

# 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)



# Conclusion

**Mathieu Arminjon**

Dans un ouvrage consacré à la genèse et la réception du *Rapport Black*, l'historien de la médecine britannique Charles Webster écrit :

Bien que les inégalités de santé aient représenté un problème social grave et persistant, les phases de recherches actives en la matière constituent en général des phénomènes périodiques, stimulés par la perception de crises sociales. (Webster, 2013, p. 82, notre traduction)

Cette double temporalité – caractérisée par une préoccupation persistante pour les inégalités sociales de santé d'une part, et ponctuée, d'autre part, de périodes de visibilité accrue de la problématique – suggère que les périodes de visibilisation sont inéluctablement suivies d'une phase d'invisibilisation. Cet ouvrage entendait précisément ouvrir une réflexion sur les conditions susceptibles de favoriser ou de défavoriser une prise de conscience publique, voire politique, de l'ensemble des données permettant d'objectiver les inégalités sociales de santé. Ce type de questionnement, dit agnotologique, interroge les conditions sociales et épistémiques qui, à plusieurs niveaux, contribuent à organiser – volontairement ou non – la production d'ignorance (Proctor et Schiebinger, 2008). Si l'on ne prétend pas ici tirer une conclusion définitive sur les causes d'invisibilisation des inégalités et des déterminants sociaux de la santé, les chapitres de ce livre permettent tout de même d'ouvrir quelques perspectives.

L'ensemble des contributions confirment que l'approche statistique des inégalités sociales de santé telle que pratiquée par l'épidémiologie sociale n'est pas nouvelle. Elle possède une histoire

ancienne indissociable de celle de la santé publique, de la médecine sociale, voire de celle de l'épidémiologie (voir Dupont, dans ce volume). Les grands noms de la santé publique comme Virchow, Villermé et Chadwick incarnent, au sein de cette histoire, non pas tant les figures de précurseurs d'un champ – le terme « épidémiologie sociale » n'apparaît que dans les années 1920 et la discipline ne se stabilise que dans les années 1970 –, mais d'un type de questionnement qui n'a pu émerger qu'à la faveur d'un contexte épistémique et politique spécifique. Il a fallu qu'au cours du XIX<sup>e</sup> siècle les développements conjoints des méthodes statistiques – notamment des techniques de recensement et de mesure des phénomènes sociaux comme la criminalité – et du processus de scientification de la médecine concourent à dessiner les contours d'un nouvel espace médical, celui de la santé publique (Hacking, 1991). L'histoire de cette dernière renseigne par ailleurs sur les conditions sociales et politiques d'émergence de ce champ dans les nations européennes engagées dans la révolution industrielle, la mondialisation des échanges marchands et la bureaucratisation des gouvernances. Les nations modernes, conscientes du risque épidémique, en sont venues à considérer l'hygiène et la santé publique comme des outils du développement économique (Porter, 2005 ; Rosen, 2015). La modernité et la richesse des États-nations s'évaluent alors à l'aune de leurs capacités à organiser une veille, sinon une police sanitaire (Fairchild, Bayer et Colgrove, 2007 ; Foucault, [1974] 2001). On ne saurait pour autant réduire l'émergence de la santé publique à cette lecture foucauldienne qui limite l'idéal hygiéniste au contrôle des populations. Les revendications sociales des peuples européens, durant le Printemps des peuples de 1848, en appellent à des réformes sociales et sanitaires. La médecine sociale naît dans l'opposition à la vision libérale de la médecine publique. Pour Virchow, il ne s'agit pas seulement de fonder une médecine des grands nombres qui entend « administrer » les maladies de la pauvreté, mais une médecine qui entend « traiter » les malades pauvres (Renault, 2008).

Si l'on s'en tient à une acception purement descriptive et large du terme, l'émergence des recherches sur les déterminants sociaux de

la santé est indissociable de celle de la « biopolitique ». Le mode de gouvernance dans lequel les nations modernes sont entrées dans le courant du XIX<sup>e</sup> siècle a conjointement façonné la problématique des inégalités sociales de santé ainsi que les conditions statistico-administratives qui en permettent la mesure. L'analyse foucauldienne se révélerait ici parfaitement opératoire si, comme l'indique Webster, le monitoring actif des inégalités sociales de santé ne se révélait pas discontinu, et si la surveillance socio-sanitaire des peuples ne se montrait pas parfois lacunaire, très précisément lorsqu'il s'agit de corrélérer l'état de santé des populations au statut socioéconomique de leurs membres.

La série d'évènements qui, selon Webster, s'est révélée particulièrement propice à la visibilisation des inégalités sociales de santé au Royaume-Uni compte notamment la crise de 1929 ou les mouvements économiques et sociaux qui ont jalonné les années 1970. Des crises récentes semblent confirmer la thèse d'une périodicité des phases de visibilisation. Certes, le rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS paraît en août 2008, soit quelques semaines avant une crise financière et bancaire massive. La crise économique de l'automne 2008 favorise cependant bien la publication de données visant, notamment, à évaluer l'effet des politiques d'austérité sur la santé des populations (Stuckler et Basu, 2013 ; Vineis et al., 2020). Sous cet angle, la crise pandémique de la COVID-19 représente la pointe la plus actuelle de cette périodicité. On ne saurait pourtant affirmer que les inégalités sociales de santé dominent l'actualité. Mais en comparaison à des périodes de calme relatif, la problématique a effectivement bénéficié d'une visibilité accrue. Elle a été portée dans l'espace médiatique par des chercheurs, épidémiologistes, médecins et autres travailleurs sociaux sidérés, pour certains, que les instances de santé publique, supposées assurer les missions de veille sanitaire, se montrent incapables de documenter les liens entre les taux d'incidence et de létalité d'une part et, d'autre part, les conditions socioéconomiques des malades et victimes.

Dès le début de la crise pandémique, nombreux sont ceux qui ont analysé la mise en place des stratégies sanitaires – confinement,

traçage, distanciation sociale, vaccination – comme constituant un « moment foucauldien » (Cot, 2020), preuves d'une gestion biopolitique de la pandémie (Agamben et Dani 2021 ; Cot, 2020 ; Söderström, 2020). Quelques voix ont pris une direction inverse (Arminjon et Marion-Veyron, 2021 ; Lorenzini, 2021) : si nous vivons vraiment dans un mode de gouvernance biopolitique, alors comment se fait-il que les autorités sanitaires ne soient pas en mesure de fournir, voire d'intégrer à leurs stratégies de gestion de la pandémie, les données attestant d'une corrélation entre les conditions sociales des populations et les taux d'infection, de complication et de létalité ? Ce n'est qu'à la faveur de croisements de données publiques existantes ou d'entreprises de recherche extra-étatiques que les épidémiologistes sont parvenus à objectiver ces liens (Marmot et al., 2020 ; World Health Organization, 2021). Aussi, les périodes de crise, comme la pandémie que nous traversons, ne révèlent pas l'existence d'inégalités sociales de santé par ailleurs connues depuis longtemps. Elles révèlent les défaillances biopolitiques ciblées et plus ou moins organisées de certains États à l'endroit des biostatistiques permettant de relier statut socioéconomique et état de santé. Et si l'on peut considérer cette invisibilisation politique comme l'une des causes plausibles d'une organisation sociale de l'ignorance ou de la méconnaissance des inégalités sociales de santé, c'est qu'il existe des antécédents. La question de savoir si le gouvernement Thatcher a bien tenté de limiter la diffusion du *Report Black* en 1981 demeure débattue (Berridge, 2003 ; Jenkin, 2003). Il est cependant notable que ce même gouvernement a récidivé en 1986 lorsqu'il a décidé que le supplément décennal de mortalité professionnelle du recensement national de 1981 ne serait désormais plus consultable que sur microfiches, alors qu'il était jusque-là disponible au grand public (Scott-Samuel et al., 2014).

Il ressort toutefois des chapitres de cet ouvrage que cette invisibilisation n'est pas seulement imputable à des forces politiques qui n'ont guère avantage à publiciser les « preuves » des inégalités sociales de santé. D'autres obstacles se cachent au cœur même de nos représentations collectives des notions de santé et de maladie. Que l'on pense à l'inconfort que procure au premier abord l'idée

même de « pathologie sociale » (voir Giroux dans ce volume). Une fois passée la tentation de rapporter la notion au processus de médicalisation des sociétés modernes, on en vient à se demander si Ryle ne commet pas tout simplement une erreur de catégorie : n'est-ce pas uniquement l'organisme individuel qui peut être authentiquement qualifié de malade ? Cet étonnement révèle une culture de santé imprégnée de l'idée que maladie et santé relèvent de la sphère privée, au mieux de la relation médecin-patient (voir Lang et Delpierre, dans ce volume). C'est cette représentation qui est encore à l'œuvre, à une autre échelle, dans la survalorisation des approches biomédicales, voire dans les stratégies de prévention et de santé centrées sur les facteurs de risque biologiques et comportementaux. Elle induit sur le plan institutionnel une hiérarchisation des disciplines où dominent les branches les plus biomédicalisées et où les approches épidémiologiques, *a fortiori* l'épidémiologie sociale, sont reléguées à la périphérie des savoirs et s'en trouvent d'autant plus exposées à l'invisibilisation. Plusieurs chapitres de ce livre indiquent que les inégalités entre les savoirs, *a fortiori* entre la biomédecine et la sociomédecine, varient en fonction des contextes historiques et sociaux. Les développements timides de l'épidémiologie sociale en Suisse et en France, dans le courant des années 1980, puis au tournant des années 2000, en comparaison à d'autres nations, attestent que cette socio-parésie ne dépend pas seulement des phases historiques mais aussi des cultures nationales.

On voit encore poindre dans plusieurs chapitres l'idée que l'épidémiologie sociale constitue – par sa position de discipline frontière entre sciences biomédicales et sciences humaines et sociales – un cas paradigmatique d'interdisciplinarité exogène, ce qui l'expose à des résistances croisées. Celle des sciences humaines et sociales qui voient dans l'épidémiologie sociale, *a fortiori* lorsqu'elle tend à mettre au jour les mécanismes neurophysiologiques qui soutiennent l'incorporation des inégalités sociales de santé, la forme moderne d'une gouvernance biopolitique susceptible de « désocialiser » les problématiques sociosanitaires à grand renfort de modèles biologiques (Dupras et Ravitsky, 2016). Philippe Longchamp (dans ce

volume) soulève à juste titre le risque inverse en pointant que c'est du côté de la psychologie sociale et de la biologie que l'épidémiologie sociale puise surtout ses cadres explicatifs. Ce faisant, elle donne du grain à moudre à la critique sociale et se prive potentiellement d'un ensemble des cadres conceptuels issus de la sociologie et susceptibles de nourrir l'analyse fine des processus sociaux qui structurent les inégalités sociales de santé.

L'épidémiologie sociale elle-même n'est donc pas exempte de points aveugles. Et c'est en ce sens que Joëlle Schwartz et Carole Clair (dans ce volume) qualifient le genre de « parent pauvre de la discipline ». La sous-exploration de ce déterminant social de la santé s'avère d'autant plus regrettable qu'il constitue une voie d'entrée à d'autres catégories sociales minorisées (principalement les communautés racisées et LGBT+) ainsi qu'à l'intersectionnalité, soit le fait de cumuler des facteurs sociaux de vulnérabilité. Plus généralement, si les inégalités sociales de santé dépendent étroitement des cultures de santé locales, on comprend aisément que les traditions de recherche en la matière soient étroitement associées à des stratégies scientifiques et politiques elles aussi situées. Ces traditions de recherche peuvent alors conduire à privilégier l'étude de certaines inégalités sociales aux dépens d'autres. Il ressort des articles d'Arminjon (dans ce volume) et de Krieger (2001, traduction dans ce volume) que l'épidémiologie sociale états-unienne focalise son attention sur les inégalités sociales de santé les plus saillantes et persistantes, soit celles qui touchent historiquement la communauté africaine-américaine. Mais elle le fait au risque de s'interdire de les rapporter à l'ensemble du gradient social – ce problème a d'ailleurs été relevé dès les années 1970 (Syme et al., 1974) –, voire de négliger l'évolution de la répartition des inégalités sociales. Des travaux indiquent en effet que l'accumulation des richesses aux États-Unis, la baisse relative de la stigmatisation raciale ainsi que la transformation de l'économie favorisant les détenteurs d'un bachelor, transforment la physionomie des inégalités. Si la communauté africaine-américaine reste pauvre et la plus vulnérable, l'écart qui la sépare de la population blanche non-qualifiée ne fait que se réduire. L'espérance de vie des premiers



rejoint celle des seconds, grevée par une envolée de la surmortalité par suicides, abus de drogue et d'alcool (Case et Deaton, 2020). Inversement, en Europe, l'accès généralisé au soin, la culture universaliste ou le souvenir des heures sombres du fichage des minorités durant la Seconde Guerre mondiale concourent à dissuader toute approche visant à mettre au jour des déterminants sociaux non strictement socio-économiques, qu'ils soient de genre ou, surtout, ethniques. L'interdiction des statistiques ethno-raciales protège les populations issues de l'immigration de toute stigmatisation. Mais elle leur retire du même coup la possibilité même de mobiliser les preuves démontrant que l'origine ethnique – source de discriminations socio-économiques et de stress psychosocial – est susceptible d'induire des inégalités de santé (Stavo-Debauge, 2007). En reconduisant, volontairement ou non, les stéréotypes ou préjugés locaux, les épidémiologistes sociaux risquent donc de ne pas identifier des lacunes de savoir et de contribuer ainsi, sur un plan épistémique, aux inégalités sociales de santé ou du moins à leur invisibilisation.

Si l'on en revient à la double temporalité identifiée par Webster, force est de constater que cette jeune discipline qu'est l'épidémiologie sociale poursuit un questionnement ancien, mais ne cesse d'accumuler des données et d'affiner ses méthodologies tout en ouvrant de nouveaux chantiers. Cependant, l'idée même que les crises sociales représentent des fenêtres temporellement limitées de visibilité laisse planer le risque que la prise de conscience à laquelle nous assistons en cette période de pandémie s'évanouisse à son tour. Le lourd tribut payé par les populations les plus vulnérables risque ainsi d'être oublié. À l'instar de l'incendie de la Tour Grenfell (Bodenmann et Morisod, dans ce volume), nous nous souviendrons peut-être de l'épisode pandémique comme d'un événement tragique, mais heureusement ponctuel. On peut espérer que cet ouvrage contribue, à son niveau, à empêcher le problème persistant des inégalités sociales de santé de rejoindre une liste d'oublis déjà longue pour n'être « redécouvert » qu'à la faveur de la prochaine crise.

## Bibliographie

- AGAMBEN, GIORGIO et VALERIA DANI, *Where Are We Now? The Epidemic as Politics*, Eris, Londres, 2021.
- AMSELLE, JEAN-LOUP, « "Bio-pouvoir" ou "thanatocratie" ? », *L'Obs.*, 8 avril 2020, sur <https://www.nouvelobs.com/idees/20200408.OBS27254/jean-loup-amselle-bio-pouvoir-ou-thanatocratie.html>.
- ARMINJON, MATHIEU et RÉGIS MARION-VEYRON, « Coronavirus Biopolitics: The Paradox of France's Foucauldian Heritage », *History and Philosophy of the Life Sciences*, vol. 43, no 1, 2021, p. 1-5.
- 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, Londres, 2003, p. 1-10.
- CASE, ANNE et ANGUS DEATON, *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*, Princeton University Press, 2020.
- COT, ANNIE, « Quand Michel Foucault décrivait "l'étatisation du biologique" », *Le Monde*, 20 avril 2020, sur [https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/20/quand-michel-foucault-decrivait-l-etatisation-du-biologique\\_6037195\\_3232.html#:~:text=La%20chercheuse%20Annie%20Cot%20observe,Tribune](https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/20/quand-michel-foucault-decrivait-l-etatisation-du-biologique_6037195_3232.html#:~:text=La%20chercheuse%20Annie%20Cot%20observe,Tribune).
- DUPRAS, CHARLES et VARDIT RAVITSKY, « Epigenetics in the Neoliberal "Regime of Truth": A Biopolitical Perspective on Knowledge Translation », *The Hastings Center Report*, vol. 46, no 1, p. 26-35.
- FAIRCHILD, AMY L., RONALD BAYER et JAMES COLGROVE, *Searching Eyes: Privacy, the State, and Disease Surveillance in America*, University of California Press, Berkeley, 2007.
- FOUCAULT, MICHEL, « La naissance de la médecine sociale », dans *Dits et écrits*, Vol. II, Gallimard, Paris, [1974] 2001, p. 207-228.
- HACKING, IAN, 1991. « How Should We Do the History of Statistics? », dans M. Foucault, G. Burchell, C. Gordon, et P. Miller (eds), in *The Foucault effect: studies in governmentality: with two lectures by and an interview with Michel Foucault*, University of Chicago Press, Chicago, p. 181-95.
- 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, Londres, 2003, p. 123-127.
- LORENZINI, DANIELE, « Biopolitics in the Time of Coronavirus », *Critical Inquiry*, vol. 47, S2, 2021, S40-45.
- MARMOT, MICHAEL G. et al., *Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England*, Institute of Health Equity, Londres, 2020.
- PORTER, DOROTHY, *Health, Civilization, and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, Routledge, Londres, 1999.
- PROCTOR, ROBERT et LONDA L. SCHIEBINGER (éds), *Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance*, Stanford University Press, 2008.

- RENAULT, EMMANUEL, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes*, vol. 34, no 3, 2008, p. 195-205.
- ROSEN, GEORGE, *A History of Public Health. Revised Expanded Edition*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2015.
- SCOTT-SAMUEL, ALEX et al., « The Impact of Thatcherism on Health and Well-Being in Britain », *International Journal of Health Services*, vol. 44, no 1, 2014, p. 53-71.
- SÖDERSTRÖM, OLA, « La biopolitique du coronavirus », *Villes en mouvement*, 18 mai 2020, sur <https://blogs.letemps.ch/ola-soederstroem/2020/03/12/la-biopolitique-du-coronavirus/>.
- STUCKLER, DAVID et SANJAY BASU, *The Body Economic: Why Austerity Kills*, Basic Books, New York, 2013.
- 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.
- VINEIS, PAOLO et al., « Special Report: The Biology of Inequalities in Health: The Lifepath Consortium », *Frontiers in Public Health*, vol. 8, no 18, 2020, p. 1-37.
- 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*, Routledge Frank Cass, Londres, 2003, p. 81-103.
- World Health Organization, *COVID-19 and the Social determinants of Health and Health Equity: Evidence Brief*, Genève, 2021.

# 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.