistribution étatique des richesses (c'est le cas des pays scandinaves), d'autres y sont parvenus en réduisant directement les inégalités de revenus, le rôle de l'État demeurant alors modeste (c'est le cas du Japon<sup>13</sup>). Autrement dit, la réduction des inégalités conserve toujours ses effets bénéfiques, quelle que soit la manière d'y accéder (Wilkinson et Pickett, 2009). Rappelons aussi qu'en entraînant une diminution générale des problèmes sanitaires et sociaux, la lutte pour davantage d'égalité est finalement le chemin le plus efficace vers une réduction générale des dépenses étatiques.

---

12 Si une réduction des inégalités de revenu profite également à tous en valeur relative, elle profite cependant davantage aux plus démunis en valeur absolue (Marmot, 2001 ; Wilkinson et Pickett, 2009).

13 Relevons au passage que le Japon, qui n'obtient qu'un classement moyen (comparable à celui de la Suisse) en comparaison internationale sur l'échelle des inégalités lorsqu'on retient le coefficient de Gini, se trouve en revanche très bien classé dès lors que l'on retient le ratio interquintile. Cette différence révèle la principale limite du coefficient de Gini, qui peine à faire le départ entre une société où les écarts de revenus sont relativement homogènes d'une part (c'est le cas du Japon), et une société où ces écarts sont particulièrement prononcés au sommet de la hiérarchie d'autre part (c'est le cas de la Suisse). Principale caractéristique des inégalités de ce début de XXI<sup>e</sup> siècle (Piketty, 2019), cette concentration des richesses entre les mains d'une minorité semble aussi être le phénomène qui affecte le plus la santé globale des populations.

## Conclusion

Les inégalités sociales constituent le seul facteur formellement identifié à ce jour qui soit commun à des problèmes sanitaires et sociaux en apparence aussi différents que les maladies cardiovasculaires, le cancer, les troubles mentaux, la défiance interindividuelle, l'échec scolaire, le taux d'incarcération ou encore la faible mobilité sociale. Tel est le principal enseignement de l'épidémiologie sociale.

Comme nous l'avons montré, le modèle explicatif de l'épidémiologie sociale entretient d'étroites affinités avec certains courants de sociologie qui, de Durkheim à Bourdieu, en passant par Elias, établissent un lien entre l'organisation sociale d'une part, et ce que les individus semblent avoir de plus « personnel » et de plus « intime » d'autre part. Le rapprochement entre ces deux disciplines permet de renforcer la thèse suivant laquelle les représentations et pratiques relatives au corps et à la santé ne s'expliquent ni par des « cultures » désincarnées, ni par des conditions matérielles réifiées, mais bien par les positions sociales que les individus ou groupes d'individus occupent les uns par rapport aux autres. Définie de manière relationnelle, la structure sociale devient ainsi en elle-même une condition d'existence objective qui produit ses effets propres sur les comportements et la santé des individus.

Ce rapprochement des deux disciplines mériterait d'être renforcé à l'avenir, en privilégiant deux axes de développement. Le premier concerne la conceptualisation de la position sociale des individus ou groupes d'individus. Alors que l'épidémiologie sociale privilégie le plus souvent une approche unidimensionnelle en mesurant la position sociale par le seul revenu (ce qui présente un réel avantage sur le plan pragmatique), la sociologie permet d'enrichir cette perspective en proposant un espace social multidimensionnel dans lequel les positions sociales sont définies d'une part par le *volume* des différentes formes de capital (notamment le capital économique – qui est composé non seulement du revenu mais aussi du patrimoine – et le capital culturel) et d'autre part par la *structure* de ces différentes formes de capital (Bourdieu, 1979). La prise en compte de cette multidimensionnalité permettrait de mieux comprendre les effets

que différentes configurations de la structure sociale sont susceptibles d'exercer sur la santé des individus<sup>14</sup>. Le deuxième axe de rapprochement des deux disciplines concerne le processus par lequel les effets de la structure sociale sont intériorisés ou incorporés par les individus. L'épidémiologie sociale pourrait à ce titre tirer profit des nombreux travaux sociologiques sur la socialisation (Darmon, 2006). Une telle perspective serait sans doute l'occasion d'introduire une plus grande mixité des méthodes, en ajoutant aux analyses quantitatives des analyses qualitatives basées sur des entretiens ou des observations directes (Creswell et Plano Clark, 2011).

Au-delà de ces considérations scientifiques, un tel programme de recherche revêt aussi une importance fondamentale sur le plan politique. Car les inégalités sociales, qui sont au cœur de ce programme, constituent sans doute la question qui décidera ni plus ni moins que du destin des démocraties occidentales (Piketty, 2019). En apportant la preuve que ces inégalités constituent un facteur commun à toute une série de problèmes sanitaires et sociaux, l'épidémiologie sociale trace un horizon politique sans équivoque qui fait de la réduction de ces inégalités une priorité absolue. Les travaux de l'épidémiologie sociale méritent donc non seulement d'être enrichis et renforcés par les apports de la sociologie, mais aussi d'être largement diffusés auprès du grand public.

## Bibliographie

- AGHION, PHILIPPE et PATRICK BOLTON, « A Theory of Trickle-Down Growth and Development », *The Review of Economic Studies*, vol. 64, no 2, 1997, p. 151-172.
- BACHELARD, GASTON, *Le nouvel esprit scientifique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1987.
- BEAUD, STÉPHANE et GÉRARD NOIRIEL, *Race et sciences sociales. Essai sur les usages publics d'une catégorie*, Agone, Marseille, 2020.
- BECKER, HOWARD, *Outsiders*, Métailié, Paris, 1985.
- BERTHELOT, JEAN-MICHEL, *Épistémologie des sciences sociales*, Presses Universitaires de France, Paris, 2001.

---

14 Voir à ce propos Delhey, Schneickert et Steckermeier (2017), qui proposent de porter davantage d'attention à l'appartenance de classe et aux styles de vie associés.

- BOLTANSKI, LUC, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 26, no 1, 1971, p. 205-233.
- BOLTANSKI, LUC et ÈVE CHIAPELLO, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, Paris, 1999.
- BOURDIEU, PIERRE, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Éditions de Minuit, Paris, 1979.
- BOURDIEU, PIERRE, « Le capital social. Notes provisoires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 31, 1980, p. 2-3.
- BOURDIEU, PIERRE, *La misère du monde*, Seuil, Paris, 1993.
- BOURDIEU, PIERRE, « Le fonctionnement du champ intellectuel. Sur le rapport entre le champ des sciences sociales et le champ de la philosophie ou le champ littéraire », dans C. Bastien, S. Borja et D. Naegel (éds), *Le raisonnement sociologique à l'ouvrage. Théorie et pratiques autour de Christian de Montlibert*, L'Harmattan, Paris, 2010, p. 9-43.
- BOURDIEU, PIERRE, JEAN-CLAUDE CHAMBOREDON et JEAN-CLAUDE PASSERON, *Le métier de sociologue*, Mouton Éditeur, Paris, 1968.
- BRIXI, OMAR et THIERRY LANG, « Comportements », dans A. Leclerc et al. (éds), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte & Syros, Paris, 2000, p. 391-402.
- CAILLAVET, FRANCE et NICOLE DARMON, « Contraintes budgétaires et choix alimentaires : pauvreté des ménages, pauvreté de l'alimentation? », *INRA sciences sociales*, no 3-4, 2005, p. 1-4.
- CHAUVEL, LOUIS, *Le destin des générations*, Presses Universitaires de France, Paris, 2002.
- CHESHIRE, JAMES, « Featured graphic. Lives on the line: mapping life expectancy along the London Tube network », *Environment and Planning A*, vol. 44, 2012, p. 1525-1528.
- CHUNG, ROGER Y.-N. et MICHAEL MARMOT, « People in Hong Kong Have the Longest Life Expectancy in the World: Some Possible Explanations », *NAM Perspectives, Expert Voices in Health & Health Care*, Commentary, National Academy of Medicine, Washington, 2020.
- CLOUGH-GORR, KERRI M., MATTHIAS EGGER et ADRIAN SPOERRI, « A Swiss Paradox? Higher Income Inequality of Municipalities Is Associated With Lower Mortality in Switzerland », *European Journal of Epidemiology*, vol. 30, no 8, 2015, p. 627-636.
- COHEN, SHELDON, « Keynote Presentation at the Eight International Congress of Behavioral Medicine. Mainz, Germany August 25–28, 2004: The Pittsburgh Common Cold Studies: Psychosocial Predictors of Susceptibility to Respiratory Infectious Illness », *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 12, no 3, 2005, p. 123-131.
- COUTROT, THOMAS et al., « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 », *Données sociales - la société française*, 2006, p. 385-393.
- CRESWELL, JOHN W. et VICKI L. PLANO CLARK, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, SAGE, Los Angeles, 2011.
- DANG TRAN, PATRICK et al., « Prévalence des problèmes de santé dans la cohorte Gazel (EDF-GDF). Répartition et disparités régionales », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 42, no 4, 1994, p. 285-300.

- DARMON, MURIEL, *La socialisation*, Armand Colin, Paris, 2006.
- DE LA ROCHÈRE, BERNADETTE, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *INSEE Première*, no 893, 2003, non paginé.
- DE RIDDER, DAVID et al., « Socioeconomically disadvantaged neighborhoods face increased persistence of SARS-CoV-2 clusters », *Frontiers in Public Health*, vol. 8, 2021.
- DELHEY, JAN, CHRISTIAN SCHNEICKERT et LEONIE C. STECKERMEIER, « Sociocultural Inequalities and Status Anxiety: Redirecting the Spirit Level Theory », *International Journal of Comparative Sociology*, vol. 58, no 3, 2017, p. 215-240.
- Department of Health and Social Security (DHSS), *Inequalities in Health: Report of a Working Group*, HM Stationery Office, London, 1980.
- DRIANT, JEAN-CLAUDE et CHRISTELLE RIEG, « Les ménages à bas revenus et le logement social », *INSEE Première*, no 962, 2004, non paginé.
- DURKHEIM, ÉMILE, *Le suicide*, Presses Universitaires de France, Paris, 2013.
- FASSIN, DIDIER, « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », dans J.-P. Dozon et D. Fassin (éds), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Éditions Balland, 2001, p. 181-208.
- FUHRER, REBECCA et al., « Socioeconomic Position, Health, and Possible Explanations. A Tale of Two Cohorts », *American Journal of Public Health*, vol. 92, no 8, 2002, p. 1290-1294.
- 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.
- KAWACHI, ICHIRO et BERKMAN, LISA F., « Cohésion sociale et santé », dans A. Leclerc et al. (éds), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte & Syros, Paris, 2000, p. 419-428.
- LAHIRE, BERNARD, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Nathan, Paris, 2002.
- LAHIRE, BERNARD, *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*, Seuil, Paris, 2012.
- LONGCHAMP, PHILIPPE, « Des infirmières scolaires dans l'espace social », *Carnets de bord en sciences humaines*, no 16, 2009, p. 45-66.
- LUCAS, BARBARA et al., *Le non-recours aux prestations sociales à Genève. Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité ?*, Haute École de Travail Social et Haute École de Santé (HES-SO), Genève, 2019.
- MARMOT, MICHAEL G., *Inequalities in Health. The Role of Nutrition*, The Caroline Walker Trust, St Austell, 2001.
- MARMOT, MICHAEL G., *The Status Syndrome. How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, Times Books, New-York, 2004.
- MARMOT, MICHAEL G. et al., « Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study », *Lancet*, vol. 337, no 8754, 1991, p. 1387-1393.

- MCCORD, COLIN et HAROLD P. FREEMAN, « Excess mortality in Harlem », *The New England Journal of Medicine*, vol. 322, no 3, 1990, p. 173-177.
- MULLER, LARA, « La pratique sportive en France, reflet du milieu social », *Données sociales - La société française*, vol. 8, 2006, p. 657-663.
- Observatoire des inégalités, *Tabac : un marqueur social*, 7 février 2017, sur [https://www.inegalites.fr/Tabac-un-marqueur-social?id\\_theme=19](https://www.inegalites.fr/Tabac-un-marqueur-social?id_theme=19).
- Office fédéral de la statistique (OFS), *Enquête suisse sur la santé 2017*, OFS, 2018.
- PICKETT, KATE E. et RICHARD G. WILKINSON, « Income Inequality and Health: A Causal Review », *Social Science & Medicine*, vol. 128, 2015, p. 316-326.
- PIKETTY, THOMAS, *Capital et idéologie*, Seuil, Paris, 2019.
- PRESTON, SAMUEL H., « The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development », *Population Studies*, vol. 29, no 2, 1975, p. 231-248.
- RAYNAUD, DENIS, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *DREES, Études et Résultats*, vol. 378, 2005, p. 1-12.
- VÅGERÖ, DENNY et OLLE LUNDBERG, « Health Inequalities in Britain and Sweden », *The Lancet*, vol. 2, no 8653, 1989, p. 35-36.
- VERRET, MICHEL, « Surface des logements et catégories sociales en France », *Population*, vol. 33, no 2, 1978, p. 349-365.
- WALTISPERGER, DOMINIQUE, « Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq », *Dares*, no 19.1, 2004, non paginé.
- WILKINSON, RICHARD G. et KATE E. PICKETT, « Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence », *Social Science & Medicine*, vol. 62, 2006, p. 1768-1784.
- WILKINSON, RICHARD G. et KATE E. PICKETT, *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everybody*, Penguin Books, Londres, 2009.
- WILKINSON, RICHARD G. et KATE E. PICKETT, *The Inner Level. How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being*, Penguin Books, London, 2018.

# 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.