

RFAS

Revue française des affaires sociales

Appel à contribution pluridisciplinaire sur :

La fabrique des inégalités sociales de santé

Pour le numéro de juillet-septembre 2021 de la RFAS

Le dossier sera coordonné par :

Jean-Charles Basson, Politiste, directeur de l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS, FED 4142), directeur-adjoint du Centre de Recherches Sciences Sociales Sports et Corps (CreSco, EA 7419), chercheur au Laboratoire d'Épidémiologie et Analyses en Santé Publique (LEASP-EQUITY, UMR INSERM 1027) et au Laboratoire des Sciences Sociales du Politique (LaSSP, EA 4175), Université de Toulouse,

Nadine Haschar-Noé, Sociologue, chercheuse à l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS, FED 4142), au Centre de Recherches Sciences Sociales Sports et Corps (CreSco, EA 7419) et au Laboratoire des Sciences Sociales du Politique (LaSSP, EA 4175), Université de Toulouse,

Marina Honta, Sociologue, chercheuse au Centre Émile Durkheim (UMR CNRS 5116), Université de Bordeaux.

Cet appel à contribution s'adresse aux chercheurs en sociologie, science politique, géographie, démographie, anthropologie, santé publique, économie, gestion, droit, ainsi qu'aux acteurs du champ sanitaire et médico-social.

Les articles sont attendus avant le lundi 29 mars 2021

Les désormais tragiquement célèbres inégalités sociales de santé (ISS, selon l'acronyme unanimement repris) 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. La liste est longue, et pourtant incomplète, des travaux pionniers aux productions récentes (Lang, 1993 ; Leclerc, Fassin, Grandjean, Kaminski, Lang, 2000 ; Aïach, Fassin, 2004 ; Elbaum, 2006 ; Leclerc, Kaminski, Lang, 2008 ; Lang, Kelly-Irving, Delpierre, 2009 ; Haut conseil de la santé publique, 2010 ; Lang, 2010 ; Aïach, 2010a ; Aïach, 2010b ; Lang, 2014 ; Lang, Kelly-Irving, Lamy, Lepage, Delpierre, 2016 ; Lang, Ulrich, 2017 ; Haschar-Noé, Lang, 2017) dont la somme atteste que les ISS font l'objet d'incorporation biologique (Krieger, 2001 ; Hertzman, 2012), et ce tout au long de la vie des personnes.

Ainsi est-il acquis que « des phénomènes biologiques aussi divers que la santé et la nutrition maternelle, les différentes infections de l'enfance, les vaccinations et les facteurs de stress s'articulent à des processus sociaux tels que le niveau socio-économique des parents ou leurs accès aux services de santé. [...] [De telle façon que], si la vie entière a été un cumul de désavantages, les efforts pour réparer les dommages de la vie antérieure nécessiteront des efforts importants » (Lang, 2010), étant entendu que « l'organisation sociale distribue les avantages et les privilèges d'un côté et les désavantages et handicaps de l'autre » (Aïach, 2010b). Mais quels sont donc ces processus sociaux et cette organisation également sociale qui ordonnent aussi implacablement l'octroi des avantages et privilèges aux uns et l'assignation des désavantages, dommages et handicaps aux autres ? Selon quels procédés et logiques, cette répartition des inégalités sociales, ainsi médicalement connotées, opère-telle ?

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

À coup sûr, ces questions méritent d'être posées car « le passage des faits structurels, caractérisant la société, aux réalités observées de la santé demeure relativement obscur : l'analyse des inégalités ne livre pas la clé des mécanismes par lesquels des transformations macroéconomiques et macro-sociales influent sur les comportements à risque ou des pratiques de prévention, sur des taux de mortalité ou de morbidité » (Leclerc, Fassin, Grandjean, Kaminski, Lang, 2000). Introduite et validée par les épidémiologistes les plus au fait des considérations sociologiques, tout se passe comme si la qualité « sociale » prêtée aux inégalités de santé était largement impensée quant à ses significations multiples et implications directes. Il semble que 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 semblent, 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 revient, tant bien que mal, de composer. Il s'agit là manifestement d'un angle mort de l'analyse dominante en la matière que la revue *Agone* a entrepris de vivifier en révélant que la santé avait la propension à « décupler les inégalités » (2016) sociales.

De la même façon, considérer métaphysiquement que « la situation des ISS soulève des questions essentielles comme la vie, la mort ou la justice qui semblent oubliées » (Lang, 2014) et invoquer ainsi les valeurs inspirées du processus historique de civilisation éliasien

(Elias, 1973) pour se demander s'il ne faut pas voir dans cette omission « un déni devant un fait qui dérange le mythe de l'égalité » (Lang, 2014) est une chose parfaitement estimable, par ailleurs impérative. Entreprendre l'analyse des ressorts de la production des dites ISS en est une autre, plus triviale et laborieuse. Car si « les inégalités sociales de santé résultent de processus complexes qui se produisent aussi bien dans l'espace social que dans le champ biologique [...] et sont le produit subtil des autres inégalités sociales qui caractérisent une société à un moment de son histoire » (Aïach, 2010b), c'est à la mise au jour des complexité et subtilité sociales de la construction des inégalités de santé que nous proposons d'œuvrer collectivement.

Toutefois, deux apports majeurs sont à porter à l'actif des recherches engagées sur les ISS depuis une trentaine d'années : le gradient social et les déterminants de santé. Selon le premier, un continuum fait correspondre la santé des individus à la position sociale occupée respectivement par chacun d'entre eux (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, Smith, 2006 ; Cambois, Laborde, Robine, 2008 ; Garès, Panico, Castagné, Delpierre, Kelly-Irving, 2017 ; Mackenbach, 2017). Ainsi « la plupart des indicateurs de santé (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, santé perçue, adoption de comportements favorables à la santé, utilisation du système de santé...) se dégradent-ils en allant des catégories sociales les plus favorisées aux plus défavorisées » (Lang, Ulrich, 2017). Pour leur part, les multiples déterminants de santé dégagés par la recherche font l'objet d'une répartition en « trois grandes familles » : les déterminants socio-économiques ; les comportements de santé ; le système de soins et de prévention médicalisée. Considérés comme dépendants les uns des autres, « ils forment de véritables chaînes de causalité et s'accumulent [...] au cours de la vie » (Lang, Ulrich, 2017).

Considérant qu'il y a là des acquis sur lesquels une analyse de la construction sociale des inégalités de santé peut, d'une part, prendre appui et, d'autre part, se proposer de les tester, nous nous rangeons 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, 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, 2002). Corps social et ordre social étant incontestablement des pistes heuristiques et empiriques pour donner, respectivement, à penser et à voir « l'origine et les fondements des inégalités sociales de santé » (Aïach, Fassin, 2004), nous avançons que, épidémiologiquement pointées, les ISS sont sociologiquement, politiquement, géographiquement, démographiquement, anthropologiquement, juridiquement, économiquement, culturellement et corporellement, notamment, construites.

Aussi le recours au vaste spectre des sciences sociales invite-t-il au croisement disciplinaire des concepts et des écoles, des méthodes et des objets, des données et des terrains à même de passer au crible les déterminants cumulatifs de la production sociale et territorialisée des inégalités de santé. Nous gageons, en effet, que les combinaison et confrontation des analyses, de surcroît menées à l'échelle internationale, alors que les enseignements de la Covid-19 sont encore à tirer, permettront de caractériser le processus général de fabrication des dominations et des discriminations sociales en santé et, ce faisant, de dévoiler les conditions de perpétuation et d'accroissement de ce dernier, afin de mieux l'enrayer. Car il est un point qu'il reste à investir afin de mieux comprendre les ISS et, de fait, entreprendre de les réduire : les logiques multiples, complexes et enchâssées de leur implacable et méticuleuse fabrique.

2. La construction sociale des inégalités de santé

En premier lieu, les sciences sociales convoquées ici visent à confirmer par l'analyse que c'est d'inégalités socialement construites dont il est question, car « être riche, instruit et en bonne santé n'est pas une option qu'on aurait à choisir parmi d'autres possibles. C'est bien parce que la richesse est plus enviable que la pauvreté, que l'instruction et les savoirs sont mieux considérés que l'absence d'instruction et l'ignorance, et que la bonne santé est préférable à la mauvaise santé qu'il n'est pas seulement question de *différences* sociales entre riches et pauvres, instruits et non-instruits, personnes en bonne santé ou personnes souffrantes ou diminuées, mais bien d'*inégalités* » (Lahire, 2019), que ces dernières soient de santé ou d'autres ordres qui vont se renforçant les uns les autres. S'il est acquis que ces inégalités trouvent les fondements et ferments de leur reproduction dans la structure de l'organisation sociale au sein de laquelle elles opèrent, les étudier suppose de considérer de près la dimension politique des rapports sociaux qui président à leur construction. 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'accroissement des ISS sont ainsi à intégrer aux analyses attendues.

Plus précisément, proposer de dévoiler les ressorts de la fabrique des inégalités sociales de santé, c'est choisir délibérément de placer 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 où la fabrication, l'entretien et le renouvellement des ISS 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 *process* s'accomplit : selon quels mécanismes structurants, quelles conditions et dynamiques essentielles, quelles modalités et pratiques, quels usages et conduites, quelles expériences et occasions. 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/et de génération (ces rapports étant pensés, selon l'approche intersectionnelle (Galerand, 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 ISS. 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.

Par ailleurs, les modalités de fabrication du gouvernement des corps (Foucault, 2004 ; Fassin, Memmi, 2004 ; Honta, Basson, Jaksic, Le Noé, 2018) et, ce faisant, du gouvernement de la santé (Basson, Haschar-Noé, Honta, 2013 ; Honta, Basson, 2015 et 2017) sont également à considérer de près pour leur propension à alimenter le processus de construction et d'approfondissement des ISS. 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 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 éliasiennne (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 impactés 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 jouent des 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, Honta, 2018) dont « les classes populaires contemporaines » (Cartier, Coutant, Masclet, Renahy, Siblot, 2015 ; Arborio, 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 ISS 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 impactant la vie quotidienne, le recours de plus en plus fréquent à l'hospitalisation à domicile et la pandémie de la Covid-19 caractérisée par la confusion largement pratiquée des registres de l'ordre sanitaire et de l'ordre public.

Si l'incorporation sociale des inégalités assure la fonction de « production politique de la santé » (Fassin, 2002), celle-ci peut également donner lieu à des formes alternatives de contribution effective au processus général, quitte à le malmener. 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 « le mécanisme de requalification des objectifs assignés à l'action deviennent politiques dans une sorte de reconversion – partielle ou totale – des finalités qui leurs sont assignées, des effets qui en sont attendus et des justifications qu'on peut en donner » (Lagroye, 2003). C'est précisément ce qui se joue en matière de santé.

3. Des formes alternatives de « production politique de la santé »

Si proposer d'étudier « la construction sociale de la réalité » (Berger, Luckmann, 2012 [1966]) des inégalités de santé revient à tenter de contrecarrer l'emprise totalisante du filtre biomédical sur la perception et l'analyse de ces dernières, nous nous gardons bien, en retour, de contribuer à transformer le constructivisme en dogme régentant invariablement l'étude des ISS. En effet, en référence directe à cet ouvrage majeur et aux déclinaisons auxquelles il donne lieu aujourd'hui encore, il s'agit 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, Luckmann, 2012 [1966]).

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. 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 ISS, 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, telle que la période de pandémie actuelle en génère. 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 ISS.

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 ISS, éventuellement sans celle-ci, et pourquoi pas contre cette dernière.

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 de la voie dominante 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 ISS. C'est que 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 savoirs 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 expérimentations volontaristes de mobilisation sociale et politique (Laverack, Manoncourt, 2016) à visée de changement social qui se développent à travers le monde et qui s'attachent à lutter contre la fabrique des ISS 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, O'Neill, Dupéré, Stirling, 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, elles mettent en œuvre des pratiques de participation (Fauquette, 2016 ; Génolini, Basson, Pons, Frasse, Verbiguié, 2017 ; Basson, Génolini, 2021, à paraître) et de médiation sociales en santé (Haschar-Noé, Basson, 2019) qu'il convient d'analyser.

La participation sociale en santé constitue, 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.

De même, résultant d'un « processus contractuel de construction ou de réparation du lien social » (Faget, 2015), les pratiques de médiation sont fondées sur une posture de tiers combinant « l'aller vers » les publics, les institutions et les professionnels du social et de la santé et « le faire avec » les personnes selon une logique de mobilisation individuelle et collective. Toutefois, certains acteurs associatifs n'entendent pas cantonner la médiation dans son rôle convenu d'interface de proximité chargé d'informer, orienter et accompagner les populations vulnérables et de sensibiliser les acteurs du système de santé aux obstacles qu'elles rencontrent. Usant des méthodes éprouvées et renouvelées de l'éducation populaire, ils visent, plus fondamentalement, à faciliter l'accès des plus démunis aux droits, à la prévention et aux soins et à renforcer leur autonomie et capacités d'agir en santé. S'interdisant de faire peser sur la personne accompagnée les exigences de l'injonction à la responsabilité, la médiation peut également travailler à contrecarrer le dysfonctionnement général du système de santé. Revendiquant leur opposition ferme et assumée à la neutralité de la médiation en santé, certains professionnels et militants se situent du côté des personnes accompagnées afin de contrebalancer le rapport de pouvoir existant entre elles et les institutions. Se positionnant dans des relations à prétentions égalitaires vis-à-vis des usagers et des patients, ils s'engagent dans un processus contractuel de confiance réciproque entre pairs et apparaissent ainsi comme des passeurs de leur expérience, dotés d'un « savoir y faire avec la domination » (Demailly, 2014).

Consacré aux domaines empiriques majeurs que sont les expérimentations en santé à visée de changement social, la participation et la médiation sociales, nous proposons de poser ainsi les jalons d'un cadre d'observation, d'analyse, d'interprétation et d'objectivation propre à comprendre et, ce faisant, à endiguer l'accroissement galopant des ISS. Plus généralement, provenant de toutes les sciences sociales et autorisant les rapprochements disciplinaires, les contributions attendues peuvent s'inscrire dans un ou plusieurs des trois axes thématiques dégagés pour 1. estimer *de quoi les inégalités sociales de santé sont le nom*, 2. instruire le processus de *la construction sociale des inégalités de santé*, 3. dévoiler *des formes*

alternatives de production politique de la santé afin de porter au jour la fabrique des ISS. Dans tous les cas, les propositions seront nécessairement basées sur des études de terrain fouillées, portées par des références théoriques appropriées et servies par des méthodes originales.

Références bibliographiques

Agone (2016). Quand la santé décuple les inégalités.

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, 169-176.

Aïach, P., Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du praticien*, 54, 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*, 10(1), 91-110.

Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American institute of planners*, 35(4), 216-224.

Basson, J-C., Haschar-Noé, N., Honta, M. (2013). Toulouse, une figure urbaine de la santé publique. A propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61S2, 81-88.

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, 129-153.

Basson, J-C., Génolini, J-P. (2021, à paraître). Ethnographie classificatoire de la participation citoyenne en santé. Formes et pratiques participatives du programme *Ciné ma santé* des quartiers nord de Toulouse (France). *Innovations. Revue d'Économie et de Management de l'Innovation*.

Berger, P., Luckmann, T. (2012 [1966]), *La construction sociale de la réalité*. Paris : Armand Colin.

Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Les Annales*, 26-1, 205-233.

Bourdieu, P. (1979). *La Distinction*. Paris : Éditions de Minuit.

Cambois, E., Laborde, C. Robine, J-M. (2008). La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Populations et Sociétés*, 441, 1-4.

Carricaburu, D., Cohen, P., (2002), L'anthropologie de la santé. Une pratique engagée de la recherche. Entretien avec Didier Fassin, *Innovations et Sociétés*, 2, 9-16.

Cartier, M., Coutant, I., Masclet, O., Renahy, N., Siblot, Y. (2015), *Sociologie des classes populaires contemporaines*. Paris : Armand Colin.

Demilly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine, *La Nouvelle Revue du Travail* [En ligne], 5, mis en ligne le 11 novembre 2014, consulté le 14 mai 2017, URL : <http://journal.openedition.org/nrt/1952>

Elbaum, M. (2006). Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55, 47-54.

Elias, N. (1973). *La civilisation des mœurs*. Paris : Calmann-Lévy.

Faget, J. (2015). *Médiations. Les ateliers silencieux de la démocratie*. Toulouse : Éditions Érès.

Fassin, D. (2002). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : PUF.

Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Paris : éditions de l'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 : Éditions de l'EHESS, 9-33.

Fauquette, A. (2016). *Contribution à une analyse sociologique de l'effet sectoriel sur la participation : le cas du secteur sanitaire, 2010-2016*. Thèse de doctorat de Science politique, Lille 2.

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

Galerand, E., Kergoat, D. (2014). Consubstantialité vs intersectionnalité ? À propos de l'imbrication des rapports sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 44–61.

Galobardes, B., Shaw M., Lawlor D., Lynch J., Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 7-12.

Garès, V., Panico, L., Castagné, R., Delpierre, C., Kelly-Irving, M. (2017). The role of the early social environment on Epstein Barr virus infection : a prospective observational design using the Millennium Cohort Study. *Epidemiology & Infection*, 145(16), 3405-3412.

Génolini, J-P., Basson, J-C., Pons, E, Frasse, C., Verbiguié D. (2017). Typologie de la participation en santé. La méthode de l'atelier santé-ville des quartiers Nord de Toulouse. In Haschar-Noé N., Lang T. (dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation* (p. 259-279). Toulouse : Presses Universitaires du Midi.

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*, n°60, 121-144.

- 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 (Suppl. 2), 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*, 13 (2), 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*, 6 (2), 63-82.
- Honta, M., Basson, J-C., Jaksic, M., Le Noé, O. (2018). Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé. Introduction. *Terrains & Travaux*, n°32, 5-29.
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., Stirling J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé publique*, vol.24, 165-178.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century : an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, vol.30, 668-677.
- Lagroye, J. (2003). Les processus de politisation, in Lagroye J. (dir.). *La Politisation*. Paris : Belin, 359-372.
- Lahire, B. (2002). *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*. Paris : Nathan.
- Lahire, B. (dir.). (2019). *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*. Paris : Seuil.
- Lang, T. (1993). *Maladies cardiovasculaires : inégalités de santé et stratégies de prévention*. Thèse de doctorat de Pharmacie, 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, 31-38.
- 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*, 57, 429-435.
- Lang, T., Kelly-Irving, M., Lamy, S., Lepage, B., Delpierre, C. (2016). Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ?, *Santé Publique*, vol.28, 169-79.

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*, 23 (1), 86-94.

Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. (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.

Mackenbach, J-P. (2017). Trends in inequalities in mortality amenable to health care in 17 european countries. *Health Affairs*, 36(6), 1110-1118.

Des informations complémentaires sur le contenu de cet appel à contribution peuvent être obtenues auprès des coordonnateurs aux adresses suivantes :

jean-charles.basson@univ-tlse3.fr

hascharnoe@orange.fr

marina.honta@u-bordeaux.fr

Les auteurs souhaitant proposer à la revue un article sur cette question devront l'adresser accompagné d'un résumé et d'une présentation de l'auteur

(cf. les « conseils aux auteurs » de la RFAS [en ligne] <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/revue-francaise-des-affaires-sociales/>)

à cette adresse:

rfas-drees@sante.gouv.fr

avant le lundi 29 mars 2021