

[POINT DE VUE]

De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ?

Estelle Carde

Le constat est récurrent depuis le printemps 2020 : la pandémie de Covid-19 est une caisse de résonance pour les inégalités sociales de santé (ISS). Les liens entre la santé et une série de variables (statut socioéconomique, origine, sexe ou encore quartier d'habitation), connus de longue date, sont exacerbés dans les tableaux du Covid (Carde, 2020, a). Cela dit, l'image de la caisse de résonance ne renvoie pas uniquement à l'accentuation des courbes épidémiologiques. Elle est aussi une allusion à l'attention des chercheur·euse·s, qui semble singulièrement attirée vers ces courbes – on ne trouve jamais que ce que l'on cherche. Mais de quoi est-il question, finalement ? Quelles sont ces statistiques sanitaires que l'on qualifie d'ISS et que la pandémie fait résonner au-delà des cercles scientifiques, jusque dans l'espace public ? C'est ce dont je propose de discuter ici.

Les ISS sont des différences de santé, et ma réflexion commence par un examen de chacun des termes de ces différences. Elle se porte ensuite sur ce qui donne leur sonorité particulière à certaines de ces différences et leur vaut d'être qualifiées d'ISS : une indignation. Chaque victime de la pandémie est une de trop, mais le fait que certain·e·s soient plus exposé·e·s au risque de mourir du fait de leur quartier de résidence, de la couleur de leur peau ou de leur niveau de revenu semble particulièrement inacceptable. Cette indignation est au fondement des ISS. C'est elle qui en fait un objet de recherche et d'action publique à la légitimité incontestable. Révéler une ISS, c'est dénoncer une injustice.

Mais qu'est-ce qu'une différence de santé injuste ? Suffit-il que ses caractéristiques sociales l'aient surexposée au virus pour que chaque victime du Covid vienne grossir les statistiques des ISS ? Rien n'est moins sûr. Au Québec, beaucoup des toutes premières victimes de la pandémie avaient été contaminées au cours de vacances prises à l'extérieur du pays. Ces victimes de trop, dénombrées dans les rangs des plus riches, ne sont pas celles que l'on cite quand on déplore l'aggravation des ISS sous l'effet de la pandémie. Comment, donc, repérer l'injustice ? Je discuterai de trois avenues qui s'offrent aux chercheur·euse·s pour ce faire, puis argumenterai en faveur d'une quatrième, avant de conclure en proposant une définition des ISS.

Des différences de santé

La littérature scientifique fait état de diverses définitions des ISS qui se rejoignent sur au moins un point : les ISS sont des différences de santé. Ce postulat à peine fait, une première note discordante surgit, à propos des unités entre lesquelles sont mesurées ces différences : groupes ou individus ? Prenant le contre-pied de la vaste majorité de la littérature sur la question, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a opté pour la seconde option, entre 1999 et 2003 (Murray *et al.*, 1999). Dans une formulation inédite, les ISS étaient présentées comme des différences de santé mesurées entre des individus issus d'un même territoire, mais non regroupés selon des critères préétablis tels que socioéconomiques ou raciaux. L'approche s'apparentait à celle du calcul du coefficient de Gini, qui mesure les inégalités de revenus dans un pays donné¹. Elle a été vivement critiquée et, dans ses rapports ultérieurs, l'OMS est revenue à une formulation plus classique. Si on la cite encore aujourd'hui, c'est pour les réserves qu'elle a suscitées, qui soulignaient le peu d'intérêt d'une mesure des différences de santé au sein d'une population si elle est indifférente aux lignes de fracture que suivent ces différences.

Poursuivons donc en considérant que les ISS sont des différences de santé creusées entre plusieurs groupes sociaux. Attention, dès lors, aux raccourcis de langage, voire de pensée, qui qualifient d'ISS « la santé des précaires » ou « la santé des femmes » : une ISS n'est pas la santé d'un groupe particulier, mais bien la différence de santé entre ce groupe et un autre.

Il reste à préciser la nature de ces groupes. Elle a varié au cours de l'histoire de la recherche sur les ISS, suivant en cela l'évolution de la pensée sur les inégalités sociales (IS) en général. Sous l'Ancien Régime, ces inégalités sont conceptualisées en termes d'ordres par les philosophes des Lumières. Après la Révolution française et la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, ce sont les classes sociales, produits de l'industrialisation, qui s'imposent peu à peu dans la pensée sur les IS. En santé, par exemple, Louis-René Villermé compare, dans les années 1820, la santé de « la classe aisée » à celle « des indigents ». Les classes sociales structurent la pensée française sur les IS pendant près d'un siècle et demi, se prêtant à l'élaboration de précieux outils de réflexion, comme la stratification, la mobilité et la domination sociales. Enfin, sous la pression de divers mouvements sociaux du dernier tiers du xx^e siècle (féminisme, Mouvement pour les droits civiques aux États-Unis, Marche pour l'égalité et contre le racisme en France, Marche des fiertés, etc.), les axes d'analyse de la recherche sur les IS sont progressivement renouvelés : outre les inégalités de classe, on étudie désormais celles de sexe, pays d'origine, orientation sexuelle, handicap, lieu de résidence, âge, voire de race².

1. Le coefficient de Gini varie de 0 à 1 : 0 signifie l'égalité absolue (tous les individus ont autant de revenus) et 1 l'inégalité absolue (une seule personne dispose de tous les revenus).

2. Le terme « race » est entendu, ici, comme une catégorie sociale, c'est-à-dire définie par des attributs qui n'ont de sens que dans une société donnée, à une époque donnée, même quand ils sont physiques, comme la couleur de la peau ou la forme du faciès.

Sur la piste de l'injustice

Ces nouveaux découpages sociaux ne sont pas seulement des chapitres à ajouter au grand livre des IS. Ils disent aussi quelque chose de la nature de ces dernières. C'est au nom de leur caractère injuste que les mouvements sociaux sus mentionnés ont dénoncé les désavantages associés à certaines positions sociales. Qu'il s'agisse de l'accès à la santé ou à tout autre bien socialement valorisé (emploi, éducation, droits civiques, etc.), ces désavantages existaient auparavant et étaient largement connus, mais il a fallu que leur caractère injuste soit dénoncé par des mouvements sociaux d'une ampleur inédite pour qu'ils soient enfin inclus dans le champ de recherche des inégalités. Aux États-Unis, par exemple, les catégories raciales étaient présentes dès le premier recensement, en 1790, et les disparités de santé entre Noirs, Amérindiens et Blancs ont été mesurées à partir du milieu du XIX^e siècle (Krieger, 2003). Ce n'est pourtant qu'à la suite du Mouvement pour les droits civiques des années 1950-1960 que la statistique raciale a été mise au service de la recherche sur les IS, en ce qu'elle permettait de quantifier les conséquences des discriminations subies par les minorités raciales. Si certain·e·s auteur·rice·s définissent les IS comme toute différence dans l'accès à un bien valorisé, d'autres précisent donc que seules les différences injustes sont des IS. Je poursuivrai en adoptant cette nuance : les inégalités, qu'elles soient de santé ou autres, ne sont pas de simples différences entre des groupes sociaux, elles sont des différences injustes. La question, dès lors, est la suivante : comment repérer cette injustice ?

Une approche émique

Certain·e·s chercheur·euse·s choisissent de demander leur avis aux populations concernées, et ne qualifient d'inégalitaires que les différences dans l'accès à la santé ou à un autre bien socialement valorisé qui sont perçues comme injustes. Cette posture émique³ ne traduit pas seulement un choix méthodologique quant à la meilleure façon de repérer l'injustice. Elle témoigne aussi du fait que l'appréciation de l'injustice constitue, elle-même, un objet de recherche. Les chercheur·euse·s en sciences sociales décryptent, à travers elle, des « systèmes de valeurs et normes, d'émotions et de sentiments » socialement situés, soit une économie morale (Fassin, 2009, 1262). Pour les épidémiologistes, elle est un déterminant social de la santé. Par exemple, les discriminations affectent la santé en limitant l'accès à des ressources favorables à celle-ci (soins, logement, emploi, etc.), mais aussi en induisant, chez l'individu conscient de l'injustice subie, un stress délétère pour sa santé physique et mentale (Sternthal *et al.*, 2011).

3. En anthropologie culturelle, le point de vue émic est celui des membres du groupe social étudié (selon leurs propres catégories de perception et d'interprétation du monde), tandis que l'étic est celui d'un·e chercheur·euse extérieur·e à ce groupe (à partir de catégories applicables à divers terrains d'étude).

Pour précieuse que soit cette approche émique, il peut s'avérer opportun de la compléter par une approche étique. C'est en particulier le cas quand une différence est perçue comme juste par la population étudiée, alors que les chercheur·euse·s la qualifient non seulement d'injuste mais aussi de nuisible à la société. Un exemple classique est celui des écarts de revenus. Ces écarts sont moins souvent perçus comme injustes aux États-Unis qu'en France, les Américain·e·s ayant, plus que les Français·e·s, tendance à les voir comme de justes conséquences de différences de mérite individuel (Forsé et Parodi, 2007). Or, la mesure objective de la mobilité sociale aux États-Unis dément cette interprétation : particulièrement faible, elle témoigne du peu de marge de manœuvre laissé aux mérites individuels dans le niveau de revenus (Pickett et Wilkinson, 2019). De surcroît, les écarts de revenus sont si élevés aux États-Unis qu'ils nuisent à la société américaine, affectant la santé de toute la population et exacerbant une série de problèmes sociaux (des grossesses précoces au manque de confiance en autrui, en passant par les dégradations environnementales et le racisme) [Pickett et Wilkinson, 2019], allant même jusqu'à fragiliser l'économie et la démocratie (Stiglitz, 2012).

Les variations dans l'appréciation de l'injustice sont aussi temporelles. Aux États-Unis, les différences de santé entre Noirs et Blancs étaient volontiers considérées⁴, avant le Mouvement pour les droits civiques, comme justes puisque résultant de différences perçues comme naturelles entre ces deux groupes. La France n'est bien sûr pas épargnée par ces points aveugles. Pensons aux différences de santé entre immigré·e·s et non-immigré·e·s, que les pouvoirs publics ont longtemps attribuées à des différences culturelles et qu'ils n'ont appréhendées comme des ISS qu'à la fin des années 1990, quand ils ont enfin reconnu la responsabilité de discriminations raciales (Fassin, 2002).

Dans tous ces cas, il semblerait difficile aux chercheur·euse·s soucieux·euses de contribuer à la justice sociale de s'en tenir à une approche émique. Cette dernière pose de plus un problème pratique évident : il n'est le plus souvent pas possible de demander leur avis aux populations concernées afin de qualifier ou non d'inégalités les différences qu'elles vivent dans l'accès aux ressources. Pour éviter ces écueils tant conceptuels que méthodologiques, une démarche étique semble préférable à l'émique. Mais quels critères objectifs se donner pour saisir le caractère injuste d'une différence ?

Les mérites et les circonstances

Une première piste est l'opposition, classique, entre deux conceptions de la justice (Dubet, 2010). Selon la première, dite « des places », toute différence dans l'accès à un bien socialement valorisé est injuste, quelle que soit sa cause. Cette conception revient donc à classer dans le registre des IS toutes les différences. La seconde conception, celle « des chances », se présente comme sélective : les différences ne sont injustes que si elles résultent de circonstances ayant entravé

4. Du moins, bien sûr, par la voix dominante, celle des Blancs.

l'expression des mérites individuels, c'est-à-dire les efforts déployés par l'individu pour obtenir les biens en question. Cette sélectivité tend cependant à se dissiper quand on la soumet à l'épreuve des faits, tant il s'avère difficile de faire la part des choses entre mérites et circonstances – une difficulté qui renvoie d'ailleurs à un débat aussi vieux que la sociologie, sur les rôles respectifs de l'agentivité et des structures. En santé, pensons par exemple au tabagisme. Il relève *a priori* d'un comportement individuel librement choisi. Le supplément de maladies dont sont affectés les individus qui choisissent de fumer ne constituerait donc pas une inégalité. Or, le fait que le tabagisme soit d'autant plus fréquent que les revenus diminuent conduit à penser que le niveau de revenu (une circonstance) influence ce comportement. L'examen de bien d'autres enjeux de santé mène au même constat. On en vient alors à douter de l'existence de problèmes de santé relevant exclusivement du libre arbitre des individus, et donc de différences de santé parfaitement justes. Cette conception de la justice conduit finalement, comme celle des places, à qualifier d'injustes toutes les différences de santé.

Ainsi, même si elles s'en distinguent fondamentalement en introduisant la notion de justice, ces deux conceptions convergent, quand elles sont mises en pratique, vers la définition avec laquelle a débuté cette discussion, qui fait de toute différence une inégalité, qu'elle soit injuste ou non.

Les rapports de pouvoir

Pour parvenir à repérer les différences de santé injustes dans une approche étique, certain-e-s auteur-ric-e-s introduisent alors un concept supplémentaire, celui d'oppression sociale. C'est notamment la proposition de P. Braveman (2006), selon laquelle une ISS est une différence de santé injuste en ce qu'elle s'observe entre deux groupes entretenant un rapport de pouvoir et opère au détriment du groupe opprimé. Cette définition présente l'avantage d'indiquer comment objectiver l'injustice. Cependant, s'il semble évidemment injuste que des groupes soient privés de santé du fait de leur position défavorisée dans une hiérarchie sociale, la proposition symétrique suscite une réserve : les différences de santé qui pénalisent les groupes dominants sont-elles nécessairement justes ? Il serait surprenant que la justice se réduise à une arithmétique aussi simple. On se prend d'ailleurs à se demander comment une pénalité de santé affectant un groupe social pourrait être juste, quel que soit ce groupe. Prenons l'exemple des différences de santé entre hommes et femmes. Si les hommes ont une espérance de vie plus brève que les femmes, c'est en bonne partie parce qu'ils adoptent plus fréquemment que les femmes certains comportements dangereux pour la santé, comme ne pas reconnaître sa douleur, être agressif et se prétendre invincible vis-à-vis des risques liés à l'alcoolisme, au tabagisme et à l'excès de vitesse sur la route (Courtenay, 2000). Ces comportements, loin de traduire des spécificités biologiques du sexe mâle, notamment hormonales, sont socialement prescrits. Ils correspondent aux représentations de la virilité couramment partagées dans nos sociétés. Plus précisément, ils représentent ce que R. W. Connell et J. Messerschmidt (2015) appellent la

masculinité hégémonique, c'est-à-dire une masculinité censée asseoir une position de pouvoir non seulement sur les femmes, mais aussi sur les autres hommes. C'est donc en performant leur position dominante au sein du rapport de genre que les hommes se mettent en danger. Pour autant, leurs décès en excès par cancer pulmonaire ou par suicide ne sauraient être qualifiés de justes.

Quelques éclairages issus de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé

Je poursuivrai donc en plaçant les rapports de pouvoir au cœur de la définition des ISS, peu importe qu'ils favorisent la santé des dominant·e·s ou des dominé·e·s. Dans cette perspective, la surmortalité générale des hommes est une ISS, de même que celle des individus aux revenus élevés, au début de la pandémie de Covid-19 au Québec. Cette proposition n'est pas qu'une position, somme toute discutable, sur le périmètre de l'injustice. Elle s'appuie aussi sur certains enseignements de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé. On savait qu'un rapport de pouvoir génère des différences de santé entre les groupes sociaux parce que l'exposition aux déterminants de la santé varie d'une position à une autre au sein d'un même rapport. Or, certains travaux récents révèlent qu'un rapport de pouvoir peut avoir des effets variables sur la santé d'un groupe dont la position, au sein de ce rapport, reste pourtant stable : un effet bénéfique peut devenir néfaste et vice versa. L'existence de telles variations incite à cibler les recherches sur les rapports de pouvoir, peu importe les groupes dont ils (dé)favorisent la santé. Ces variations peuvent être appréhendées à au moins deux niveaux différents.

Le premier de ces niveaux est temporel. L'exemple du rapport de genre, dont les effets sur la santé sont au désavantage des dominants⁵, est à cet égard une exception à la règle, en ce qu'il reste vérifié depuis plusieurs décennies. L'histoire de l'épidémiologie donne en effet à voir bien d'autres différences de santé, un temps au désavantage des dominants, puis qui finissent par se retourner en leur faveur. Ce phénomène a été analysé par J. C. Phelan et B. G. Link (2005) dans le cadre de leur théorie des causes fondamentales des ISS : quand la recherche biomédicale découvre un moyen de se protéger d'un problème de santé, les plus riches, les plus éduqué·e·s et celles et ceux qui jouissent des réseaux sociaux les plus étendus s'en saisissent les premier·ère·s. Un gradient social de santé en leur faveur apparaît alors. Prenons l'exemple du tabagisme, prisé par les classes supérieures au début du xx^e siècle car elles y voyaient un signe de distinction. Sa prévalence a régressé beaucoup plus vite dans ces classes que dans les plus défavorisées, après qu'ont été connus les effets néfastes de cette consommation pour la santé, pendant le dernier tiers du xx^e siècle. Le gradient social dans les maladies liées au tabagisme, jusqu'alors au détriment des classes sociales favorisées, s'est

5. À noter que ce désavantage des hommes se vérifie pour l'espérance de vie, mais pas pour la prévalence de diverses maladies, plus élevée chez les femmes, notamment du fait de la division sexuelle du travail.

alors inversé. L'explication de Phelan et Link permet, en outre, de rendre compte du fait que les pathologies pour lesquelles il n'y a pas de gradient social en faveur des dominant-e s sont bien souvent des maladies dont aucun déterminant social n'est encore connu : ils et elles sont privé-e s de leur potentiel avantage en termes de protection. C'est le cas par exemple du cancer du cerveau.

Le sens du gradient social de santé creusé par un rapport de pouvoir est donc susceptible de s'inverser au cours du temps. Cette réversibilité peut aussi être appréhendée au niveau des combinaisons que forment ensemble les positions sociales occupées simultanément par un individu. La perspective adoptée ici est celle de l'intersectionnalité. Forgé à la fin des années 1980 (Crenshaw, 1989), ce concept est apparu deux décennies plus tard dans la littérature anglophone sur les ISS, où il connaît depuis une popularité croissante. La perspective intersectionnelle éclaire la coconstruction des différents rapports de pouvoir dans lesquels est pris un individu, c'est-à-dire leurs reconfigurations respectives selon les combinaisons qu'ils forment ensemble. Si, par exemple, on cherche à comprendre les effets du sexisme et du racisme sur la santé d'une femme noire, on ne peut pas prétendre additionner les effets du sexisme à ceux du racisme, comme si les effets du premier étaient les mêmes pour toutes les femmes et ceux du second les mêmes pour toutes les personnes noires. Il importe, au contraire, d'examiner comment les effets du sexisme sur la santé de cette femme sont façonnés par sa race, tandis que ceux du racisme le sont par son genre.

Dans le cadre de cette coconstruction, il peut arriver que la position occupée au sein d'un rapport de pouvoir donné soit favorable à la santé quand elle est prise dans une certaine combinaison de positions sociales, mais défavorable si elle l'est dans une autre (Carde, 2021). C'est ce qu'illustre une étude menée sur l'accès aux soins à Saint-Martin (Carde, 2012). Sur ce petit territoire français des Caraïbes, l'origine non immigrée, une position dominante dans la hiérarchie des origines, facilite l'intégration dans des réseaux sociaux étendus (familiaux, professionnels, amicaux, de voisinage), lesquels tendent, à leur tour, à faciliter l'accès aux soins. L'origine non immigrée est donc *a priori* favorable à la santé. Or, quand elle est prise dans une combinaison incluant une position sociale dominée (ici, le fait d'être atteint-e d'une maladie stigmatisée, l'infection par le VIH), cette origine tend, au contraire, à entraver l'accès aux soins. En effet, les réseaux sociaux étendus incluent de nombreux membres du personnel de santé. Étant donné la petite taille du territoire saint-martinois, les personnes craignent de rencontrer l'une de leurs connaissances au cours du suivi de leur infection, puis que leur infection ne dévoile leur séropositivité à leur entourage. Certaines décident alors de ne pas se faire suivre pour leur infection. Prise dans une combinaison de rapports sociaux incluant la stigmatisation de la maladie, la bonne insertion sociale devient un facteur défavorable au suivi médical et donc à la santé.

Finalement, en illustrant la réversibilité des effets sur la santé d'une position donnée au sein d'un rapport de pouvoir, ces exemples soulignent l'importance de placer ces rapports de pouvoir au centre des recherches sur les ISS, quels que soient les groupes dont ils (dé)favorisent la santé.

De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ?

Cette discussion aboutit à la définition suivante des ISS. Ce sont des différences de santé observées entre plusieurs groupes sociaux et qui résultent du (ou des) rapport(s) de pouvoir qu'ils entretiennent, qu'elles inspirent ou non un sentiment d'injustice à ces groupes et qu'elles désavantagent des dominant·e·s ou des dominé·e·s. L'élaboration de cette définition s'est appuyée sur une série de décisions. Les premières ont défini le type de données sanitaires retenues : des différences de santé et non des états de santé, entre des groupes sociaux plutôt qu'entre des individus. Les secondes ont identifié un critère de sélection, au sein de ces différences de santé : ne sont retenues comme inégalitaires que celles qui sont considérées comme injustes car générées par un rapport de pouvoir. Adossées au choix d'une approche étiologique, ces secondes décisions assument une dimension politique : elles traduisent un engagement à articuler recherche et pratique sociale (*praxis*). Resserrer le concept d'ISS aux seules différences injustes impulse en effet un bénéfice réciproque entre la recherche et l'action : la recherche sur les ISS, du fait de son association à un enjeu de justice sociale, est auréolée d'une légitimité singulière, tandis que la lutte contre les injustices en santé profite de l'exigence requise des chercheur·euse·s, devant toute différence de santé, de se méfier des explications par « la culture » ou « la biologie » et de traquer plutôt les rapports de pouvoir potentiellement en cause (Carde, 2020, b).

Références bibliographiques

- Braveman P. (2006)**, « Health Disparities and Health Equity: concepts and measurement », *Annual Review of Public Health*, n° 27, p. 167-194.
- Carde E. (2012)**, « Mères, migrantes et malades en Guyane et à Saint-Martin : la maternité au croisement de rapports sociaux inégalitaires », *Autrepart*, n° 60, p. 77-93.
- Carde E. (2020, a)**, « Inégalités sociales de santé et rapports de pouvoir : la Covid-19 au Québec », *Santé publique*, vol. 32, n° 5, p. 461-471.
- Carde E. (2020, b)**, « Les inégalités sociales de santé : décryptage d'un concept », *La revue du CREMIS*, vol. 12, n° 1.
- Carde E. (2021)**, « Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité », *Sciences sociales et santé*, vol. 39, n° 1, p. 5-30.
- Connell R. W. et Messerschmidt J. (2015)**, « Faut-il repenser le concept de masculinité hégémonique ? », *Terrains & travaux*, vol. 27, n° 2, p. 151-192.
- Courtenay W.H. (2000)**, « Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-being: a Theory of Gender and Health », *Social Science & Medicine*, vol. 50, n° 10, p. 1385-1401.
- Crenshaw K. (1989)**, « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », *University of Chicago Legal Forum*, n° 1, p. 139-168.
- Dubet F. (2010)**, *Les Places et les Chances. Repenser la justice sociale*, Paris, Le Seuil, collection « La République des idées ».
- Fassin D. (2002)**, « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, c52, n° 4, p. 403-423.
- Fassin D. (2009)**, « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 64^e année, n° 6, p. 1237-1266.
- Forsé M. et Parodi M. (2007)**, « Perception des inégalités économiques et sentiment de justice sociale », *Revue de l'OFCE*, vol. 3, n° 102, p. 483-540.
- Krieger N. (2003)**, « Does Racism Harm Health ? Did Child Abuse Exist Before 1962 ? On Explicit Questions, Critical Science, and Current Controversies : an Ecosocial Perspective », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 2, p. 194-199.
- Murray C. J. L., Gakidou E. E. et Frenk J. (1999)**, « Health inequalities and social group differences: what should we measure? », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 77, n° 7, p. 537-543.
- Phelan J. C. et Link B. G. (2005)**, « Controlling Disease and Creating Disparities: A Fundamental Cause Perspective », *Journals of Gerontology*, 60B (Special Issue II), p. 27-33.
- Pickett K. et Wilkinson R. (2019)**, *Pour vivre heureux, vivons égaux ! Comment l'égalité réduit le stress, préserve la santé mentale et améliore le bien-être de tous*, Paris, Les liens qui libèrent.
- Sternthal M., Slopen N. et Williams D. R. (2011)**, « Racial Disparities in Health: How Much Does Stress Really Matter ? », *Du Bois Review*, vol. 8, n° 1, p. 95-113.
- Stiglitz J. (2012)**, *Le Prix de l'inégalité*, Paris, Les liens qui libèrent.