

Intersectionnalité et incorporation : expliquer la genèse des inégalités sociales de santé

Commentaire

Alexandra Soulier, Hélène Colineaux, Michelle Kelly-Irving

DANS SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ 2021/1 Vol. 39 , PAGES 31 À 41
ÉDITIONS JLE

ISSN 0294-0337

ISBN 9782742016655

DOI 10.1684/sss.2021.0190

Date de mise en ligne : 22/03/2021

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2021-1-page-31?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Intersectionnalité et incorporation : expliquer la genèse des inégalités sociales de santé

Commentaire

Alexandra Soulier^{}, Hélène Colineaux^{**}, Michelle Kelly-Irving^{***}*

Contexte

Dans son article, Estelle Carde propose d'étudier en quoi le concept d'intersectionnalité peut contribuer à la recherche sur les inégalités sociales de santé, en particulier dans le contexte francophone où cette approche est encore peu répandue. L'origine du concept d'intersectionnalité est décrite à partir de ses racines historiques, intellectuelles et militantes, dans les

^{*} *Philosophe, Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques, CNRS/Université Paris I Panthéon-Sorbonne, Paris, France ; alexandra.soulier@gmail.com*

^{**} *Épidémiologiste, Institut fédératif de recherche et d'études interdisciplinaire santé société, Université de Toulouse, France ; ln.colineaux@gmail.com*

^{***} *Épidémiologiste, Équipe EQUITY, Laboratoire d'épidémiologie et analyses en santé publique UMR1027 Inserm ; Institut fédératif de recherche et d'études interdisciplinaire santé société, Université de Toulouse, France ; michelle.kelly@inserm.fr*

mouvements féministes noirs. Selon l'auteure, l'intersectionnalité fournit un cadre privilégié pour enquêter sur les déterminants sociaux et structurels de la santé, dans la mesure où elle permet de décrire l'intersection de domaines d'oppression susceptibles de se chevaucher et de s'impliquer réciproquement et qui comprennent, entre autres, les catégories de genre, de sexe, de classe et de race. Notons que la « race » est ici entendue, non pas comme une catégorie biologique mais comme une catégorie politique désignant l'ensemble des « rapports sociaux qui président à la racialisation des individus et partant, au racisme » de sorte que « les Blancs » apparaissent tout autant racialisés que les « Noirs », bien qu'ils jouissent des bénéfices sociaux et symboliques d'une position dominante qui fonctionne comme un « en-dehors de la race » (Achin et Dorlin, 2008 : 19-20). L'auteure souligne également la manière dont un cadre intersectionnel pourrait s'inscrire dans le paysage peu théorisé des recherches sur les inégalités de santé, en faisant le lien avec la théorie des « causes fondamentales » (Phelan et al., 2004), et la théorie « éco-sociale » proposée en épidémiologie sociale (Krieger, 1994).

Dans ce commentaire, nous examinerons plus en détail la proposition faite par Carde de combiner le cadre théorique de l'intersectionnalité et le modèle de l'incorporation, issu de la théorie éco-sociale de Krieger. Nous nous appuierons sur les théorisations intersectionnelles ainsi que sur des travaux sur l'incorporation (embodiment) tout au long de la vie pour examiner en quoi l'adoption d'un « prisme intersectionnel » met en valeur le rôle du corps dans la construction des inégalités sociales de santé. Nous mettrons également en évidence certains défis politiques, conceptuels et méthodologiques liés aux approches intersectionnelles dans l'étude des inégalités de santé, en particulier dans les domaines de l'épidémiologie sociale et de la sociologie quantitative.

L'intersectionnalité, cadre de référence conceptuel

L'intersectionnalité permet de saisir les formes complexes d'oppression, de discrimination et de privilèges structurels qui sont à l'origine des inégalités sociales. Selon Collins, l'intersectionnalité renvoie à l'idée que « la race, la classe sociale, le sexe, la sexualité, l'ethnicité, la nation, les capacités et l'âge ne fonctionnent pas de manière unitaire et réciproque comme des entités exclusives, mais plutôt comme des phénomènes se construisant réciproquement » (Collins, 2015 : 2). Diverses théorisations de l'intersectionnalité rendent compte de différents degrés d'oppression ou de privilège le long d'un continuum social en fonction de la situation sociale des populations considérées.

Hancock constate que, si les recherches intersectionnelles au sujet des inégalités de santé ont émergé au cours de la dernière décennie, les chercheurs les appliquent encore peu à leurs travaux empiriques et se contentent d'accorder une valeur égale aux catégories de race, de classe, de genre « en les traitant selon une relation prédéterminée les unes par rapport aux autres » (Hancock, 2007 : 70). Or, dans un cadre intersectionnel, chaque catégorie relative à une position sociale (classe, genre, race, orientation sexuelle, handicap, âge, etc.) est, à elle seule, insuffisante pour comprendre la construction sociale de la santé, laquelle doit être définie comme le produit d'expériences sociales vécues dans des systèmes multi-niveaux et non réductibles à la somme de leurs composantes. En ce sens, une approche intersectionnelle pourrait permettre de comprendre comment les structures sociales construisent les corps via des processus de socialisation complexes et multiples tout au long de la vie.

L'incorporation au cours de la vie, un modèle dynamique

L'incorporation (embodiment) est « un concept faisant référence à la façon dont nous intégrons (littéralement) biologiquement le monde matériel et social dans lequel nous vivons » (Krieger, 2001 : 694). Selon Hertzman, les inégalités systématiques qui structurent les environnements sociaux perdurent dans le temps et influencent la biologie des individus tout au long de leur vie (Hertzman, 1999). L'incorporation peut être conçue comme un processus de construction au cours duquel, chaque jour, notre corps accumule et intègre des expériences et des « expositions » qui sont structurées par les différentes positions sociales que nous occupons et sont donc impactées par les structures profondément inégalitaires de nos sociétés. Les catégories d'analyse utilisées dans les études sur les inégalités sociales de santé renvoient aux structures sociales qui organisent notre expérience en fonction des différentes positions sociales que nous occupons.

Ces interactions quotidiennes entre les individus et leurs environnements, qui se produisent par le biais de processus sociaux, économiques, psychologiques, culturels, etc., induisent des modifications de nature biologique. La nature dynamique de ces changements biologiques est complexe puisqu'elle dépend de réponses physiologiques qui procèdent de boucles de renforcement positif et/ou négatif. Notons que ces changements ne sont pas sans effets puisqu'ils influencent à leur tour des facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels.

Ces interactions permanentes entre les organismes et leur milieu contribuent à la formidable diversité des biologies humaines, dont on peut ainsi dire qu'elles sont « localisées » (Lock et Kaufert, 2001).

Englobant de multiples mécanismes de parcours de vie, l'incorporation produit des inégalités de santé depuis le plus jeune âge. Toute définition de l'incorporation se doit donc d'être dynamique pour tenir compte de la dimension temporelle des parcours de vie et ainsi intégrer la durée, au cours de laquelle le cumul des interactions entre expositions, susceptibilités et résistances (principes clés de la théorie éco-sociale de Krieger) constitue des voies d'incorporation.

Notre définition de la dynamique d'incorporation est la suivante :

L'incorporation est un ensemble dynamique de processus sociaux et biologiques et d'interactions entre les individus au sein d'une population et avec leur environnement, au fil du temps. C'est une dynamique socialement stratifiée qui représente à la fois le paysage environnemental passé et constitue une réponse continue à l'environnement présent. Les humains en viennent ainsi à incarner leurs environnements passés dans leur état actuel par un processus constant de changement (Kelly-Irving et Delpierre, 2018 : 522).

La dynamique d'incorporation ne s'observe pas mais ses effets peuvent être mesurés. Elle peut donc être approchée par des mesures physiques et biologiques, qui exigent d'être combinées à des mesures de l'état de santé perçue. Ces caractéristiques fournissent, d'une part, des approximations de la dynamique d'incorporation en indiquant comment un individu (ou une population) réagit à son environnement au cours de sa vie et ont, d'autre part, des effets sur la santé puisqu'elles sont à l'origine d'états physiologiques spécifiques qui contribuent à la morbidité et à la mortalité.

Ce modèle d'incorporation peut encore être précisé en termes de stratification et de temporalité. En effet, dans la mesure où les interactions entre les individus et leur environnement sont dépendantes des structures sociales, il est important de souligner que la dynamique de l'incorporation est, elle aussi, structurée socialement. Cette dynamique d'incorporation stratifiée est, comme nous l'avons vu, corrélée à des états de santé : ce phénomène explique donc que la distribution des états de santé dans une population corresponde à la hiérarchie des positions sociales. Autrement dit, les individus (ou les groupes sociaux) qui ont un statut social plus élevé jouissent d'un meilleur état de santé que ceux qui se situent juste en dessous, et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis et opprimés, ce qu'on appelle le gradient social de la santé.

Ce gradient se construit tout au long de la vie, mais l'incorporation biologique qui y contribue est particulièrement effective lors des périodes caractérisées par une forte plasticité biologique – lors de l'enfance et de l'adolescence par exemple, ou lors de la grossesse en ce qui concerne tant l'embryon puis le fœtus que la mère. La dynamique d'incorporation ne doit donc pas être conçue comme un processus homogène et linéaire mais plutôt comme un ensemble de processus stratifiés et plus ou moins concentrés en fonction des périodes considérées et de l'intensité des expositions.

Lutter contre les inégalités sociales de santé suppose de comprendre les interactions complexes qui ont lieu entre l'individu et l'environnement et qui se produisent dès les premières étapes de la vie, c'est-à-dire avant même que leurs effets sur la santé ne soient observables. Cette dynamique d'incorporation est cependant d'autant plus difficile à appréhender que sa nature et son rythme varient au cours de la vie et qu'elle procède de processus distincts, bien qu'ils incluent systématiquement au moins un mécanisme biologique.

Du social au biologique : quels mécanismes biologiques ?

Les expériences sociales auxquelles sont exposés les individus peuvent être à l'origine de différents phénomènes d'incorporation, ayant lieu simultanément et procédant de mécanismes biologiques distincts. Deux ensembles de mécanismes biologiques sont au cœur de la dynamique d'incorporation.

Mécanismes d'origine exogène

Nos systèmes biologiques peuvent être modifiés par l'introduction dans notre corps d'entités externes, qui peuvent se révéler bénéfiques ou nocives. Blane et al. qualifient de « matériels » ces types de mécanismes biologiques, composés de pathogènes vivants (bactéries, virus) pouvant donner lieu à des maladies infectieuses et de pathogènes inertes (fibres d'amiante, acide folique) pouvant être à l'origine de cancers ou de carences développementales risquant d'affecter la formation du corps et du système immunitaire (Blane et al., 2013).

L'exposition à ces pathogènes, qu'ils soient vivants ou inertes, dépend en partie du type d'environnement dans lequel nous vivons (en termes de qualité de l'air, de l'eau, etc.) et de nos expériences quotidiennes (à travers la qualité du logement ou le type de profession,

par exemple). La situation sociale agit donc à la fois sur la probabilité d'entrer en contact avec des facteurs exogènes pathogènes et sur la manière dont nous les incorporons.

Mécanismes d'origine endogène

Les mécanismes d'origine endogène correspondent à l'ensemble des processus biologiques et physiologiques qui se produisent dans notre corps en réponse aux événements et conditions extérieures perçus par nos sens. Entre autres mécanismes impliquant nos systèmes neurobiologiques et psychologiques, notre perception et nos émotions peuvent conduire à une cascade de réactions du système neuroendocrinien et causer un stress physiologique dans plusieurs systèmes biologiques (neurologique, inflammatoire, hormonal, etc.). Dans la mesure où ces systèmes biologiques se forment pendant des périodes sensibles de développement, l'exposition pendant l'enfance à certains facteurs de stress chroniques pourrait avoir un impact sur les fonctions biologiques et comportementales ultérieures. Ces conséquences dépendent du moment auquel se produisent ces expositions initiales et de possibles médiations par des expositions ultérieures. C'est pourquoi nous observons, au niveau populationnel, que l'exposition de l'enfant aux adversités psychosociales est une source possible de facteurs de stress tant aigus que chroniques (Kelly-Irving et Delpierre, 2019), qui peut mener à un risque accru de mauvaise santé à l'âge adulte. Enfin, les mécanismes d'origine endogène incluent les facteurs plus « mécaniques » comme les déplacements, gestes, efforts qui vont sculpter, développer, user les corps de différentes façons.

Liens entre les mécanismes d'origine exogène et endogène

Ces deux grands ensembles de mécanismes biologiques, exogènes ou endogènes, peuvent impliquer des transformations au niveau moléculaire, telles que des changements épigénétiques, susceptibles de modifier les mécanismes biologiques endogènes. Ces deux ensembles de mécanismes peuvent également interagir et s'affecter mutuellement. Une fois qu'une entité exogène a été incorporée, elle peut affecter les systèmes biologiques endogènes de manière positive, négative ou bien neutre.

L'apport du prisme intersectionnel et ses défis

L'étude des inégalités de santé à partir de données quantitatives et selon une approche intersectionnelle présente de nombreux défis

méthodologiques. L'un d'entre eux est lié à la difficulté d'adapter à des constructions statistiques les différentes conceptions relatives aux catégories de différences (d'ailleurs encore largement débattues dans le champ des études intersectionnelles). Les intersections entre domaines d'oppression ne sont pas équivalentes à des interactions statistiques entre catégories et questionnent la pertinence des techniques statistiques, pourtant toujours plus complexes, pour traiter de la réalité sociale. Comment appliquer un traitement statistique à des faits sociaux construits dans des champs fortement théorisés (comme la science politique, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, le droit ou encore la recherche militante), sachant que l'analyse quantitative, menée à partir de variables nominales, suppose de définir des groupes ou catégories en fonction des données disponibles et de décisions statistiques pragmatiques concernant les nombres et les distributions ? Ces choix définitionnels sont difficilement conciliables avec l'idée que la classe, la race et le genre ne se forment et n'existent que les uns par rapport aux autres.

Un autre problème, de taille, auquel se confrontent les chercheurs en sciences quantitatives, réside dans la nécessité d'identifier une catégorie « référente », à laquelle les autres catégories sont comparées. Les résultats sont alors compris et interprétés en fonction de ce groupe de référence. Si la mesure des écarts par rapport à ce groupe peut contribuer à analyser les inégalités, le renvoi constant à cette norme « référente » peut aussi être critiqué en ce qu'il relayerait les hégémonies de pouvoir contre lesquelles l'intersectionnalité s'est construite.

Pourquoi donc persister à rechercher l'intersectionnalité dans l'étude des inégalités sociales de santé, alors même que nous devons dans bien des cas nous contenter d'utiliser des observations « unitaires » ou « multiples » (Hancock, 2007) ?

Une première réponse tient à ce qu'une approche intersectionnelle nous permet de prendre du recul par rapport aux observations quantitatives et à leur interprétation, en exigeant leur mise en contexte. Afin d'illustrer ce point, examinons une question relative aux inégalités sociales de santé, en combinant une perspective intersectionnelle (1) et un modèle dynamique d'incorporation (2). Il existe par exemple de profondes inégalités relatives à la mortalité maternelle entre les populations de minorités ethniques et la majorité blanche dans de nombreux pays. Ces inégalités sont particulièrement fortes en ce qui concerne la mortalité maternelle des femmes noires aux États-Unis, qui ont trois fois plus de chances de mourir que les femmes blanches pendant la période périnatale (Petersen et al., 2019).

(1) *En appliquant un prisme intersectionnel à cette question, il nous faut contextualiser ces chiffres en rappelant que les minorités noires souffrent de violence et de racisme structurels aux États-Unis puisqu'elles sont par exemple victimes de violence policière (Alang et al., 2020), de sous-représentation dans les instances d'autorité et de pouvoir (Malhotra et Raso, 2007), et de surreprésentation dans la population carcérale (Donnelly, 2017).*

(2) *En adoptant un modèle dynamique d'incorporation, il faut aussi rappeler que les populations racisées, du fait de leur exposition répétée aux facteurs de stress liés au racisme systémique, développent dans la durée une réponse physiologique adaptative à ces expositions : l'usure physiologique multi-système. L'une des conséquences de cette usure est l'augmentation du risque de maladies chroniques, y compris des troubles métaboliques et cardiovasculaires qui peuvent survenir pendant la grossesse, comme le diabète et la pré-éclampsie (Shalowitz et al., 2019). Une autre conséquence est l'immunosuppression qui peut impliquer une plus grande susceptibilité aux infections (Segerstrom et Miller, 2004). Les populations qui subissent des violences systémiques sont par ailleurs victimes de préjugés qui les exposent à des parcours de vie plus marqués par des risques d'incorporation endogènes et exogènes et les rendent plus susceptibles d'être méfiantes vis-à-vis des institutions et des services de soins (Alang et al., 2020). Enfin, aux États-Unis, les obstacles financiers restreignant l'accès aux soins signifient que les populations racisées, plus susceptibles d'occuper des professions à faible revenu, ne peuvent pas toujours se permettre de payer une assurance maladie privée pour accéder aux soins anténataux.*

Ainsi, indépendamment des difficultés liées à une éventuelle « analyse quantitative intersectionnelle » des données sur la mortalité maternelle, appliquer un prisme intersectionnel aux inégalités observées chez les femmes noires aux États-Unis permet de contextualiser ces inégalités en prenant en compte a) la nature structurelle des inégalités auxquelles ces femmes sont confrontées et les obstacles que ces inégalités leur opposent en termes d'accès à une meilleure santé, et b) la manière dont ces inégalités entraînent des susceptibilités intrinsèques, encore exacerbées au cours des étapes de vie vulnérables que sont la grossesse et l'accouchement. Notons que d'autres théorisations intersectionnelles privilégiant une analyse de la formation des identités plutôt que de l'impact d'inégalités systémiques sont aussi particulièrement fécondes pour préciser la dynamique d'incorporation.

Conclusions

Ce commentaire présente de façon succincte une partie des défis et des apports que l'on peut attendre du rapprochement entre le champ des études intersectionnelles et le modèle de la dynamique d'incorporation biologique. Il peut sembler difficile, voire insurmontable, sur le plan strictement méthodologique, d'élaborer une « analyse quantitative intersectionnelle » parfaitement intégrée, pour des raisons épistémologiques et ontologiques qui ont trait à la nature des réalités observées et à des schémas d'interprétation distincts. Cependant, les efforts et les débats qui animent le champ des études intersectionnelles pour déconstruire les différentes catégories d'inégalités sociales et rendre compte de l'interaction des systèmes d'oppression, constituent une ressource théorique précieuse pour préciser le modèle d'incorporation biologique et questionner certaines interprétations biomédicales des inégalités sociales de santé. On peut aussi espérer que l'appréciation d'une plus grande complexité dans l'analyse des inégalités de santé permettra aux décideurs politiques et aux acteurs de santé publique, qu'ils soient institutionnels ou associatifs, d'être plus efficaces dans leur lutte conjointe contre les inégalités de santé.

En présentant le champ des études intersectionnelles comme un cadre d'interprétation des inégalités sociales de santé qui serait décisif pour nuancer, voire concurrencer ou réfuter, leur interprétation biomédicale, nous sommes aussi conscientes de la dimension située de la science à laquelle nous contribuons. Il ne s'agit pas simplement ici de délivrer notre point de vue à partir de notre position sociale mais de reconnaître que la recherche que nous menons est située, donc partielle et qu'elle contribue aux relations de pouvoir. En référence à la pensée académique féministe du positionnement (standpoint), la prise en compte de notre situation nous apparaît moins comme une limitation que comme une responsabilité (vis-à-vis notamment des plus démunis) et comme une opportunité de faire de la recherche autrement, « à partir d'une conception de la scientificité qui ne voit pas de manière contradictoire les caractères intéressés et scientifiques du savoir » (Bellacasa, 2003 : 51). C'est à partir de ce lien étroit entre intersectionnalité et volonté féministe de produire un autre type de savoir que nous cherchons à prendre en compte des logiques de visibilisation/invisibilisation/survisibilisation qui traversent les différents champs de savoirs mobilisés pour rendre compte des inégalités sociales de santé. Ce positionnement justifie notamment l'utilisation dans nos analyses de la catégorie politique de « race », plutôt que d'autres dénominations euphémisantes qui auraient pour effet

d'invisibiliser les mécanismes du racisme dans la société, et donc aussi au laboratoire.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Les recherches qui inspirent ce commentaire ont bénéficié du soutien de la Ligue Nationale Contre le Cancer, partenaire financeur de l'IReSP dans le cadre de l'AAP Général 2018-Volet Prévention et Promotion de la santé (projet CELIA). De plus, le travail de Michelle Kelly-Irving est soutenu par la Commission Européenne via le projet GENDHI - Grant Agreement number: 856478 - ERC-2019-SyG

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achin C., Dorlin E., 2008. Nicolas Sarkozy ou la masculinité mascarade du Président. *Raisons politiques* 31(3), 19-45.
- Alang S., McAlpine D.D., Hardeman R., 2020. Police Brutality and Mistrust in Medical Institutions. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 7(4), 760-768. [<https://doi.org/10.1007/s40615-020-00706-w>].
- Bellacasa M. Puig de la., 2003. Scientificité et politique aujourd'hui : un regard féministe. *Nouvelles Questions Féministes* 22(1), 48-60.
- Blane D., Kelly-Irving M., Errico A., Bartley M., Montgomery S., 2013. Social-Biological Transitions: How Does the Social Become Biological? *Longitudinal and Life Course Studies* 4(2), 11. [<https://doi.org/10.14301/lles.v4i2.236>].
- Collins P.H., 2015. Intersectionality's Definitional Dilemmas. *Annual Review of Sociology* 41(1), 1-20. [<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112142>].
- Donnelly E.A., 2017. Racial Disparity Reform: Racial Inequality and Policy Responses in US National Politics. *Journal of Crime and Justice* 40(4), 462-77. [<https://doi.org/10.1080/0735648X.2016.1176950>].
- Hancock A-M., 2007. When Multiplication Doesn't Equal Quick Addition: Examining Intersectionality as a Research Paradigm. *Perspectives on Politics* 5(01). [<https://doi.org/10.1017/S1537592707070065>].
- Hertzman C., 1999. The Biological Embedding of Early Experience and Its Effects on Health in Adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences* 896, 85-95.

- Kelly-Irving M., Delpierre C., 2018. The Embodiment Dynamic over the Life Course: A Case for Examining Cancer Aetiology. In Melony M., Cromby J., Fitzgerald D., Lloyd S. (eds.) *The Palgrave Handbook of Biology and Society*. London, Palgrave Macmillan, 519-40.
- Kelly-Irving M., Delpierre C., 2019. A Critique of the Adverse Childhood Experiences Framework in Epidemiology and Public Health: Uses and Misuses. *Social Policy and Society*, 1-12. [<https://doi.org/10.1017/S1474746419000101>].
- Krieger N., 1994. Epidemiology and the Web of Causation: Has Anyone Seen the Spider? *Social Science and Medicine* 39(7), 887-903.
- Krieger N., 2001. A Glossary for Social Epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55, 693-700.
- Lock M., Kaufert P., 2001. Menopause, Local Biologies, and Cultures of Aging. *American Journal of Human Biology* 13(4), 494-504. [<https://doi.org/10.1002/ajhb.1081>].
- Malhotra N., Raso C., 2007. Racial Representation and U.S. Senate Apportionment. *Social Science Quarterly* 88(4), 1038-48. [<https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2007.00517.x>].
- Petersen E.E., Davis N.L., Goodman D., Cox , Mayes N., Johnston E., *et al.*, 2019. Vital Signs: Pregnancy-Related Deaths, United States, 2011-2015, and Strategies for Prevention, 13 States, 2013-2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 68(18), 423-29. [<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6818e1>].
- Phelan J.C., Link B.G., Diez-Roux A., Kawachi I., Levin B., 2004. “Fundamental Causes” of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior* 45(3), 265-85. [<https://doi.org/10.1177/002214650404500303>].
- Segerstrom S.C., Miller G.E., 2004. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin* 130(4), 601-30. [<https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>].
- Shalowitz M.U., Schetter C., Hillemeier M.M., Chinchilli V.M., Adam E. K., Hobel C.J. *et al.*, 2019. Cardiovascular and Metabolic Risk in Women in the First Year Postpartum: Allostatic Load as a Function of Race, Ethnicity, and Poverty Status. *American Journal of Perinatology* 36(10), 1079-89. [<https://doi.org/10.1055/s-0038-1675618>].