



HAL
open science

La Fabrique des inégalités sociales de santé. Avant-propos

Jean-Charles Basson, Nadine Haschar-Noé, Marina Honta

► **To cite this version:**

Jean-Charles Basson, Nadine Haschar-Noé, Marina Honta. La Fabrique des inégalités sociales de santé. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 2021, 3, pp.9-33. <10.3917/rfas.213.0009>. <hal-04958442>

HAL Id: hal-04958442

<https://ut3-toulouseinp.hal.science/hal-04958442v1>

Submitted on 20 Feb 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

LA FABRIQUE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

AVANT-PROPOS

Jean-Charles Basson, Nadine Haschar-Noé et Marina Honta

Il se peut fort que ce qui suit ne soit pas un avant-propos, du moins tel qu'on l'entend habituellement. Plutôt qu'une entrée en matière à vertu introductive, l'avant-propos est, dans le cas présent, un avertissement – libre et *avec* frais, de telle façon qu'il s'apparente même à une alerte. Celle qui consiste, en tant que coordonnateurs du dossier, à reconnaître que notre appel a été entendu si bien qu'il résonne/raisonne dans les pages qui suivent que nous avons plaisir à verser au pot commun de la recherche traitant, concomitamment, la question de *la fabrique des inégalités sociales de santé* – sous ce même intitulé éponyme (Basson et Haschar-Noé, 2021 ; Loretti, 2021) ou sous des déclinaisons approchantes – que nous proposons de labelliser (puisqu'ainsi va la production scientifique contemporaine) sous l'acronyme de FAB.ISS. Qui plus est, l'exercice de l'avant-propos obéit à des règles que nous entendons malmener. Plus précisément, la proposition est ici de se garder de deux tentations traditionnelles en pareil cas : 1. l'établissement, plus ou moins chronologique, exhaustif et thématique, de l'état de l'art (soit le cadrage de l'objet), suivi de la présentation sommaire de chacune des contributions (soit le résumé des résumés) ; 2. le récit documenté de l'histoire de la réalisation du dossier, de l'amorce de ses linéaments à sa livraison finale, dont ses artisans principaux peuvent légitimement se féliciter. Là où la première option peut emprunter à une prétention potentiellement surplombante et pré-déterminante des textes à suivre (dont chacun se suffit pourtant à lui-même), la seconde, à l'inverse, invite au partage des émotions et des satisfactions et à l'immersion dans les aléas propres à une longue et prenante entreprise en train de se faire, restituée pour l'occasion, mais à laquelle le lecteur, de fait, n'appartient pas. Aussi notre choix est-il plutôt, d'une part, d'opérer un retour sur l'appel à contribution – qui figure en clôture du dossier – afin d'en rappeler les termes généraux ; d'autre part, de l'adosser à la production éditoriale la plus récente ; enfin, de croiser l'ensemble des textes publiés, que ceux-ci prennent la forme, et le statut différent, d'articles, de points de vue ou de recensions d'ouvrages pour tenter d'en dégager des lignes structurantes.

Le rappel de l'appel

L'appel repris ici fait l'objet d'une formulation recomposée, resserrée et thématisée afin de poser les termes du débat qui nous occupe et qui consiste à savoir de quoi les inégalités sociales de santé (ISS) sont le nom.

Un impensé sociologique

En premier lieu, il s'agit de constater l'existence d'un angle mort caractérisant l'analyse dominante en matière d'inégalités sociales de santé : si ces dernières ont été portées au jour par une épidémiologie frottée aux cadres des sciences sociales, ouverte aux déterminations sociales et sensible aux parcours biographiques des individus (Lang, 1993 ; Leclerc *et al.*, 2000 ; Krieger, 2001 ; Aiach et Fassin, 2004 ; Elbaum, 2006 ; Leclerc *et al.*, 2008 ; Lang *et al.*, 2009 ; Haut Conseil de la santé publique, 2010 ; Lang, 2010 ; Aiach, 2010a et 2010b ; Hertzman, 2012 ; Lang, 2014 ; Lang *et al.*, 2016 ; Lang et Ulrich, 2017 ; Haschar-Noé et Lang, 2017 ; Mackenbach, 2017), tout se passe comme si la qualité « sociale » prêté aux inégalités de santé était largement impensée quant à ses significations multiples et implications directes. En effet, il semble qu'à cette aune soit considéré comme « social », autrement dit impalpable, incommensurable et, pour autant, particulièrement efficace, tout ce qui échappe au paradigme biomédical et, plus subtilement, au prisme épidémiologique. Supputant qu'il existe un à-côté social, quelque peu mystérieux et fortement structurant en matière de fabrique des inégalités de santé, les travaux accumulés jusque-là sont, en grande partie, incapables de l'identifier et, plus encore, d'en caractériser les fondements et déterminants. Selon cette lecture indicative et approachante, le « social » s'apparente à un élément incertain du « contexte » indiscernable et englobant au sein duquel évolue l'individu et avec lequel il lui faut composer tant bien que mal. Aussi, nous rangeons-nous à l'avis de Didier Fassin pour qui « il revient aux sciences sociales de comprendre, au-delà du repérage des facteurs de risque que permet l'épidémiologie, les processus par lesquels un ordre social se traduit dans les corps » (Carricaburu et Cohen, 2002). Il poursuit, par ailleurs : « Plutôt qu'une réalité dérivée de définitions biologiques, médicales ou philosophiques, la santé apparaît simultanément comme une notion et un espace définis par les rapports entre le corps physique et le corps social » (Fassin, 1996, 35). Nous avançons donc que, épidémiologiquement pointées, les inégalités de santé sont sociologiquement construites.

La construction sociale des inégalités de santé

S'il est alors acquis que le processus général de fabrication des discriminations sociales en santé trouve les fondements et ferments de sa reproduction dans la structure de l'organisation sociale au sein de laquelle il opère, l'étudier suppose

de considérer de près la dimension politique des rapports sociaux qui président à sa construction. En effet, les enjeux de pouvoirs, les processus de domination, les mécanismes de stigmatisation et le jeu complexe des distinctions, divisions et contradictions sociales qui permettent la pérennisation et l'accentuation des inégalités de santé sont à intégrer à l'analyse. Plus précisément, proposer de dévoiler les ressorts de la fabrique des inégalités sociales de santé, c'est choisir délibérément de resserrer la focale sur les instances de gestation, les vastes chantiers de création et les diverses entreprises de production qui y pourvoient. Il s'agit d'étudier là où la fabrication, l'entretien et le renouvellement des inégalités de santé se forment et s'élaborent patiemment, se façonnent progressivement et se tissent inéluctablement, se forgent (selon l'étymologie du latin *fabrica*) durablement et se trament, s'ordonnent savamment et s'agencent rigoureusement. Il s'agit également de comprendre comment ce processus s'accomplit : selon quels mécanismes structurants, quelles conditions et dynamiques essentielles, quelles modalités et pratiques, quels usages et conduites, quelles expériences et occasions.

Incorporation, dispositions, socialisation et intersectionnalité

À ce titre, l'accent est placé résolument sur les différents processus et modes de socialisation à la santé et sur les mécanismes qui agissent sur la formation de celle-ci afin d'établir en quoi l'incorporation des dispositions socialement acquises relatives aux rapports de classe, de race, de sexe, de genre, d'âge ou de génération (ces rapports étant pensés, selon l'approche intersectionnelle [Galerand et Kergoat, 2014], comme dynamiques, consubstantiels, articulés, imbriqués et coextensifs) est marquée différenciellement (Bourdieu, 1979 ; Lahire, 2002) par des effets de renforcement, de rémanence et de réactivation des inégalités de santé. De même, la prise en compte des cultures somatiques (Boltanski, 1971) permet d'interroger les logiques d'articulation et d'agencement dialectique des dispositions sociales et des dispositifs de santé.

Aussi prégnants soient-ils, les processus d'incorporation des dispositions relatives à la santé sont également sujets à des mises à distance et des mises en sommeil, des phases de latence et des bifurcations, des reconversions et des ruptures au fil des parcours biographiques de chacun. Il s'agit donc de « se doter d'une conception dynamique de l'acteur, soumis à des processus de socialisation multiples et contradictoires, jamais achevés parce qu'inachevables, se déroulant tout au long d'une vie et qui, sans remettre en question des éléments constitutifs de l'individu acquis lors de la socialisation primaire (celle de la prime enfance), ouvre le spectre de la transformation identitaire » (Berger et Luckmann, 2012 [1966], 11-12). Les analyses proposées doivent ainsi faire place à l'individu en tant qu'il est porteur d'une histoire qui lui est propre, elle-même susceptible d'agir, d'une manière ou d'une autre, sur les conditions sociales de production des inégalités de santé, envers lui-même ou à l'endroit des personnes dont il a la charge ou qu'il se propose d'accompagner et de soutenir dans des circonstances difficiles, pénibles, voire dramatiques, telles que la période épidémique actuelle en genre. Composée

d'une somme entremêlée et, éventuellement, contradictoire d'itinéraires simultanés et successifs, puisant leurs sources au sein des milieux et instances de socialisation majeures (que sont la famille, le monde scolaire et éducatif, le milieu professionnel et le groupe de pairs, notamment), la trajectoire biographique de chacun est à l'origine de l'incorporation d'un système de dispositions potentiellement nombreuses et variées déterminant diversement l'exposition aux inégalités de santé.

Par-delà les puissants mécanismes de socialisation et d'imposition des conduites, se donnent ainsi à voir un jeu riche et complexe d'appropriations différenciées et d'arrangements bricolés, de retouches marginales et de recompositions complètes, de combinaisons aléatoires et d'adaptations réussies, d'aménagements hasardeux et de reconfigurations audacieuses, d'accommodations négociées et de contournements timides, de détournements implicites et d'évitements manifestes, de sourdes résistances et de contestations larvées, voire de refus directs, de fermes rejets et de franches oppositions qu'il s'agit de restituer et d'analyser afin de comprendre comment un certain nombre de comportements et initiatives diverses se proposent de « faire avec » la fabrique des inégalités sociales de santé, éventuellement sans celle-ci, et pourquoi pas contre cette dernière.

Gouvernementalité corporelle et sanitaire

Toutefois, les modalités de fabrication du gouvernement des corps (Foucault, 2004 ; Fassin et Memmi, 2004 ; Honta *et al.*, 2018) et, ce faisant, du gouvernement de la santé (Honta et Basson, 2015 et 2017) sont également à considérer de près pour leur propension à alimenter le processus de construction et d'approfondissement des inégalités de santé. La faculté des différents pouvoirs à gérer le corps social dans ses différentes composantes quasi organiques contribue, en effet, à instituer le corps des individus en tant que support et vecteur d'action publique de santé. Opéré par une série d'exercices d'objectivation et de discipline individuelle, le travail sur soi qu'il suppose contraint chaque sujet à progressivement incorporer les règles de la bienséance, de la sagesse, de la raison, du bon sens, de la prudence, voire de la précaution érigées en principes de vie, de garantie individuelle et de sauvegarde corporelle. Si le processus implique l'incorporation, soit la maîtrise du corps et l'autocontrainte des conduites telles qu'étayées par l'analyse éliassienne (Elias, 1973), chacun ne s'en trouve pas pour autant dispensé du contrôle extérieur, des sanctions juridiques, des procédures punitives et autres peines disciplinaires.

Toutefois, tous les corps ne sont pas affectés de la même façon, selon les mêmes modalités, intensité, urgence et prégnance. Des modes différenciés de gouvernement en santé des populations se font jour dans lesquels se trament de puissants rapports de domination. Ainsi en s'adressant prioritairement aux personnes vulnérables sur les plans social, culturel, économique et géographique, cette gouvernementalité corporelle est-elle socialement située et directement confrontée aux dispositions des « publics cibles » dont les penchants et inclinaisons sont

régulièrement stigmatisés. C'est dans le corps-même des sujets fragilisés issus des milieux populaires en crise que l'action publique (de santé ou des domaines connexes touchant les déterminants sociaux de cette dernière) trouve, en effet, le terreau le plus fertile à sa gestation, son expression multiple, son épanouissement diffus et son déploiement rémanent. Les injonctions à bien manger, bien bouger, bien se protéger, à « se bien conduire dans une ville saine » (Basson et Honta, 2018) dont « les classes populaires contemporaines » (Cartier *et al.*, 2015 ; Arborio et Lechien, 2019) sont régulièrement l'objet, attestent combien les modes de gouvernement des populations peinent à se défaire d'une forte dimension normative et moralisatrice. Les conditions sociales de réception et d'intériorisation des modes et registres de justification et de légitimation de ces différents rapports à l'ordre social et politique qui fondent les inégalités de santé sont à étudier plus avant. La période y est particulièrement propice si on relève qu'elle est, notamment, marquée par l'accroissement des difficultés d'accès au système de santé, le développement d'outils numériques bouleversant la vie quotidienne, le recours de plus en plus fréquent à l'hospitalisation à domicile et l'épidémie de Covid-19 caractérisée par la confusion largement pratiquée des registres de l'ordre sanitaire et de l'ordre public.

Des formes alternatives de production politique de la santé

Si l'incorporation sociale des inégalités contribue à la « construction politique de la santé » (Fassin, 2000, 12), celle-ci peut également donner lieu à des formes alternatives d'alimentation effective du processus général, quitte à le malmenier. En effet, la déssectorisation du domaine sanitaire des inégalités de santé et leur extension à l'ensemble de la question sociale fondent également leur politisation. On sait que, selon « un mécanisme de requalification des objectifs assignés à l'action : de sociaux, ou culturels, ou religieux, et ainsi de suite, ils deviennent politiques dans une sorte de reconversion – partielle ou totale – des finalités qui leur sont assignées, des effets qui en sont attendus et des justifications qu'on peut en donner » (Lagroye, 2003, 367). C'est précisément ce qui se joue en matière de santé. Le système de (re)production des inégalités sociales de santé se voit, en effet, contraint de tolérer à ses marges des manières distinctives de contribuer, en situation, au processus général. Des formes, des modalités, des expressions plurielles et hétérogènes de socialisation en train de se faire se donnent ainsi à voir et tentent de jouer dans le dos des dominants assurant la construction des asymétries en santé. Imparfaitement maîtrisée, l'orchestration socialisatrice laisse inmanquablement s'exprimer quelques fausses notes presque inaudibles et indicibles, ainsi que des couacs retentissants prophétisant la fin du modèle de production quasi mécanique des inégalités de santé. Si fabrique effective il y a, celle-ci est aussi à considérer selon la connotation artisanale que suppose également le terme. Soit une signification complémentaire qui croise savoir-faire attestés, prétentions artistiques, maîtrise et travail soigné, d'une part, et dimension rudimentaire, imparfaite et éminemment personnelle, d'autre part.

Autrement dit, les approximations sont nombreuses et les écarts à la norme variés. Des manières originales et singulières de « faire de la santé publique » (Fassin, 2008) se présentent alors comme autant de tentatives, diversement abouties, d'affranchissement tendanciel du processus général de production de la santé. Autorisant des formes graduées de conscientisation des dominations subies et des stratégies plus ou moins offensives de retournement des stigmates endossés, elles restent toutefois conditionnées aux dispositions, capitaux, ressources et appuis disponibles et effectivement mobilisables face aux puissantes contraintes matérielles, sociales et symboliques qu'imposent les mécanismes sociaux générateurs d'inégalités. L'étude de ces très nombreuses mobilisations sociales et politiques (Laverack et Manoncourt, 2016) à visée de changements qui se développent à travers le monde et qui s'attachent à lutter contre la fabrique des inégalités de santé sont les bienvenues. Intervenant aux échelles locale, nationale, supranationale et internationale, prônant une forme d'émancipation, se réclamant de la promotion de la santé, de la santé globale, environnementale ou communautaire (Jourdan *et al.*, 2012), se définissant comme une alternative à la médecine libérale, visant à associer les personnes les plus précaires à l'accession et à la défense de leurs droits ainsi qu'à l'accroissement de leur autonomie, ces expérimentations volontaristes mettent en œuvre des pratiques de participation et de médiation sociales en santé qu'il convient d'analyser.

Ces dernières constituent, en effet, un levier d'apprentissage, de socialisation et d'activation d'une multitude de pratiques qu'il est possible d'étalonner à l'échelle classificatoire internationale élaborée par Arnstein (1969) afin d'en dégager la gradation en termes de pouvoir(s). Il s'agit, en matière de santé, de rechercher les traces effectives et les signes tangibles des effets lents, progressifs et gradués de la formation d'une conscience collective susceptible de comprendre les enjeux globaux et de dépasser les intérêts particuliers. Se révèlent alors autant d'indicateurs de la portée non seulement civique et citoyenne, mais également proprement politique de la construction d'une démocratie en santé ouverte aux plus démunis. Usant des méthodes éprouvées et renouvelées de l'éducation populaire, elle vise, plus fondamentalement, à faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins et à renforcer l'autonomie et les capacités d'agir en santé des individus. S'interdisant de faire peser sur la personne accompagnée les exigences de l'injonction à la responsabilité, la politisation de la santé peut également travailler à contrecarrer le dysfonctionnement général du système de santé.

Adossement éditorial et considérations épistémologiques

Entre le lancement de l'appel à contribution et la réception, suivie du traitement minutieux, des réponses reçues, de l'eau a coulé sous les ponts éditoriaux. Aussi deux productions fort estimables et destinées à arborer la même année que la présente dans les références bibliographiques à suivre (Loretti, 2021 ; Gelly *et al.*,

2021) nous offrent-elles l'opportunité d'une forme d'étalonnage, au demeurant parfaitement respectueux des options respectives adoptées ici et là tant elles sont pertinentes, judicieuses, complémentaires et, pour tout dire, relativement proches, avec quelques nuances toutefois. Ainsi donc, si le cancer est « un fléau façonné socialement » (Loretti, 2021, 4), il n'en va pas autrement de l'ensemble du vaste champ de la santé considérée dans son acception la plus large. La chose étant entendue, au moins par une majorité des sociologues eux-mêmes, il s'agit de savoir comment faire la sociologie de ce façonnement social. Une première voie consiste à proposer de « mettre au jour les mécanismes formels et informels, structurels et organisationnels, ainsi que les interactions, la pluralité d'acteurs et les différents espaces qui interviennent dans la fabrique des inégalités » (Loretti, 2021, 5). Certes, toutefois rien de très spécifique dans le cas présent puisque ce sont là quelques-uns des chantiers principaux que, par-delà les différents paradigmes, la sociologie générale s'est historiquement employée à forger pour elle-même. Une autre perspective, plus précise quant à son objet, plus sensible aussi et, surtout, plus « critique » quant à sa raison d'être et d'agir, engage rien de moins qu'un « programme » dialectique ambitionnant, par une approche intersectionnelle de comprendre, conjointement, « ce que les inégalités et les rapports sociaux de classe, de sexe, de race ou de génération font à (l'analyse de) la santé, d'une part ; ce que la santé éclaire (et fait à l'étude) des rapports sociaux, d'autre part » (Gelly *et al.*, 2021, 6-7). Les autrices précisent, en note, que par « rapports sociaux », elles se réfèrent à « la dimension socialement construite des socialisations et des assignations, à raison de l'appartenance de classe et du style de vie, de l'identité sexuée, de l'origine réelle ou supposée, de la trajectoire migratoire et/ou de la couleur de peau, de l'âge et de l'exposition ou de la participation à des événements ou une période historique ».

Considérable, passionnante et parfaitement mobilisatrice, surtout si on lui adjoint, comme nous sommes tentés de le faire pour prendre notre part de la belle et si nécessaire entreprise, un volet relatif à l'action publique. Si « la recherche sociologique est [...] amenée à s'interroger [légitimement] sur les effets de l'action publique sur la définition des objets de recherche et des problématiques » (Gelly *et al.*, 2021, 18), cette dernière ne doit pas être considérée comme une contrainte administrative et une injonction institutionnelle dont la sociologie au travail serait fondamentalement tributaire au prétexte qu'elle se développe sous contrats, mais plutôt comme l'incarnation d'un autre pan de la question qu'il s'agit de soumettre précisément à une recherche dépassant les cadres convenus de l'analyse des politiques publiques. Les apports critiques de la sociologie politique de l'action publique de santé (Bergeron et Castel, 2014), en l'investissant notamment à ses différentes échelles territoriales et en s'attardant sur les acteurs de premières lignes, les sans-grade et les « publics » les plus nécessiteux et pourtant les plus éloignés, invisibles ou réfractaires qui en constituent « le bas » (Dubois, 2012 ; Haschar-Noé et Basson, 2019 ; Basson et Génolini, 2021), permettent de dévoiler les principes et modalités de gouvernement des populations opérant *via* le corps appréhendé comme support et vecteur de santé (Honta *et al.*, 2015). Nous soutenons en effet, qui plus est au sein d'une revue située à la croisée des considérations

scientifiques et institutionnelles, que l'analyse du gouvernement de la santé porte tant sur les dispositifs d'action publique que sur les dispositions des publics populaires à qui ils sont prioritairement destinés. « Sachez que, tout rustre et vilain que je suis, j'ai bien quelque idée pourtant de ce qu'on appelle se bien gouverner », fait dire Cervantès à Sancho Panza, le fidèle et non moins rude, élémentaire et, effectivement, très sensé serviteur du Chevalier à la triste figure.

Ces éléments de cadrage théorique mis à plat, gare encore au repli disciplinaire consistant à déplorer le fait que « l'analyse des inégalités sociales, de leur (re) production et des rapports de domination qui concourent à les façonner, travail proprement sociologique [c'est nous qui soulignons], semble curieusement s'effacer derrière le décompte statistique des inégalités, certes indispensable, mené par les épidémiologistes » (Gelly *et al.*, 2021, 8). Plus, cette « tendance à l'annexion des sciences sociales de la santé par l'épidémiologie [trouve des renforts dans] la recherche interventionnelle ou encore la santé publique » (Gelly *et al.*, 2021, 18). Pour nous être essayé à ces incartades (Basson *et al.*, 2013 ; Basson *et al.*, 2021) et en avoir tiré enseignements et profits, nous savons qu'il y a beaucoup à prendre chez certains épidémiologistes faisant un pas de côté et osant accoler le qualificatif de « sociale » à leur discipline (Lang, 2021), sans pour autant se renier. Au-delà du plaisir aventureux qu'offrent les marges et de l'audace consistant à franchir le Rubicon pour aller voir en face si nous y sommes et à s'y bien trouver, nous avons expérimenté, par exemple, en quoi la *life course approach* (Kelly-Irving, 2021) fournit de bien utiles arguments susceptibles de soutenir une démonstration sociologique d'autant plus ouverte à l'interdisciplinarité qu'elle est assurée de ses qualités propres. En effet, comment ne pas voir ce que cette lecture a à dire à (et à entendre, en retour, de) la sociologie des carrières et des trajectoires en santé (Haschar-Noé *et al.*, 2020), que ces dernières concernent des patients, des usagers ou des professionnels. Dans le sillage novateur et éclairé ouvert par Thierry Lang, et que nous nous entendons élargir encore, l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS) de Toulouse, aujourd'hui dirigé, ensemble, par une épidémiologiste sociale et un politiste de la santé, trouve sa vocation et le ferment de son activité dans ces vagabondages disciplinaires qui voient, autre exemple, Cyrille Delpierre, éminent épidémiologiste social avec lequel nous collaborons quotidiennement et de longue date, contribuer à la coordination d'un dossier récent de la *Revue française des affaires sociales* consacré à « ce que les politiques publiques font au(x) corps ».

Sans compter la rétraction méthodologique consistant, « face à l'injonction à la loi des grands nombres, très forte dans les recherches en santé, [à] montrer l'intérêt des recherches et méthodes qualitatives » (Gelly *et al.*, 2021, 19) que nous prisons également tout particulièrement, sans pour autant entretenir artificiellement l'opposition dichotomique entre le qualitatif et le quantitatif alors que celle-ci a vécu. Nous entendons d'ici nos collègues épidémiologistes sociaux revendiquer la qualité de leurs recherches quantitatives qu'ils souhaitent partager, tout en saluant la quantité de nos travaux qualitatifs qu'ils entendent questionner, alimenter et défendre quant à leurs orientations théoriques. Assurément, se prémunir et lutter efficacement contre les travers du prisme biomédical tentant de phagocytter

l'espace du social suppose d'éviter le quant à soi disciplinaire, méthodologique et empirique. C'est à ce prix, estimons-nous, que la sociologie politique de la fabrique des inégalités sociales de santé que nous appelons de nos vœux est envisageable.

Pour une sociologie politique de la fabrique des inégalités sociales de santé

Puisse le croisement de l'ensemble des textes réunis dans notre dossier contribuer à poser les premiers jalons de l'entreprise générale à laquelle nous nous proposons d'œuvrer modestement. La matière est là : neuf articles et dix points de vue, somme à laquelle viennent s'ajouter deux recensions d'ouvrages majeurs sur la question qui nous anime et qui y trouve un début de structuration programmatique. Sans surprise (ce qui n'empêche pas la satisfaction née d'une forme de confirmation de la pertinence des thèmes dégagés dans l'appel), nous disposons de trois pistes heuristiques nourries des analyses reçues que nous livrons à l'investigation collective (et sur la base desquelles nous organisons le sommaire du dossier) : la construction sociale des inégalités de santé (que l'on préfère à la construction des inégalités sociales de santé, le rang des termes ayant du sens), d'une part ; la production politique de la santé, d'autre part ; auxquelles, en lecteurs assidus et convaincus des travaux de Philippe Warin, nous adjoignons la délégitimation de l'accès aux droits en santé et du recours aux soins.

Avant cela, un mot sur le texte de Bernard Lahire sous les bons auspices duquel nous décidons de nous placer, en ouverture de notre dossier. Par-delà la jolie méditation à laquelle il nous invite, en quête inlassable que nous sommes d'une « vie augmentée » toujours à parfaire, il relève que ce long processus historique auquel la médecine, dans son acception la plus large, contribue grandement est, en soi, parfaitement inégalitaire. « Les inégalités qu'elles soient économiques, résidentielles, alimentaires, vestimentaires, médicales, scolaires ou culturelles touchent toutes, d'une façon ou d'une autre, à la question fondamentale de l'accès socialement différencié à toutes les extensions de soi possibles, à toutes les formes d'augmentation de sa réalité ou de son pouvoir sur la réalité. Disposer de plus d'espace, de plus de temps, de plus de confort matériel, de plus d'aide humaine, de plus de soins, de plus de connaissances, de plus d'informations sûres, de plus de possibilités de se vêtir, de se reposer ou de se divertir, c'est avoir plus de pouvoir sur le monde et sur autrui ».

Ce faisant, Bernard Lahire nous fournit, d'entrée de jeu, la clef du territoire que nous tentons de cerner : une définition des inégalités sociales (de santé ou de tout autre ordre). « Toute différence sociale constatée n'est pas interprétable en termes d'*inégalité* sociale, prévient-t-il. Pour qu'une différence sociale puisse faire inégalité, elle doit concerner des pratiques, des biens ou des ressources avantageuses. [...] Pour qu'une différence devienne inégalité, précise-t-il encore, il faut que la privation de telle caractéristique, de telle ressource matérielle, de tel bien

culturel, de tel savoir, ou de tel service constitue un désavantage, un manque ou un handicap ». Soucieux de compter au rang des sociologues qui « font correctement leur travail » et enthousiastes à la perspective de donner à voir ici la sociologie comme science sociale des inégalités, nous nous le tenons pour dit avant d'aborder ce qui suit. Et en premier lieu la construction sociale de ces inégalités de santé sachant que « les perdants et les perdantes d'une structure sociale inégalitaire peuvent tout à fait penser, par intériorisation de leur état comme évidence, que leur situation est le fruit du hasard, de la fatalité, de la nature des choses ou de leur incapacité personnelle, alors même qu'elle tient à des mécanismes structurels et historiquement déterminés de production d'inégalités indépendantes de leur personne ». Ce sont ces mécanismes qu'il nous appartient de dévoiler en recourant aux textes dont nous disposons.

La construction sociale des inégalités de santé

Avancer que les inégalités de santé sont socialement construites peut apparaître comme un postulat peu exigeant (qu'est-ce qui, pour un sociologue, n'est pas socialement construit ?), s'il n'est étayé par l'enquête. Or, les analyses respectives de trois terrains empiriques forts différents viennent éclairer notre lanterne sur la variété des contextes sociaux et les scènes singulières de « la réalité des dissymétries, des inégalités, des rapports de domination et d'exploitation » en santé, pour emprunter une dernière fois à Bernard Lahire.

Multiformes et omniprésentes sont les désormais incontournables technologies numériques auxquelles se consacre le premier terrain soumis à l'analyse. S'interrogeant en quoi elles sont susceptibles de constituer, en soi, des inégalités sociales de santé ou de contribuer directement ou indirectement à la construction sociale de ces dernières, Viviane Ramel entreprend la sociologie publique comparée de la mise à l'agenda politique de la numérisation de la santé et de la mise en œuvre de politiques relatives à ce sujet au sein d'infra-territoires de quatre pays : Royaume-Uni, Canada, Espagne et France. Son constat est sans appel : si des velléités publiques « d'inclusion numérique » se manifestent ici et là, « le couplage inégalités sociales de santé-santé numérique n'est pas sélectionné comme un problème public et ne fait pas l'objet d'une politique publique clairement définie et priorisée ». Autant dire que « l'augmentation exponentielle de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé englobant les systèmes d'informations numériques en santé, la télémédecine, la domo-médecine, la santé mobile et l'internet-santé » peuvent opérer librement et sans garde-fou et laisser ainsi se développer et se creuser « la fracture numérique », dans ce domaine comme dans les autres. Le plus grave tient sans doute au fait que « le numérique en santé est cadré [...] comme un bénéfice incontesté et non comme un problème, avec une propension à améliorer l'accès géographique aux services de santé, à atteindre les personnes éloignées du système de soins, à dégager des marges de manœuvre pour accompagner les personnes en ayant le plus besoin, à fournir davantage d'information. *In fine*, il est vu comme un facteur

d'émancipation » alors qu'il est un vecteur objectif d'aggravation des inégalités sociales de santé compte tenu du profond différentiel d'utilisation et d'accès qu'il entretient entre les individus, « les plus susceptibles de subir l'exclusion numérique en santé [étant] [...] les personnes en situation de handicap, âgées, précaires, les pauvres ».

Autre terrain, « public » pareillement vulnérable et nouveau défaut de(s) politiques publiques, non pas au sens où, comme précédemment, elles sont absentes (ou presque), mais plutôt où elles attestent un problème de cadrage contribuant, de fait, à aggraver les inégalités sociales de santé. Investissant le « couloir de la pauvreté » qui marque le territoire de la communauté d'agglomération du Libournais, en Gironde, Marina Honta rend compte du fait que les « mises en politique de la lutte contre la précarité en milieu rural » font essentiellement l'objet d'une « légitimation sanitaire » consistant à « médicaliser les inégalités socio-spatiales ». Autrement dit, les ressorts de l'engagement des acteurs publics locaux dans la lutte contre les inégalités sociales de santé consistent essentiellement à tenter de réparer les conséquences de la précarité et de la pauvreté. Animés qu'ils sont de la conviction que « l'enclavement favorise repli identitaire et adoption de normes locales tant dans les comportements à risque (pratiques alimentaires, consommation d'alcool, etc.) que dans les rapports à la maladie et aux soins, [...] le cadrage des problèmes sanitaires à traiter est à l'origine de la mise en œuvre de dispositifs aux fortes dimensions populationnelle et correctrice qui ont pour intentions de gouverner les conduites des acteurs aussi bien individuels que collectifs ». Soit l'illustration manifeste et désormais classique du processus de sanitisation du social consistant à « traiter par le biais de la santé des problèmes relevant de la régulation sociale et de la précarité professionnelle » et dont résultent les deux conséquences suivantes : la question sociale n'est pas prise en compte à sa juste mesure et la question sanitaire vient compliquer la donne.

Que l'école assure sa part de la construction sociale des inégalités n'est plus à démontrer. La proposition de Jean-Marc Goudet consiste toutefois à ajouter un volet sanitaire aux acquis sur la question en soumettant les troubles spécifiques des apprentissages en quartiers populaires urbains à l'analyse. Son étude des usages sociaux différenciés de leurs diagnostics et effets sur les trajectoires scolaires, médicales et sociales de deux enfants permet d'en dresser le portrait configurationnel, soit la mise au jour des rapports d'interdépendance éliasiens entretenus en la matière par les différentes institutions ô combien structurantes que sont la famille, l'école et les mondes sociaux constitués du médical, au sens large du terme, et du médico-social. Le « processus de médicalisation de l'échec scolaire » ainsi dégagé fournit alors une dernière illustration de la fabrication des inégalités sociales de santé en train de se faire au cœur de l'école marquée par le « renouveau de l'explication neurocognitive des difficultés scolaires » et sociales. L'un des enjeux principaux réside, en effet, dans l'appropriation et la mobilisation par les familles des diagnostics « dys », auxquels s'ajoutent des troubles de l'attention et du comportement, à visée stratégique d'orientation scolaire et de trajectoire médico-sociale des enfants. Il apparaît que, selon les dispositions sociales et le capital culturel des familles, des « inégalités de conversion des ressources » se

manifestent qui peuvent entraîner un déclassement scolaire et, de fait, social ou, à l'inverse, permettent d'éviter une relégation. Les deux portraits étudiés témoignent de cette alternative.

Par ailleurs, les points de vue forts éclairés qui closent cette première partie nous ramènent aux bases empruntées à Bernard Lahire, pour les renforcer si besoin était. À cet état de notre réflexion, nous tenons effectivement pour acquis qu'une différence, en matière de santé dans le cas qui nous intéresse ici, constitue une inégalité si et seulement si elle témoigne d'un défaut préjudiciable d'avantages. Estelle Carde estime toutefois que nous devons formaliser plus avant l'acceptation de ces inégalités sociales de santé. Partageant la conviction que les inégalités « sont des différences injustes » qu'il convient de « dénoncer », elle en appelle à « une définition des inégalités sociales de santé fondée sur les rapports de pouvoir » et, ce faisant, propose « une série de décisions [...] quant au contenu donné à la notion d'ISS : 1. ce sont des différences de santé et non des états de santé ; 2. ces différences sont observées entre des groupes sociaux plutôt qu'entre des individus non regroupés ; 3. seules les différences injustes en sont ; 4. le fait qu'une différence soit secrétée par un rapport de pouvoir suffit à la qualifier d'injuste, peu importe l'appréciation qu'en ont les groupes sociaux concernés et quel que soit le groupe (dominant ou dominé) qu'elle désavantage ».

Rapport de pouvoir, certes, mais surtout rapports de classe et, au-delà, rapports de domination de toute sorte opérant au profit exclusif du plus fort, surenchérit Marguerite Cognet. Car, « si les inégalités de santé et de bien-être renvoient le plus souvent immédiatement aux conditions matérielles, à la cohésion sociale, etc., tous ces facteurs sont déterminés par la position sociale en termes d'éducation, de revenu, de genre, d'ethnicité et de race, qui procède elle-même des contextes socioéconomiques et politiques ». Autant dire que « l'approche politique des inégalités de santé » qu'elle préconise et à laquelle nous sommes sensibles « impose une analyse du rapport au monde du corps et de la vie et met en exergue ce qui, dans le rapport ainsi constitué, est à l'avantage des classes dominantes ». Cette dernière option singulière prend un sens tout particulier aux États-Unis, « la société américaine étant, à n'en pas nier, profondément marquée par les rapports de race », que recense Élixa Chelle : « passé esclavagiste, pauvreté urbaine disproportionnée noire et hispanique, taux d'incarcération des jeunes hommes noirs sans commune mesure avec celui de la population générale, violences policières... ». S'agit-il alors « d'en déduire qu'à société raciste, système de santé raciste ? ». La question reste posée pour l'auteurice de *Gouverner les pauvres* qui conclut que « si les inégalités sont profondément ancrées dans la société américaine, la race en constitue un indicateur plus qu'un facteur ».

Enfin, nous ne résistons pas à l'envie d'évoquer dès maintenant les deux recensions d'ouvrages qui concluent notre dossier tant elles (de même que les livres dont elles rendent compte) apportent de l'eau au moulin de la construction sociale des inégalités de santé. Ainsi l'exposition « des mécanismes par lesquels se fabriquent les inégalités sociales, de classe et de genre liées aux pertes et aux récupérations post-accident vasculaire cérébral [AVC] » à laquelle nous invite Sarah Nicaise, qui marche dans les pas de Muriel Darmon (et s'en trouve fort bien),

est-elle particulièrement éclairante au sens où elle permet d'ouvrir « la boîte noire du neurologique afin d'appréhender les relations entre le social et le biologique ». La sociologie des pertes et des récupérations post-AVC entreprise dans *Réparer les cerveaux* prend, en effet, à bras-le-corps le paradoxe selon lequel « alors que l'accident neurologique peut être vu comme un événement qui réinitialise les compétences et égalise [...] les positions, [il apparaît qu'à] lésion équivalente et en bénéficiant d'une prise en charge comparable, les membres des classes populaires et les femmes récupèrent moins bien que les autres ». Démonstration magistrale du fait que le social incorporé résiste manifestement aux épreuves les plus traumatisantes ! Ainsi « l'incorporation et la rémanence des dispositions, des compétences et des habitudes ; le rapport au monde et au destin social (entre fatalisme et maîtrise de soi) ; les valeurs sociales et genrées attribuées aux pertes et aux récupérations ; la forme scolaire reproduite par l'institution hospitalière au sein du travail rééducatif ; la manière dont les socialisations diachroniques et synchroniques, les dispositions de classe et de genre, et les conditions matérielles d'existence des patients infléchissent les trajectoires de récupération » sont-ils particulièrement convaincants pour qui veut bien admettre que les inégalités sociales de santé sont déjà le produit d'un processus cumulatif de dominations.

Lesquelles dominations trouvent dans la crise sanitaire actuelle, socialement diagnostiquée par l'ouvrage collectif dirigé par Anne Lambert et Joanie Cayouette-Remblière, l'opportunité de travailler à *L'explosion des inégalités*. En en offrant une lecture précise, Alfonsina Faya Robles note que, dans la tradition sanitaire évoquée précédemment, « la vulnérabilité face au Covid-19 a été pensée comme un risque biomédical lié à l'âge et aux comorbidités ». Toutefois, elle relève avec satisfaction que, « contre certains processus d'occultation du social, le livre donne à voir les inégalités sociales et la misère du monde pandémique [...] et rend compte des oppressions sociales systémiques ». C'est que le parti pris méthodologique, empirique et de restitution des données consistant à dresser des sortes de « Portraits sociologiques » tout autant que des « Tableaux de famille » sous confinement permet de montrer que « ce sont les domaines du travail, de la famille, du genre, de l'école et, notamment, du logement qui ont créé des formes particulières de vulnérabilités pendant le confinement ». Saisie à travers les catégories de classes, de genre et de générations, la crise sanitaire apparaît pour ce qu'elle est : une crise sociale. « Exposant en détail vingt et un parcours biographiques, l'ouvrage démontre comment ce détonateur qu'est le confinement, recompose les inégalités déjà très ancrées dans la société française et s'inscrit dans le cours des vies ordinaires ». Si les inégalités sociales de santé ne constituent pas le cœur de l'investigation sociologique entreprise ici, elles sont sous-jacentes à l'ensemble des rapports de pouvoir dévoilés dans l'ouvrage et fortement accentués pendant l'épidémie du fait des mesures publiques excessivement contraignantes qu'elle a engendrées. En témoignent, par exemple, l'enfermement vécu par les femmes assignées au *care* et aux tâches domestiques, scolaires et parentales ou encore la situation paradoxale des « sans-statuts », sans-papiers et sans-logement pour qui « l'épreuve du confinement devient dérisoire face à leur expérience permanente et

accumulée de privations et d'exclusions multiples ». C'est alors tout le champ de l'accès aux droits en santé et du recours aux soins qui s'en trouve ouvert.

La délégitimation de l'accès aux droits en santé et du recours aux soins

Côtoyée précédemment par Viviane Ramel et Marina Honta, la question est ici traitée en ce qu'elle constitue un puissant facteur délégitimant particulièrement efficace quant à sa propension à alimenter la fabrique des inégalités sociales de santé. Manifestement, le processus opère selon quatre modalités cumulatives associant des procédures de tri, une organisation particulière des trajectoires de soins, des formes de désaffiliation sociale des patients et le recours à la catégorisation juridique.

Les procédures de tri sont analysées par Sylvain Besle, Estelle Vallier, Daniela Boaventura Bomfim, Emilie Charton et Yohan Fayet dans le contexte des essais cliniques de phase précoce en cancérologie, considérés comme un lieu d'accès privilégié à la médecine de précision (soit « les thérapies ciblées, les immunothérapies, les thérapies génétiques ou encore la radiothérapie moléculaire qui étendent le triptyque thérapeutique classique de la prise en charge du cancer : chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie ») et qui ne sont, par ailleurs, disponibles que dans un nombre limité d'hôpitaux. Les inégalités sociales de santé qu'y débusquent les auteurs « s'initient dès les premières étapes de la prise en charge autour de trois mécanismes : l'organisation des filières d'accès aux essais, le tri des patients en amont de l'inclusion et les contraintes liées à la participation à un protocole de recherche ». Dans la mesure où l'accès à ce « bien rare de santé » que ces essais représentent objectivement n'est pas garanti, loin s'en faut, et « dès lors qu'une partie des malades considèrent que l'inclusion [en leur sein] constitue une position avantageuse », la fabrique des inégalités sociales de santé trouve dans ces protocoles un terrain fertile de développement. En effet, « un travail de tri est mis en œuvre [...], proche de celui qui prévaut en situation de pénurie de traitements ou d'urgence médicale comme dans le don d'organe et la médecine de guerre, [...] [étant entendu que] ce sont les grands groupes pharmaceutiques qui financent la majorité des essais et définissent les conditions de participation des patients ». S'il leur est difficile de rendre compte d'un « portrait-type des patients inclus », les auteurs « observent une probabilité bien plus importante de recevoir le traitement expérimental pour les patients habitant dans des aires métropolitaines aisées, notamment en comparaison aux zones urbaines défavorisées » et relèvent que les hommes ont « une fois et demie plus de chances » de débiter les traitements que les femmes.

Cancers toujours, mais du foie cette fois, envers lesquels une forme de discrédit, voire de « stigmatisation », des patients concernés apparaît clairement, dans la mesure où « ils restent largement associés à la consommation excessive d'alcool » considérée comme une « déviance ». Ces patients sont atteints de « carcinome hépatocellulaire, soit le plus fréquent des cancers primitifs du foie » et voient leurs trajectoires de soins trahir les effets de « la mécanique des inégalités sociales de

santé » qui, selon Grégory Beltran, Hélène Revil et Charlotte Costentin, opèrent à plein à leur endroit. Trois types de non-recours (notion utilisée, dans la tradition des travaux de Philippe Warin [2016], pour qualifier des situations dans lesquelles des personnes ne bénéficient pas de prestations, d'aides et de services auxquels elles pourraient pourtant prétendre) rythment alors ces trajectoires : la non-demande, la non-proposition et la non-réception. « L'analyse de ces non-recours permet, en effet, d'aborder la question des inégalités sociales de santé, en prenant en compte la position sociale mais aussi l'origine sociale des personnes », le profil-type du patient atteint du cancer du foie étant un homme de plus de 65 ans, avec une cirrhose. C'est ainsi que ce cancer « semble concerner davantage les patients avec une problématique alcoolique, dont les interactions avec les soignants peuvent être le lieu de confrontation avec des normes sanitaires et médicales en contradiction avec leurs comportements. [...] [De même], les personnes plus âgées ou vivant en zones rurales défavorisées ont globalement plus de risque d'accéder à un diagnostic tardif, ainsi que les personnes à faibles revenus ».

Dans ce même champ du renoncement aux soins, ce sont les formes de désaffiliation sociale (telle que la notion a été définie par Robert Castel) des patients qui motivent les travaux de Blandine Legendre, laquelle relève que « plus la personne cumule des difficultés de sociabilité, plus elle est susceptible de renoncer à des soins, quel que soit le motif de renoncement, révélant ainsi l'importance des ressources sociales, au-delà des ressources économiques ». Reprenant également à son compte les acquis des travaux de Philippe Warin, l'autrice s'inscrit résolument dans la tradition durkheimienne de l'analyse des effets de l'intégration sociale et constate que si « le renoncement aux soins est un phénomène multidimensionnel, [...] les privations matérielles, qui excluent des pratiques intégratrices de consommation, et l'isolement social, caractérisé par des interactions sociales limitées », y jouent un rôle prépondérant. Ses hypothèses sont ainsi clairement affichées et revendiquées : « Chacune de ces dimensions, écrit-elle, favorise le renoncement aux soins : les privations matérielles, puisqu'une personne ayant des difficultés à se loger, se nourrir et s'habiller décentement n'aurait, *a fortiori*, pas les moyens d'engager des dépenses de santé, et parce que le stigmate associé à sa situation de dénuement la rendrait moins encline à se rendre chez le médecin, en raison de la distance sociale qui les sépare ; l'isolement social, puisqu'il se traduirait par l'absence de réseau mobilisable pour inciter et faciliter la consommation de soins ». Nourries d'une enquête fouillée mêlant données empiriques de natures quantitative et qualitative, ses conclusions corroborent le questionnement initial : corrélée à « la pauvreté en conditions de vie, [...] la faiblesse des liens sociaux est très liée à tous les types de renoncement, y compris financier, [...] ce dernier résultat trouvant son expression la plus aiguë dans une situation d'exclusion sociale, où le cumul des difficultés vient rompre les liens sociaux et plonge la personne dans une situation de grand dénuement ».

Ce phénomène est aussi le propre des étrangers visés par le processus de catégorisation juridique décortiqué par Claire Bories, qui relève la contribution effective de cet enchaînement à la fabrique des discriminations sociales en santé, « certains malades étrangers rencontrant des difficultés faisant de l'accès aux soins un

véritable parcours du combattant quand d'autres se voient accorder d'importantes facilités dans ce domaine ». Traditionnellement représentés, et de fait stigmatisés, comme un « groupe à risque », les étrangers ne peuvent revendiquer le droit à l'accès aux soins qui se présente alors « plus comme une créance que comme une liberté ». L'accès à la santé étant soumis, en premier lieu, à la régularité du séjour, « des liens explicites se dessinent entre les règles régissant l'accès aux soins et celles de la politique migratoire ». Au-delà, « classer les personnes dans les catégories, c'est les classer pour les identifier, les classer pour les ordonner, les classer pour les désigner en faisant état des différences ». À ce titre, la catégorisation doit être considérée pour ce qu'elle est : « une opération de fabrique des différences [notamment en santé] ; [...] [plus], le support d'une action différenciée qui peut conduire à la hiérarchisation et au tri des étrangers. » Et l'autrice d'alimenter la taxinomie : « Dans la première catégorie, l'on pourrait y ranger les étrangers privilégiés, ceux que l'on veut attirer (main-d'œuvre hautement qualifiée, chercheurs, étudiants, membres de la famille d'un citoyen européen). Dans la deuxième catégorie, il y aurait les étrangers vulnérables, ceux que l'on se doit de protéger (les mineurs isolés, les figures de l'asile, les étrangers malades). Puis, dans la troisième catégorie, viendraient les étrangers ayant un statut beaucoup moins privilégié, parce que seulement tolérés ou non désirés (et risquant de devenir une charge pour la société d'accueil) ». Cet essai de sociologie du droit se conclut par l'analyse du triple effet de ce découpage catégoriel, dont on mesure clairement les incidences en matière d'inégalités sociales de santé : « d'abord, un effet d'accoutumance à l'idée selon laquelle les étrangers, parce qu'ils relèvent de catégories différentes, ne sont pas tous les mêmes ; puis, un effet de légitimation quant à leur traitement différencié opéré par l'autorité législative, d'abord par rapport aux nationaux, puis les uns par rapport aux autres ; enfin, un effet d'enfermement dans un statut. »

Les « femmes enceintes mises en situation de précarité » étudiées, et accompagnées, par Clélia Gasquet-Blanchard et Raphaël Moine apparaissent, sans ambiguïtés possibles, comme les figures expiatoires du processus dévoilé par leur voisine immédiate de sommaire. En résonance sociale directe avec l'analyse juridique de Claire Bories, les auteurs présentent en effet « les trajectoires de femmes primo-arrivantes enceintes confrontées à des expériences de précarité aiguë mettant en lumière le fait que les contextes d'errance administrative et d'hébergement participent à des conditions de santé dégradées qui illustrent une fabrique programmée des inégalités de santé ». Condamnées à « une vie mobile et avec ses sacs » et exposées à des « violences protéiformes », les femmes enceintes et jeunes mères vivant dans la rue, et leurs enfants avec elles, ne s'apparentent plus à « une urgence médicale ». Victimes de « la pénurie organisée des possibilités d'accompagnement médical et social [...], du démantèlement du service public et du développement de dispositifs spécifiques au détriment du droit commun », elles interrogent « les fondements moraux d'une société néolibérale [...] participant, sous couvert d'une politique d'aller-vers ces publics [...], à une politique programmée d'invisibilisation et de mise en marge » de ces derniers. Cette gestion de « l'ultra-précarité » est génératrice d'une « mise en risque programmée » : exposition de

la mère, des enfants et de la famille à d'importants problèmes de santé psychique et somatique ; « psychiatrisation de la détresse sociale des femmes assignées au statut de mauvaises mères » ; recours à « la prostitution occasionnelle présentée comme un facteur protecteur et un choix (relation sexuelle consentie donnant accès à un hébergement temporaire) face aux risques encourus en dormant à la rue (exposition au viol ou à d'autres types de violence) ». Devant l'ampleur tragique des situations endurées, Clélia Gasquet-Blanchard et Raphaël Moine en appellent à « un positionnement engagé, moral, éthique et politique face à la déconsidération assumée du lien social ».

Toutefois, aucune échappatoire ne semble possible, le processus opérant jusqu'à la mort et ses au-delà ! L'autrice du *Gouvernement contemporain de la naissance et de la mort* (soit le sous-titre de *Faire vivre et laisser mourir*) s'impose ici tant elle fait admirablement le lien entre ce qui précède et « l'inégalité devant les funérailles » qu'elle ausculte pour sa part. Dominique Memmi s'interroge, en effet, sur le « pouvoir classant de la mort » et constate que la généralisation de l'usage public consistant à « segmenter socialement les usagers, matériellement et symboliquement [vaut également] [...] pour les soins au corps *post mortem* ». Si la prise en charge des corps morts a longtemps été considérée comme un « bien commun », elle est aujourd'hui l'objet d'une forme de « re-segmentation sociale ». Le « traitement hiérarchisé des morts » se concrétise en la « création récente d'une troisième classe au cœur du service public d'accompagnement des morts [...] [complétée] d'une mise à distance géographique [d'avec les vivants], d'une ségrégation patrimoniale et esthétique [des cimetières] et d'une libéralisation des tarifs ».

La production politique de la santé

Que la santé constitue un « espace politique » traversé de rapports de domination rigoureusement structurants est une affaire entendue : sa généalogie en a été dressée magistralement (Fassin, 1996). Là où la production politique de la santé nous intéresse singulièrement, c'est en ce qu'elle peut également donner lieu à des formes alternatives d'alimentation effective du processus général, quitte à le malmenier, à sa marge certes, mais de façon revigorante, enthousiasmante et, pourquoi pas, radicale. Soit la touche optimiste, en sa troisième partie, de notre dossier.

Aussi Nadine Haschar-Noé et Jean-Charles Basson s'emploient-ils à entretenir la flamme d'une autre option possible, convaincus qu'ils sont du fait que les portraits de parcours des médiateurs pairs de la Case de Santé de Toulouse qu'ils reconstituent annoncent une forme prometteuse et originale de *Faire [et de refaire] de la santé publique* (Fassin, 2008) ou, plus précisément, de la santé communautaire au cœur du régime républicain « à la française » en crise. Leur proposition consiste à comprendre en quoi les trajectoires de vie des médiateurs mobilisés, leurs socialisations incorporées et leurs expériences passées leur permettent de se construire un *ethos* d'agents socialisateurs en santé des publics vulnérables qu'ils accompagnent. Prenant appui sur les récits de leurs parcours biographiques, leurs portraits configurationnels inspirés des travaux respectifs de

Bernard Lahire et Stéphane Beaud attestent que l'engagement dans ce nouveau métier nécessite, d'une part, que les médiateurs se (re)construisent après les ruptures biographiques subies au cours de leurs trajectoires de vie et, d'autre part, qu'ils parviennent à faire en sorte de combiner dispositions antérieures, expériences vécues de la domination et construction de nouvelles ressources de proximité pour parvenir à agir et s'investir dans les situations présentes au sein de l'association communautaire toulousaine. À une première étape caractérisée par une série de déplacements et de déclassements succède alors une seconde consistant à « se poser » et « se refaire » afin de participer activement à la contestation politique des ordres sanitaire et, qui plus est, social établis, lesquels contribuent au bon entretien de la fabrique des inégalités en santé, dans l'ensemble des sphères de la vie individuelle et collective.

L'une des mobilisations des dernières années de l'organisation communautaire de Toulouse a consisté à lutter pour l'amélioration des conditions de vie et l'accès aux droits des *chibanis*. Issu de l'arabe maghrébin signifiant « cheveux blancs » (soit les personnes âgées), le terme désigne les travailleurs, majoritairement d'origine algérienne, émigrés en France en célibataires durant la première décennie des Trente Glorieuses sans possibilités d'accéder à une situation stable, ni de faire venir leur famille, et qui parviennent à la retraite dans des conditions sociales et sanitaires très précaires. Ce sont ces *chibanis* résidant en foyers à Nanterre auxquels s'intéresse Christine Pedrero qui entend « saisir les spécificités du foyer comme lieu de vie et ses effets sur l'état de santé et le recours aux soins ». Elle s'interroge ainsi sur les « indicateurs plus défavorables observés dans la population vivant en foyer au regard de celle résidant en habitat classique : couverture de santé moins étendue, recours moindre aux médecins spécialistes, plus forte proportion de personnes précaires... ». À l'issue de son enquête ethnographique, elle note que « le cadre social et spatial » que constitue le foyer en tant que lieu d'habitation, de même que « le réseau social » qu'il permet d'entretenir et « le rapport à la ville » qu'il induit participent à la fabrique des inégalités sociales de santé pour la raison simple que la vie en foyers de travailleurs immigrés est organisée selon de puissants « mécanismes territoriaux d'exclusion sociale ». Logement transitoire qui dure et qui est fait de « lieux vétustes, d'espaces collectifs peu conviviaux et [...] d'espaces personnels peu intimes et étroits tendant à restreindre les visites », « territoire de vie autonome » concentré autour de certains points situés « en-dehors de la ville », le foyer devient « élément de rupture » quand le départ en retraite du « résident » est acté. Au bout du compte, ce lieu de vie présente toutes les caractéristiques à même de « favoriser le mal-être, l'isolement et le sentiment d'insécurité [...] et de constituer un réel frein dans la prise en charge de personnes ayant besoin d'aide ».

Un air de parenté associe pleinement les trois points de vue qui suivent immédiatement ces deux articles et s'en rapprochent de fait, offrant de nombreux exemples de formes alternatives de production politique de la santé et dessinant, du même mouvement, l'espace des collaborations en cours de construction, tant du point de vue des recherches (dont les cadres de pensée sont très proches) que des actions de terrain (nonobstant la variété des différents contextes institutionnels, politiques

et sanitaires), de Toulouse à ce qu'il reste de la « ceinture rouge » de Paris, en passant par Montréal et la Belgique, sans oublier Marseille, Grenoble-Échirolles et la Catalogne du nord et du sud, pour ne citer que quelques territoires d'expérimentation sociale en santé dont nous sommes les plus proches. La part belle est faite, respectivement, aux maisons et centres de santé, à la médecine sociale des quartiers populaires urbains et au volet communautaire de la santé publique qui nous ramène au texte de Nadine Haschar-Noé et Jean-Charles Basson et nous permet de boucler la boucle.

Les maisons et centres de santé sont analysés par Nadège Vezinat qui y voit autant de contre-conduites foucaaldiennes « offrant une réponse aux dysfonctionnements liés à l'exercice libéral de la médecine [...] ». À l'ère du gouvernement des conduites individuelles où chaque patient est responsable de son capital santé qu'il doit participer à défendre activement selon les principes d'*empowerment* et de mise en œuvre d'un projet », elle estime que « l'organisation d'actions de santé publique à un niveau collectif et coordonné » s'apparente, en effet, aux formes critiques de production politique de la santé dont nous entreprenons le recensement, l'étude et la valorisation. Entendant dépasser la « dynamique réparatrice plutôt que correctrice » des nombreuses initiatives locales, privées, associatives ou municipales qui se « multiplient sur nos territoires » au cœur des espaces laissés vacants par le retrait de la puissance publique, l'auteurice pense qu'il « est temps que le devoir de solidarité (porté par des organisations de l'économie sociale et solidaire, des fondations et autres structures philanthropiques) redevienne véritablement une dette de solidarité pour que la lutte contre les inégalités sociales ne soit plus traitée comme une problématique individuelle ou territorialisée, dépendante du bon vouloir d'acteurs publics comme privés, mais comme un processus collectif et social ayant des implications directes sur les services publics offerts à la société dans son ensemble ».

S'inscrivant parfaitement dans le projet politique général de sa collègue, Laure Pitti en appelle également à un « renouveau » : celui de la médecine sociale en France aujourd'hui. Ainsi propose-t-elle de partir de l'énigme suivante : alors que « beaucoup de quartiers populaires en banlieue des grandes villes sont devenus des déserts médicaux urbains, [...] depuis une dizaine d'années, c'est précisément dans ces quartiers que se créent des centres de santé, portés par des équipes de soins primaires, qui ont en commun de développer une médecine sociale et une approche dite communautaire des soins et de la santé ». Empruntant également à Foucault, incontournable dans le champ, l'auteurice note que si cette médecine sociale « est l'instrument du gouvernement des corps et du contrôle de la société sur les individus, elle est aussi, symétriquement, le vecteur d'une contestation sociale dès le milieu du XIX^e siècle » et constitue, à ce titre, une autre forme alternative de production politique de la santé « s'incarnant en particulier dans des expériences contestataires du modèle médical et sanitaire dominant – curatif, bioclinique, isolé, voire libéral ». Au sein des cabinets de groupe, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé municipaux ou associatifs investis, la mobilisation suit les orientations suivantes : « exercice pluriprofessionnel, accueil et prise en charge systématiquement médico-sociale ; association des

usagers et usagères à la vie du centre de santé ; en somme, pratique de la médecine générale comme médecine sociale et de la médecine sociale comme critique sociale », le tout au sein des quartiers populaires qui « constituent les lieux par excellence de l'inscription spatiale de la contestation médicale [...] inspirée du premier centre de santé communautaire, celui de la Case de Santé à Toulouse ».

« Santé communautaire », « santé publique », « territoires populaires », « participation des usagers » et « gouvernement des conduites », les travaux menés par Audrey Mariette cochent les mêmes cases de l'analyse de la politisation de la santé proposée ici. Traçant « les catégories, les pratiques et les agents en circulation entre la France, le Québec et la Belgique », elle traque « les conditions de développement et de structuration [...], à différentes échelles (internationale, transnationale, nationale, locale), du mouvement d'incitation à la participation des usagers du système de santé aux politiques de santé, tout particulièrement dans les quartiers populaires ». L'autrice porte alors son attention sur une série d'agents intermédiaires qui sont « conjointement des relais des injonctions nationales en matière de gouvernement des populations et des coproducteurs d'une santé publique locale intégrant, dans certains cas, une critique sociale ». Ainsi s'interroge-t-elle, plus particulièrement, sur la dimension « communautaire » de leurs activités. Reprenant à son compte l'acception québécoise du terme qui qualifie « le secteur associatif implanté dans un quartier, réunissant des habitants autour de la défense des droits d'une « communauté » définie par le territoire », elle rejette, du même mouvement, le « communautarisme ethnique » agité par la majorité des acteurs publics français comme « repoussoir ». Confrontés à cette même tension qui est le simple produit du modèle français d'intégration citoyenne et républicaine (pourtant largement défaillant), pour notre part, nous entendons encore Louise Potvin, Carole Clavier et Janie Houle, entre autres partenaires régulières de recherche, nous expliquer, dans des termes approchants, que « chez elles », soit à Montréal, la santé communautaire telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui n'est rien d'autre qu'une forme de santé publique, voire la santé publique elle-même.

Enfin, nous avons plaisir à clore cette troisième partie de notre dossier par le point de vue de Frédéric Pierru. En effet, qui mieux que le coauteur du *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire* peut livrer un propos conclusif sur la production politique de la santé ? Consacrant sa réflexion aux « portraits croisés de trois intellectuels spécifiques », au sens de Foucault (encore lui !), parmi lesquels il a la pudeur et la modestie de ne pas s'inscrire malgré ses états de service en la matière, il cherche à comprendre pourquoi « les inégalités sociales changent de sens : au lieu d'être des anomalies qu'il convient de combattre par des politiques publiques volontaristes, comme elles l'étaient dans le paradigme keynésiano-fordiste, elles sont désormais perçues comme des facteurs de dynamisme économique ». Toutefois, si « l'équité, l'égalité des chances ou encore l'exclusion remplacent l'exploitation de la lutte des classes dans les catégories dominantes du débat public » contemporain relatif à la santé notamment, trois chercheurs, choisis « de façon arbitraire », restent « scandalisés par l'inégalité des vies ». Aussi l'auteur se propose-t-il de restituer comment ils ont tenté « d'ouvrir une brèche dans les rapports de force et de sens qui structurent les politiques publiques de

santé afin d'y imposer une conception alternative de l'action publique, moins médico-centrée, plus populationnelle et surtout attentive au gradient social de santé ». Le chercheur en épidémiologie sociale Thierry Lang (le « plus savant » d'entre eux), la sociologue Annie Thébaud-Mony (la « plus critique ») et le chimiste et toxicologue André Cicolella (incarnant la « posture intermédiaire ») présentent le « point commun principal d'appartenir à une petite communauté de chercheurs français qui cherchent depuis plus de trente ans, à contourner le déni d'agenda des institutions, qu'elles soient scientifiques ou politiques, en matière d'inégalités sociales de santé ». Pour notre part, nous nous permettons ici de rendre hommage, plus spécifiquement, au travail pionnier de Thierry Lang que nous entendons poursuivre, à notre manière, à la tête de l'IFERISS de Toulouse : en mettant résolument l'accent sur la dimension proprement sociale de la fabrique des discriminations et des dominations en santé.

Retour vers le futur : Foucault et le Covid-19

En ces temps mauvais d'épidémie de Covid-19, nous estimons, pour finir très provisoirement, que le retour à Foucault (régulièrement convoqué dans notre avant-propos qui prend ses aises) s'impose car, par-delà la consigne de « distanciation physique », c'est bien de « distanciation sociale » dont il est précisément question ici ! Maladresse de communication publique ou relâchement sémantique malheureux, et de surcroît révélateur du « refus de se mêler à d'autres classes sociales » – tel qu'épinglé par le *Dictionnaire de l'Académie française*, l'entreprise d'euphémisation de la seconde par la première ne dupe personne. « Il ne saurait y avoir de médecine des épidémies que doublée d'une police », écrit l'auteur de *Naissance de la clinique* (Foucault, 2017 [1963], 48). *Via* « l'expérience » de la pathologie des épidémies de la fin du XVIII^e siècle, Michel Foucault estime que se trouve posée, en France, « l'exigence de la définition d'un statut politique de la médecine et la constitution, à l'échelle d'un État, d'une conscience médicale chargée d'une tâche constante d'information, de contrôle et de contrainte » (Foucault, 2017 [1963], 49).

Mode singulier de conceptualisation du fait pathologique, la médecine des épidémies s'institutionnalise, à l'époque, en une organisation centralisée dotée d'un puissant appareillage bureaucratique de telle façon que « l'espace médical peut [alors] coïncider avec l'espace social, ou plutôt le traverser et le pénétrer entièrement » (Foucault, 2017 [1963], 55). Elle assure « le contrôle statistique de la santé », établit « l'état civil de la pathologie » et incarne « l'organe officiel d'une conscience collective des phénomènes pathologiques, conscience qui se déploie au niveau de l'expérience comme au niveau du savoir, dans la forme cosmopolitique comme dans l'espace de la nation » (Foucault, 2017 [1963], 51-52). Autant dire que nous sommes en plein dans la fabrique des inégalités sociales de santé ! Foucault le confirme, d'une certaine manière, en indiquant que cette « forme de

perception médicale est un des éléments constitutifs de l'expérience clinique » (Foucault, 2017 [1963], 52) qui caractérise l'époque contemporaine.

En effet, comment ne pas faire le lien immédiat et particulièrement éclairant entre cette analyse et la situation engendrée par l'épidémie de Covid-19 qui voit aujourd'hui, à nouveau, « une conscience médicale généralisée, diffuse dans l'espace et dans le temps, ouverte et mobile, liée à chaque existence individuelle » (Foucault, 2017 [1963], 55-56) accéder ainsi au « style nouveau de totalisation » (Foucault, 2017 [1963], 52) qui autorise l'encadrement des modes de vie et l'enrèglement des mœurs. Sous couvert d'état d'urgence sanitaire, de convocations régulières du Conseil de défense sanitaire, de passe sanitaire, d'impératifs pandémiques et de normation des conduites les plus triviales qui fondent et régulent nos vies contemporaines, en même temps qu'elles leur donnent sens et valeurs, dans leurs espaces-temps les plus infimes et intimes, la fabrique des inégalités sociales de santé tourne présentement à plein. Elle se trouve revigorée par les dispositifs foucauldien de conditionnement-confinement-enfermement induits par le Covid-19, sans compter les multiples effets pernicieux que ces derniers ne manquent pas de générer et dont la plénitude cumulative des conséquences tragiques est à suivre.

Puisse ce dossier contribuer à en prendre la mesure et appeler à la mobilisation contre un processus « délétère » – terme emprunté à la médecine que nous reprenons à dessein au sens où il qualifie un mouvement nuisible qui altère et décompose, détériore et gâte, autant physiquement que moralement, la société considérée en tant que corps – qu'il s'agit d'enrayer dans un réflexe politique d'inspiration néo-luddiste consistant à briser la machine implacable et inhumaine de production des discriminations en santé. Si « nous sommes en guerre », nul doute que cette dernière opère déjà sur ce front et que « l'ennemi est là », clairement visible et saisissable¹. Il semble bien, en effet, que la « sorte d'individualité historique » (Foucault, 2017 [1963], 47) qui fonde l'épidémie durable que nous traversons réside dans sa propension inlassable à donner du grain à moudre à la fabrique des inégalités sociales de santé ! C'est au prix de la lutte résolue contre ses travers les plus funestes et iniques qu'il sera alors possible d'attendre patiemment l'avènement « d'une société enfin libre, où les inégalités sont apaisées, où règne la concorde [et dans laquelle] le médecin n'aura plus qu'un rôle transitoire à jouer : donner au législateur et au citoyen des conseils pour l'équilibre du cœur et du corps » (Foucault, 2017 [1963], 59). Nous n'y sommes pas !

Notre dernier mot est pour Aurore Lambert, secrétaire générale de la revue, sans qui ce dossier n'existerait pas. Qu'elle soit ici chaleureusement remerciée pour son soutien indéfectible et éclairé et pour sa collaboration obligeante et généreuse !

Toulouse, le 31 juillet 2021.

1. Sur un ton martial annonçant un régime d'exception, dans son allocution télévisée du 16 mars 2020, Emmanuel Macron répète, par six fois, l'expression « nous sommes en guerre », ajoutant que « l'ennemi est là, invisible, insaisissable et qui progresse. Cela requiert notre mobilisation générale », [en ligne] www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19.

Références bibliographiques

- Aïach P. (2010a)**, *Les inégalités sociales de santé, Écrits*, Paris, Économica.
- Aïach P. (2010b)**, « Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants », in Halpern C. (dir.), *La santé. Un enjeu de société*, Auxerre, Sciences humaines éditions, p. 169-176.
- Aïach P., Fassin D. (2004)**, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, n° 54, p. 2221-2227.
- Arborio A.-M., Lechien M.-H. (2019)**, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, n° 1, vol. 10, p. 91-110.
- Arnstein S. (1969)**, « A Ladder of Citizen Participation », *Journal of the American Institute of Planners*, vol. 35, issue 4, p. 216-224.
- Basson J.-C., Génolini J.-P. (2021)**, « Ethnographie classificatoire de la participation citoyenne en santé. Une innovation sociale majeure ? Le programme *Ciné ma santé* des quartiers nord de Toulouse (France) », *Innovations*, n° 65, p. 163-187.
- Basson J.-C., Haschar-Noé N. (dir.), avec le soutien de Marquis C. (2021)**, *La fabrique des inégalités sociales de santé. Livre des résumés du symposium international FAB.ISS 2020-2021*, Toulouse, IFERISS.
- Basson J.-C., Haschar-Noé N., Honta M. (2013)**, « Toulouse, une figure urbaine de la santé publique. À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61S2, p. 81-88.
- Basson J.-C., Haschar-Noé N., Lang T. et al. (2021)**, « Recherche interventionnelle en santé des populations et lutte contre les inégalités sociales de santé : les partenariats en train de se faire de la Case de Santé de Toulouse, France », *Global Health Promotion*, vol. 28, supp. 1, p. 24-30.
- Basson J.-C., Honta M. (2018)**, « Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse », *Terrains & Travaux*, n° 32, p. 129-153.
- Berger P., Luckmann T. (2012) [1966]**, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.
- Bergeron H., Castel P. (2014)**, *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses universitaires de France.
- Boltanski L. (1971)**, « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, n° 1, p. 205-233.
- Bourdieu P. (1979)**, *La Distinction*, Paris, Minuit.
- Carricaburu D., Cohen P. (2002)**, « L'anthropologie de la santé. Une pratique engagée de la recherche. Entretien avec Didier Fassin », *Innovations et Sociétés*, n° 2, p. 9-16.
- Cartier M., Coutant I., Masclat O. et al. (2015)**, *Sociologie des classes populaires contemporaines*, Paris, Armand Colin.
- Dubois V. (2012)**, « Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et Action Publique*, vol. 1, n° 1, p. 83-101.
- Elbaum M. (2006)**, « Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 55, n° 1, p. 47-54.
- Elias N. (1973)**, *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.

Fassin D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France.

Fassin D. (2000), *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.

Fassin D. (2008), *Faire de la santé publique*, Paris, EHESS.

Fassin D., Memmi D. (2004), « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in Fassin D., Memmi D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS, p. 9-33.

Foucault M. (2004), *Naissance de la biopolitique*. Cours au collège de France (1978-1979), Paris, Gallimard-Seuil.

Foucault M. (2017) [1963], *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France.

Galerand E., Kergoat D. (2014), « Consubstantialité vs intersectionnalité ? À propos de l'imbrication des rapports sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n° 2, p. 44-61.

Gelly M., Mariette A., Pitti L. (2021), « Santé critique. Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 236-237, p. 4-19.

Haschar-Noé N., Basson J.-C. (2019), « Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social. Un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé. La Case de Santé de Toulouse (France) », *Innovations. Revue d'économie et de management de l'innovation / Journal of Innovation Economics & Management*, n° 60, p. 121-144.

Haschar-Noé N., Basson J.-C., Mayère A. (2020), « Travail infirmier à distance et articulation de la trajectoire des patient-e-s. Dispositifs de suivi en oncologie et pertinence sociale des soins », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars, p. 363-383.

Haschar-Noé N., Lang T. (dir.) (2017), *Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*, Toulouse, Presses universitaires du Midi.

Haut Conseil de la santé publique (2010), *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Paris, La Documentation française.

Hertzman C. (2012), « Putting the Concept of Biological Embedding in Historical Perspective », *Proceeding of the National Academy of Sciences*, vol. 109, supp. 2, p. 17160-17167.

Honta M., Basson J.-C. (2015), « Healthy Cities : A New Political Territory. An Analysis of Local Health Care Governance in the City of Bordeaux », *French Politics*, vol. 13, n° 2, p. 157-174.

Honta M., Basson J.-C. (2017), « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique », *Gouvernement et Action publique*, vol. 6, n° 2, p. 63-82.

Honta M., Basson J.-C., Jaksic M. et al. (2018), « Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé. Introduction », *Terrains & Travaux*, n° 32, p. 5-29.

Honta M., Basson J.-C., Sallé L. (2015), « The Fight Against Physical Inactivity at the Local Level. Urban Governance and Fragile Partnerships. The Case of the City of Bordeaux (France) », *Journal of Sport and Health*, vol. 6, issue 1, p. 7-17.

Jourdan D., O'Neill M., Dupéré S. et al. (2012), « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé publique*, vol. 24, p. 165-178.

Kelly-Irving M. (2021), « La construction des inégalités sociales de santé. Ce que l'épidémiologie sait (et ne sait pas) », in Basson J.-C., Haschar-Noé N. (dir.), *La fabrique des inégalités sociales de santé. Livre des résumés du symposium international FAB.ISS 2020-2021*, Toulouse, IFERISS, p. 11-13.

Krieger N. (2001), « Theories for Social Epidemiology in the 21st Century : an Ecosocial Perspective », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, p. 668-677.

- Lagroye J. (2003)**, « Les processus de politisation », in Lagroye J. (dir.), *La Politisation*, Paris, Belin, p. 359-372.
- Lahire B. (2002)**, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Nathan.
- Lang T. (1993)**, « Maladies cardiovasculaires : inégalités de santé et stratégies de prévention », thèse de doctorat en pharmacie, sous la direction de P. Ducimetière, Paris 11.
- Lang T. (dir.) (2010)**, « Les inégalités sociales de santé. Dossier », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 73, 7-57.
- Lang T. (2014)**, « Inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, p. 31-38.
- Lang T. (2021)**, « Les inégalités sociales de santé à l'ère de la COVID-19 », in Basson J.-C., Haschar-Noé N. (dir.), *La fabrique des inégalités sociales de santé. Livre des résumés du symposium international FAB.ISS 2020-2021*, Toulouse, IFRISS, p. 14-16.
- Lang T., Kelly-Irving M., Delpierre C. (2009)**, « Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 57, n° 6, p. 429-435.
- Lang T., Kelly-Irving M., Lamy S. et al. (2016)**, « Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? », *Santé publique*, vol. 28, p. 169-179.
- Lang T., Ulrich V. (2017)**, *Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, Paris, ministère des Solidarités et de la Santé.
- Laverack G., Manoncourt E. (2016)**, « Key Experiences of Community Engagement and Social Mobilization in the Ebola Response », *Global Health Promotion*, vol. 23, issue 1, p. 86-94.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. et al. (2000)**, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.
- Leclerc A., Kaminski M., Lang T. (2008)**, *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte.
- Loretti A. (2021)**, *La fabrique des inégalités sociales de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Mackenbach J.-P. (2017)**, « Trends in Inequalities in Mortality Amenable to Health Care in 17 European Countries », *Health Affairs*, vol. 36, n° 6, p. 1110-1118.
- Warin P. (2016)**, *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.