

## **Curriculum vitae**

### **Nathalie Bajos**

Directrice de recherche de classe exceptionnelle à l'Inserm

Directrice d'étude à l'EHESS

Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux - Sciences sociales, politique, santé (INSERM-CNRS-EHESS)

[nathalie.bajos@inserm.fr](mailto:nathalie.bajos@inserm.fr)

### **Formation**

Habilitation à Diriger des Recherches, Université Paris XI, 2005

Doctorat en Santé Publique, option Sociologie, Université Paris XI, 1989

M2 Expert Démographe, Université Paris I, 1985

### **Expériences nationales et internationales**

Membre du groupe d'experts de l'OMS sur la santé sexuelle (2019-)

Responsable de la promotion de l'accès aux droits, Défenseur des droits (2015-2018)

Responsable de l'équipe Inserm-INED « Genre, Sexualité, Santé » (2004-2015)

Honorary Professor, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni (2008-2015)

Visiting Professor, Jesus College, Cambridge, Royaume-Uni (2008-2009) (lauréate de la bourse Inserm)

### **Direction de projets de recherche**

Gender Health Inequalities (Gendhi), responsable coordinatrice, avec M Darmon, PY Geoffard, M Kelly-Irving, ERC-Synergy (2021 -2027)

Sexualités et santé sexuelle en France, avec A Andro et C Moreau (2019 -)

Cohorte socio-épidémiologique sur le COVID-19, avec J Warszawski (enquête EPICOV, 2020-)

Analyse des abus sexuels dans l'Église catholique en France (2019 -2021)

Contexte de la sexualité en France, avec Michel Bozon (2006-2011)

Pratiques contraceptives et crise de la pilule en France (2009-2014)

Contraception et recours à l'avortement en Afrique sub-Saharienne, 6<sup>ème</sup> PCRD (1998-2003)

Sociologie des grossesses non prévues (1997-2002)

Comportements sexuels en France et prévention du VIH, avec A Spira (1989-1994)

### **Comités d'experts et comités scientifiques**

Conseil scientifique de l'Inserm (2022-)

Conseil National du Sida (2022-)

Groupe d'experts de l'OMS sur la santé sexuelle (2019-)

Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Église catholique (2019-2021)

Haut Conseil à l'Égalité Femmes/Hommes (2013-2016)

Présidente de la Commission santé publique et sciences de l'homme de l'ANRS (2009-2015)

Conseil scientifique de l'Institut de Recherche en santé publique (2007-2011)

Commission sur la Reproduction de l'Inserm (2003-2007)

### **Enseignement et encadrement**

Séminaires à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales sur les inégalités sociales de santé

Encadrement de 18 thèses, 12 post-doctorants, 30 étudiants de M2

*Publications : 11 co-directions d'ouvrages, 134 publications dans des revues nationales et internationales*

Spire A, Sireyjol A, **Bajos N**. From Attitudes to Action: What Drove People to Get the Covid-19 Vaccine? Findings from the French Longitudinal Socio-epidemiological Cohort Survey, *BMJ-Open*, 2023 Dec 22;13(12):e073465. doi: 10.1136/bmjopen-2023-073465. PMID: 38135305; PMCID: PMC10748984

Gosselin A, Warszawski J, **Bajos N**; EpiCov Study Group. Higher risk, higher protection: COVID-19 risk among immigrants in France-results from the population-based EpiCov survey. *Eur J Public Health*. 2022 Aug 1;32(4):655-663. doi: 10.1093/eurpub/ckac046. PMID: 35478253; PMCID: PMC9341671.

Silberzan L, Kelly-Irving M, **Bajos N**. Analyse de l'hypertension en France : pour une analyse intersectionnelle de la cascade de soins. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2023 Sep 18;71(6):102159. French. doi: 10.1016/j.respe.2023.102159. Epub ahead of print. PMID: 37729691.

**Bajos N**, Spire A, Silberzan L, Sireyjol A, Jusot F, Meyer L, Franck JE, Warszawski J, for the EpiCov study group, "When lack of trust in the government and in scientists reinforce social inequalities in vaccination against Covid-19", *Frontiers in Public Health*, 2022, 10:908152. doi:10.3389/fpubh.2022.908152

Tucker JD, **Bajos N**, Mercer CH, Gitau E, Ahmad NA, Gonsalves L. Assessing Gender Identity and Sex in Diverse Low, Middle-, and High-Income Settings: Findings from a WHO/HRP Consultative Process. *Sex Transm Dis*. 2022 Feb 1;49(2):e42-e44. doi: 10.1097/OLQ.0001525. PMID: 34321451.

**Bajos N**, Counil E, Franck JE, Jusot F, Pailhé A, Spire A, Martin C; EpiCoV study group. Social inequalities and dynamics of the early COVID-19 epidemic: a prospective cohort study in France. *BMJ Open*. 2021 Nov 11;11(11):e052888. doi: 10.1136/BMJ-open-2021-052888. PMID: 34764173.

**Bajos N**, Bozon M (dir). Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Éditions la Découverte, Paris, 2008, 610 pages. *Sexuality in France. Practices, Gender and Health*, The Bardwell Press, Oxford, 2012.

Nguyen VK, **Bajos N**, Dubois-Arber F, O'Malley J, Pirkle CM. Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. *AIDS*. 2011 Jan 28;25(3):291-3. doi: 10.1097/QAD.0b013e3283402c3e. PMID: 20962615.

**Bajos N**, Wellings K, Laborde C, Moreau C for the CSF Group. Sexuality and Obesity: a Gender Perspective. Results from the French national probability survey of sexual behaviours. *BMJ* 2010;340:c2573

Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, **Bajos N**. Sexual Behaviour in Context: A Global Perspective. *Lancet*. 2006 Nov 11;368(9548):1706-28.

**Bajos N**., Marquet J. Social relations-based approach to HIV sexual risk. *Social Science and Medicine*, 2000, 50:1533-1546.

Hubert M, **Bajos N**, Sandfort T, Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe: Comparisons of National Surveys, Routledge, 452 p, 1998 (reedit in 2022)

Spira A., **Bajos N**. and ACSF Investigators. AIDS and Sexual Behaviour in France. *Nature* 1992, 360:407- 409.

Les inégalités sociales de santé sont documentées de longue date, depuis les travaux précurseurs de Louis-René Villermé au début du 19<sup>ème</sup> siècle sur la mortalité des classes aisées et indigentes à Paris. Ces inégalités sont la manifestation d'une structure hiérarchisée de la société qui s'exprime dans les corps<sup>1,2</sup>. Dans la plupart des pays européens, malgré une couverture médicale universelle, ces inégalités sont toujours marquées et ont même augmenté au cours des dernières décennies. Si de nombreux travaux portent sur les inégalités sociales, appréhendées au travers de la position professionnelle, elles sont rarement interrogées au prisme du genre. Pourtant, si l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes, l'écart se réduit fortement lorsqu'on considère l'espérance de vie en bonne santé. Et cet « avantage féminin » est beaucoup moins marqué en haut de l'échelle sociale et diffère selon les pathologies, les femmes étant par exemple sous-diagnostiquées pour l'infarctus du myocarde dont elles décèdent plus souvent que les hommes, tandis que ces derniers sont sous-diagnostiqués pour la dépression. La plupart des recherches sur genre et santé restent très descriptives, le "genre" n'étant pas problématisé, le plus souvent simplement réduit à une différence statistique entre les hommes et les femmes renvoyée à des facteurs biologiques. Et l'interaction entre le social et le biologique est souvent pensée comme un lien causal du biologique vers le social, alors que si les facteurs biologiques participent à déterminer l'état de santé, les conditions sociales déterminent l'exposition à certains facteurs de risque ainsi que la prise en charge des maladies. Enfin, ces inégalités de santé ne sont pas, en France, analysées au prisme de l'origine des personnes concernées alors même que les rares données disponibles attestent de différences marquées selon le pays de naissance, comme le montrent les statistiques de l'Insee sur la mortalité liée au Covid-19.

S'inscrivant dans une perspective théorique qui croise les différents rapports sociaux de domination, qui renvoient au genre, à la classe et à l'origine, et qui propose une analyse en termes de trajectoire de vie<sup>3</sup>, de la naissance à la mort, mes recherches s'articulent autour de deux questions centrales. La première porte sur la manière dont se construit socialement l'exposition au risque dès l'enfance au regard des processus de socialisation et des conditions de vie et de travail. La seconde s'intéresse au caractère socialement différencié de la prise en charge des malades en interrogeant ce qui les conduit à (ne pas) ressentir de symptômes, ce qui détermine leur (non) recours au système de soins et ce qui rend compte de leur (non) prise en charge (traitement et suivi médical) par le système de soins.

Mes travaux portent sur la sexualité et la santé sexuelle que j'étudie en m'appuyant sur un corpus inédit de trois grandes enquêtes nationales représentatives réalisées en 1992, 2006 et 2023 à l'initiative de l'Agence Nationale de recherches sur le Sida et dont j'ai assuré la co-responsabilité scientifique. Mes travaux sur la santé sexuelle s'appuient également sur des enquêtes quantitatives et qualitatives sur la contraception et l'avortement en France et en Afrique sub-saharienne dont j'ai assuré la responsabilité scientifique. Plus récemment, j'ai aussi élargi mes travaux à d'autres questions de santé : les maladies cardio-vasculaires, la dépression, le cancer et le Covid-19, dans le cadre du projet Gendhi (*Gender Health Inequalities*, ERC-Synergy, 2021-2027) que je coordonne avec des collègues sociologue, épidémiologiste et économiste, en lien avec des médecins spécialistes de ces différentes pathologies. Mes analyses portent plus précisément sur les maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, HTA) et le Covid-19. Le programme Gendhi conjugue des analyses de données de cohortes épidémiologiques, des monographies familiales, des observations ethnographiques de consultations médicales, des entretiens approfondis auprès de malades, ainsi que des analyses des recommandations médicales.

---

<sup>1</sup> Bourdieu

<sup>2</sup> Fassin D. (2000), « Qualifier les inégalités », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M. & Lang T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La découverte, « Recherches », pp. 123-146

<sup>3</sup> Burton-Jeangros, Claudine (Eds.) (2015). *A life course perspective on health trajectories and transitions*. New York: Springer International Publishing.

### *La construction sociale de l'exposition au risque*

Dans le cadre de mes recherches sur la sexualité et la santé sexuelle, j'ai considéré que le risque n'est pas une donnée préalable à l'expérience sociale des acteurs. Les individus élaborent leur propre définition du risque, en fonction des ressources sociales qu'ils peuvent mobiliser dans la conduite de leur existence et des rapports de pouvoir qui structurent la relation sexuelle. Aucune prééminence n'est accordée *a priori* à la logique sanitaire par rapport aux autres logiques sociales qui structurent les pratiques individuelles. Cette perspective permet ainsi de mieux comprendre pourquoi certaines personnes adoptent des pratiques, même quand elles les savent « à risque ». La situation d'un jeune gay, qui ne se protège pas car l'utilisation du préservatif le renvoie à une sexualité perçue comme honteuse dans sa famille, comme celle d'une travailleuse du sexe obligée d'accepter des rapports sexuels sans préservatifs pour pouvoir survivre illustrent les tensions entre la rationalité sanitaire et les logiques sociales, tensions dont doivent tenir compte les spécialistes de la prévention.

Mes travaux récents sur le Covid 19 ont permis de montrer, dès le tout début de l'épidémie, que le risque d'acquisition du virus était lié à des conditions matérielles d'existence (zone très dense d'habitation, logement surpeuplé, utilisation des transports en commun, non-recours au télétravail, emplois de « première ligne ») particulièrement prévalentes dans les groupes sociaux les plus défavorisés et issus de l'immigration d'Afrique sub-saharienne. Ces mêmes groupes, qui adhèrent moins aux messages préventifs qui se fondent sur la solidarité nationale, sont moins enclins à se faire vacciner, et ce d'autant plus qu'ils ont été confrontés à des expériences de discriminations.

### *La prise en charge socialement différenciée des patients*

Les premiers résultats de la recherche Gendhi montrent que les patients ne recourent pas au système de soins au même moment de l'histoire de leur maladie et que les réponses apportées par les professionnels de santé varient selon la position sociale des malades. L'exemple de l'infarctus du myocarde est paradigmatique de la construction sociale des parcours de soins erratiques. Les femmes, notamment de milieu populaire, attribuent beaucoup moins souvent des symptômes très évocateurs, comme une douleur thoracique ou une irradiation dans le bras gauche, à un problème cardiaque. Cette attitude renvoie à la représentation sociale dominante de l'infarctus comme maladie de l'homme cadre supérieur stressé par son travail. Mais elle traduit également la socialisation genrée du rapport au corps et à la maladie qui, dès l'enfance, conduit les garçons et les hommes à porter une attention plus marquée aux atteintes physiques qui altèrent « *le corps machine* » tandis que les filles et les femmes apprennent davantage à réagir aux effets de la maladie sur le psychisme et la vie quotidienne, en référence à un « *corps affectif* ». Les femmes s'inquiètent moins rapidement et tardent plus à consulter. En outre, les symptômes qu'elles évoquent alors en consultation, plus diversifiés que ceux de leurs homologues masculins et faisant aussi référence à des atteintes plus diffuses (fatigues, nausées) sont parfois perçus par les professionnels de santé comme relevant de troubles psychiques. Certaines sont alors orientées vers une prise en charge psychologique, d'autres se voient conseiller d'attendre que les douleurs s'estompent. Leur prise en charge par des services spécialisés est ainsi retardée comme le montrent les données épidémiologiques. De surcroît, elles ne bénéficient moins souvent des instruments diagnostiques (scanner) et des traitements (pause de défibrillateur) les plus performants. Ces pratiques professionnelles ne sont pas sans lien avec les recommandations des sociétés savantes. Notre analyse des dernières recommandations médicales édictées par la Société européenne de cardiologie, qui enjoignent les cardiologues à une prise en charge différente pour les hommes et les femmes, à âge égal et symptômes équivalents, montrent ainsi que ces recommandations s'appuient sur une littérature scientifique basée sur des études réalisées essentiellement auprès d'hommes. Les premiers résultats de la recherche Gendhi, discutés avec les spécialistes des maladies cardio-vasculaires, permettent ainsi d'alerter les

professionnels de santé, des médecins généralistes aux cardiologues, sans oublier les services d'urgence, sur la nécessité de prendre en compte les facteurs sociaux qui modulent l'expression des symptômes, le recours aux soins ainsi que les pratiques médicales.