



HAL
open science

La “ raison humanitaire ” dans la professionnalisation de la prise en charge du sans-abrisme en France : apports et limites d’une hypothèse de travail

Vianney Schlegel

► To cite this version:

Vianney Schlegel. La “ raison humanitaire ” dans la professionnalisation de la prise en charge du sans-abrisme en France : apports et limites d’une hypothèse de travail. 2018. hal-01762921

HAL Id: hal-01762921

<https://hal.science/hal-01762921>

Preprint submitted on 10 Apr 2018

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.

RT6

Politiques sociales, protection sociale, solidarités

Working papers

La « raison humanitaire » dans la
professionnalisation de la prise en charge
du sans-abrisme en France : apports et
limites d'une hypothèse de travail.

Vianney SCHLEGEL

Clersé (UMR 8019, Univ. Lille/CNRS)

vianney.schlegel@ed.univ-lille1.fr

n° 2018-01

AFS
Association
Française de
Sociologie

Contact : bureau du réseau RT6,
voir www.rt6-afs.org

Résumé/abstract :

Ce working-paper s'intéresse à l'influence de la « raison humanitaire » sur la prise en charge du sans-abrisme et sur sa professionnalisation en France. La « raison humanitaire » désigne un registre d'argumentation et d'action qui s'appuie sur les sentiments moraux et les affects, et qui s'est déployé le dernier quart du XX^e siècle dans la prise en charge d'un certain nombre de problèmes sociaux (immigration, pauvreté, sida, aide au développement, etc.). On discute des travaux qui s'appuient sur cette notion afin d'expliquer le développement et la diffusion d'un certain nombre de dispositifs, de représentations et de pratiques d'accompagnement favorisant la prise en charge, notamment sanitaire, des personnes sans-domicile. En analysant les apports de cette hypothèse, on en souligne aussi les limites et la nécessité de prendre un compte d'autres facteurs dont on montre qu'ils sont très structurants dans la professionnalisation de la prise en charge. Pour ce faire, on s'appuie sur la théorie du système des professions et des écologies liées d'Andrew Abbott.

Mots-clefs : sans-abrisme – professionnalisation – raison humanitaire – médicalisation – aide médico-sociale – système des professions.

This working-paper focuses on the influence of “humanitarian reason” on health and social care policy towards the homeless and its professionalization in France. This notion refers both to a policy as well as a public discourse based on moral feelings and emotions, which spread during the last quarter of the XXth century to solve various public problems (such as poverty, immigration, AIDS, development aid, etc.). We discuss various studies which use this hypothesis to explain the spread of specific apparatuses, representations and professional practices in the field of health and social care to the homeless. After showing the strengths of this hypothesis, we emphasize its limits as well, and underline the necessity to consider other factors, which we argue to be structuring in the process of professionalization. To do so, we refer to and rely on Andrew Abbott's system of profession and linked ecologies theories.

Keywords: homelessness – professionalization – humanitarian reason – medicalization – health and social care – system of profession.

À partir d'une discussion de l'influence de la « raison humanitaire » (Fassin 2010) sur la prise en charge du sans-abrisme, je propose de développer ici l'hypothèse centrale d'un travail de thèse actuellement en cours de rédaction, qui porte sur la professionnalisation de cette prise en charge en France. Cette hypothèse est la suivante : à partir des années 1970 et jusqu'à présent, les savoirs, techniques, dispositifs et professionnels du soin et de la santé ont considérablement influé sur les manières de répondre à la « question SDF », expression qui renvoie à la préoccupation apparue dans les années 1980 au sein de la société française sur sa capacité à prendre en charge la hausse visible et durable du nombre de personnes privées de logement (Damon 2002). Incarnation emblématique de la question sociale (Castel 1995), la « question SDF » se double peu de temps après sa formulation explicite de ce que l'on propose d'appeler une « question médicale », soit l'identification de dimensions médicales, sanitaires, hygiéniques propres au phénomène du sans-abrisme et requérant une intervention spécifique¹. Les savoirs médicaux et les professionnels qui les portent ont contribué à la formulation de cette question médicale au cœur de la question SDF et ont fourni un répertoire de connaissances, de techniques et d'interventions, dont on cherche à montrer qu'ils se sont affirmés comme structurants dans la mise en œuvre des politiques d'accompagnement. En d'autres termes, c'est l'hypothèse d'une médicalisation de la prise en charge des sans-domicile par sa professionnalisation qui est au cœur de ma recherche, et que l'on propose d'évoquer ici.

Ce papier propose de discuter de la manière dont ces savoirs et ces professionnels sont effectivement devenus des ressources légitimement mobilisables afin de prendre en charge les personnes sans-domicile. Dans cette optique, plusieurs points sont développés :

- Je discute certains travaux ayant étudié la problématique de l'accès aux soins des sans-domicile et de leur prise en charge médicale. Une partie de ces travaux s'appuie sur l'idée que l'action humanitaire a joué un rôle dans la prise en charge, portée par quelques acteurs qui parviennent assez rapidement à se faire entendre des pouvoirs publics et à déployer une prise en charge d'urgence, fondée sur le modèle de l'urgence humanitaire et de l'urgence médico-hospitalière.
- En lien avec cette discussion de l'hypothèse humanitaire, j'identifie certaines de ses limites en avançant des éléments qui permettent d'étayer l'hypothèse d'une médicalisation de la prise en charge des sans-domicile par sa professionnalisation.
- Pour présenter cette hypothèse, je mobilise le cadre théorique de la thèse. C'est la théorie du système des professions développée par Andrew Abbott (1988, 2005) qui sert de référence centrale et de grille de lecture et qui permet de prendre en compte les évolutions de différents champs qui ont des effets sur la prise en charge du sans-abrisme.

1. L'action humanitaire comme origine de l'action médico-sociale.

¹ On peut tout de suite préciser que la période étudiée n'est pas la première lors de laquelle la prise en charge des personnes sans-domicile est marquée et influencée par le regard médical (Gardella 2014) : au tournant du XXe siècle se développent ainsi une étiologie et une symptomatologie du sans-abrisme, où celui-ci est fréquemment expliqué par des pathologies de l'esprit et en particulier par le voyage pathologique, ou dromomanie (Beaune 1983; Hacking 1998).

La problématique des rapports entre santé et sans-abrisme a fait l'objet, au cours des 30 dernières années, de nombreuses analyses (Girard, Estecahandy, et Chauvin 2010) ayant mis l'accent sur la prévalence de certaines pathologies parmi les personnes sans-domicile (Kovess et Mangin Lazarus 1999; Laporte et al. 2006; Arnaud et al. 2016), sur les liens supposés ou avérés entre santé mentale et (grande) pauvreté (Snow et al. 1986; 1988; Wright 1988; Bresson 2003, 2012), sur les formes du non-recours aux soins (Bazin, Parizot, et Chauvin 2006; Rode 2010; Warin 2016), sur la faible priorité que constitue la santé dans la hiérarchie des besoins liés à la vie en rue et plus largement sur les représentations de la maladie parmi les personnes sans-domicile (Gardella, Laporte, et Le Méner 2008; Benoist 2008, 2010), ou encore sur les rapports complexes entre professionnels du soin et sans-domicile (Benoist 2016; Coulomb 2016). Parmi ces travaux, certains ont cherché à restituer les origines et les motifs du déploiement d'une prise en charge spécifiquement médicale et sanitaire du sans-abrisme, que l'on peut situer dans le courant des années 1980. On s'intéresse ici plus spécifiquement à deux de ces travaux, centraux dans l'état de l'art. Il s'agit de l'ouvrage d'Isabelle Parizot d'une part (2003), centré sur les soins apportés aux personnes sans-domicile dans des dispensaires et des dispositifs hospitaliers spécialisés, les permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) ; et de la thèse d'Édouard Gardella d'autre part (2014a), qui restitue en détail l'origine, le déploiement et l'aboutissement de la politique d'urgence sociale entre les années 1980 et la fin des années 2000. Tous deux mobilisent l'hypothèse du déploiement de ce que l'on peut appeler une raison humanitaire (Fassin 2010) qui influence directement l'organisation du système de prise en charge des sans-domicile. Néanmoins, tandis que Parizot y voit le motif principal du développement de nouvelles pratiques, Gardella nuance cette influence en montrant que la raison humanitaire reste finalement un faisceau parmi d'autres, dont la portée doit être mesurée.

Dans *Soigner les exclus*, Isabelle Parizot (2003) montre que dans les années 1980 et 1990, un certain nombre d'associations et d'organisations se réclamant d'un secteur humanitaire jusqu'alors principalement investi à l'étranger et dans les situations de conflits ou de famines, créent en France des dispensaires médicaux afin de donner accès aux soins à des populations qui en sont très éloignées. En effet, à la fin du XX^e siècle, les missions que se donnent les acteurs se réclamant de l'humanitaire évoluent : d'un devoir de neutralité revendiqué par les pionniers, et notamment la Croix rouge, les nouveaux humanitaires incarnés notamment par le mouvement des sans-frontières revendiquent à l'inverse un devoir de témoignage, voire de dénonciation des atteintes à la dignité et aux droits humains, en toute situation. C'est dans le contexte du développement de la nouvelle pauvreté en France que l'action humanitaire se développe en créant des dispositifs d'accès aux soins jusqu'alors presque inexistantes. Cette démarche est supposée nettement définie dans le temps. Il s'agit d'une part de répondre à l'urgence par l'urgence, principale compétence des acteurs engagés dans l'humanitaire, mais aussi « *d'alerter l'opinion et de faire pression sur les pouvoirs publics pour une réforme du système de protection sociale, afin que l'accueil de ces personnes soit le plus rapidement assuré par le service sanitaire public ou garanti par l'Etat* » (Parizot, 2003, 79). L'investissement du champ national par l'humanitaire amorce et encourage, selon Parizot, le développement du secteur médico-social, en développant de nouvelles pratiques de prise en charge et en utilisant un savoir-faire sur les relais médiatiques et politiques acquis à l'étranger que s'approprièrent bientôt les

associations, anciennes ou nouvelles, investies dans l'action sociale et sanitaire. À leur tour, celles-ci deviennent des interlocuteurs privilégiés des pouvoirs publics, pour la création, l'évaluation ou la redéfinition des politiques sociales – on peut penser à des associations telles que la Fondation Abbé Pierre, ATD-Quart Monde, voire, dans une moindre mesure, l'Armée du Salut. Parizot prend soin de restituer, préalablement à cette démonstration, les évolutions considérables qu'a connues l'hôpital entre les XIX^e et XX^e siècles, et surtout les effets de sa médicalisation² sur la prise en charge des démunis (Dodier et Camus 1997; Domin 2013). De la sorte, on comprend que le déploiement de l'humanitaire médical est lié aux évolutions propres au champ hospitalier. Mais il n'en reste pas moins que Parizot accorde une place centrale à l'action humanitaire, identifiée comme étant à l'origine des mesures d'accès aux soins et à la santé développées depuis les années 1990 et lui confère un rôle d'avant-garde et d'innovation sociale dans ce domaine.

La thèse d'Édouard Gardella (2014a) s'appuie également sur l'hypothèse d'une influence de l'action humanitaire sur la politique de prise en charge des sans-domicile, mais il en nuance l'origine ainsi que la portée. En effet, Gardella montre que les actions menées en vue de développer un accès aux soins et à la santé en France n'attendent pas le déploiement d'une action humanitaire intérieure, mais commencent à se développer localement dès le début des années 1980 (la Mission France de Médecins du Monde est créée, elle, en 1986). On pourrait également avancer que des initiatives locales existent déjà depuis plus longtemps (Brodiez-Dolino 2013), mais celles-ci ne sont pas liées à la formulation explicite d'une question SDF. L'apport central du travail de Gardella sur la problématique de l'accès aux soins tient, selon moi, à son travail sur les médecins de Nanterre, pionniers en la matière : ce serait finalement moins un ensemble de pratiques et de savoirs réinvestis du champ international vers le champ national, que le développement d'un répertoire de connaissances sur les « individus en danger » (Gardella 2014a : chapitre 3, p. 227.), qui aurait influé sur le déploiement de dispositifs d'accès aux soins spécifiquement dédiés aux personnes sans-domicile. Ces savoirs se développent de manière assez localisée et sont portés par un petit groupe de personnes, professionnels de la santé physique ou mentale, au Centre d'hébergement et d'assistance aux personnes sans-abri Nanterre (CHAPSA). Gardella montre que ces derniers sont à l'époque des pionniers du soin aux populations très précaires, qui pour certains d'entre eux (Jacques Hassin, Patrick Declerk, Sylvie Quesemand-Zucca) théoriseront dans des travaux scientifiques ou de vulgarisation la spécificité des affections qui touchent les personnes sans-domicile et de l'approche à adopter vis-à-vis d'elles. Le recours à l'hypothèse humanitaire par Gardella est donc finalement assez précis : c'est le cas, emblématique et presque archétypique de Xavier Emmanuelli, qui retient à juste titre son attention. En effet, Emmanuelli connaît une trajectoire singulière : il est médecin urgentiste et participe à la création des SAMU dans les années 1960 ; puis il s'engage dans l'aide humanitaire en participant à la fondation de Médecins Sans Frontières, avant

² À première vue contre-intuitive, la notion de « médicalisation de l'hôpital » désigne le processus politique, historique et professionnel par lequel les fonctions de l'hôpital évoluent, celui-ci passant progressivement du statut d'institution de prise en charge, principalement sociale et policière, et marginalement sanitaire, des indigents, à celui d'institution de soins, de formation et de recherche, emblématique du système de santé de santé français. Voir les travaux de Marie-José Imbault-Huart (1984, 1996, 1998).

de créer le Samu social, puis le Samu International³. Surtout, sa trajectoire ne s'arrête pas là : ces expériences lui confèrent la légitimité pour être nommé secrétaire d'État à l'aide humanitaire d'urgence, puis président du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées (HCLPD). Si l'humanitaire constitue donc l'un des répertoires de référence d'Emmanuel, c'est presque davantage son rapport à l'urgence qui prime dans son investissement dans le secteur : Gardella écrit ainsi « *on pourrait dire qu'il est l'urgence faite homme. Il en fait lui-même sa « règle de vie » et la transporte dans les diverses arènes où il s'engage* » (Gardella 2014, 281).

Les travaux de Parizot et Gardella résonnent avec la perspective développée par Didier Fassin, qui voit dans la *raison humanitaire* un registre d'argumentation et d'action qui s'appuie sur les sentiments moraux et les affects. Parizot ne fait pas référence à la théorisation de la raison humanitaire proposée par Fassin, postérieure à la publication de son ouvrage tiré de sa thèse. Gardella s'y réfère ponctuellement, et davantage dans un article sur la genèse et l'application du principe d'inconditionnalité de l'hébergement des personnes sans-domicile (Gardella 2014b). Au cœur de cette raison humanitaire se trouve l'idée d'une commune appartenance de tout individu humain à une même collectivité, à l'origine des sentiments moraux. Le vocabulaire de la souffrance (sociale, psychique, émotionnelle) et la compassion qu'elle suscite, constituent alors de puissants ressorts pour la mise en œuvre de l'action. Fassin montre ainsi qu'à la fin du XX^e siècle, dans des contextes différents, cette raison humanitaire s'impose comme un répertoire légitime d'action publique. Dans cette optique, la prise en charge contemporaine des sans-domicile et *a fortiori* sa dimension médicale, serait le résultat du travail de visibilisation opéré par des acteurs humanitaires jouant d'une expérience et d'un prestige acquis dans des contextes éloignés, mais suffisant pour dénoncer le paradoxe apparent d'une pauvreté croissante dans un pays comme la France, et susciter ainsi le soutien de l'opinion publique⁴. Or s'il paraît indéniable que certains acteurs humanitaires ont joué un rôle dans le développement de l'accès aux soins de populations précaires en France, cette hypothèse ne permet pas de comprendre pleinement comment les pratiques, les représentations, et les rapports des professionnels de la prise en charge entre eux, et envers les sans-domicile, se sont structurés au cours des 30 dernières années.

2. Remise en question de l'hypothèse humanitaire.

Différentes limites peuvent être identifiées et discutées par rapport à l'hypothèse du déploiement d'une raison humanitaire, en lien avec le cadre théorique présenté et avec

³ Les Services d'aide médicale urgente (SAMU) désignent des équipes mobiles de médecins se déplaçant auprès des personnes en situation d'urgence médicale. Le Service d'aide mobile d'urgence Social (Samu social) a été créé par Emmanuel sur le modèle des SAMU, et désigne des équipes mobiles allant à la rencontre des personnes sans-domicile, que celles-ci aient sollicité (*via* le numéro gratuit du 115) ou non (lors de maraudes aléatoires) de l'aide. Elles sont le plus souvent composées de travailleurs sociaux et d'infirmières. Enfin le Samusocial International est une fédération de Samu sociaux développés dans différents pays sur le modèle français.

⁴ Parizot fait ainsi référence aux travaux sur les liens entre associations, médias et fabrique de la compassion, par exemple (Boltanski 1993; Cardon et al. 1999).

l'hypothèse de médicalisation de la prise en charge des sans-domicile par sa professionnalisation.

a) Changement révolutionnaire ou changement incrémental ?

La première de ces limites tient à la dimension révolutionnaire en partie inférée par l'hypothèse humanitaire. D'une certaine manière, celle-ci, telle qu'elle est mobilisée par Isabelle Parizot, prend la forme d'une révolution symbolique (Bourdieu 2013) : quelques acteurs font irruption dans le secteur de la prise en charge des populations précaires et parviennent à imposer de nouvelles manières de concevoir et de traiter cette problématique, en d'autres termes, de nouvelles règles de fonctionnement du champ. Or le déploiement de l'accès aux soins en France s'apparente plus à un changement processuel et incrémental, par lequel certains acteurs déjà existants modifient leurs actions et leurs rapports à la prise en charge (Hauchecorne 2016). L'existence de sentiments moraux et leur influence sur l'action sociale envers les pauvres ne sont pas exclusivement et directement liées à l'investissement des acteurs humanitaires, mais s'inscrivent dans une longue tradition de prise en charge par des acteurs privés de la pauvreté. Dans les pays occidentaux, cette tradition est fortement marquée par le registre religieux et plus spécifiquement par la chrétienté – pas exclusivement néanmoins – ou encore par la philanthropie, de façon plus marginale. L'action caritative est mue par des systèmes de valeurs et d'affects relativement analogues à ceux de l'action humanitaire (commune humanité, compassion, valorisation des situations dominées, aide du « prochain »), et l'engagement d'acteurs individuels ou collectifs dans ces deux formes d'action tend à témoigner d'affinités électives entre elles (Weber 1964). Le cas de Xavier Emmanuelli fournit ici encore un exemple emblématique, celui-ci ne cachant pas son catholicisme et usant à foison de références à la figure christique des pauvres dans plusieurs de ses ouvrages.

Surtout, les œuvres caritatives ont amorcé de longue date une prise en charge à caractère social et médical, peu codifiée et peu encadrée par les pouvoirs publics, mais néanmoins existante (De Swaan 1990). Les héritiers de ces œuvres, qui prennent souvent la forme d'associations, continuent cette prise en charge informelle, relativement peu codifiée, et moins visible que l'investissement massif des acteurs humanitaires à un moment précis. Dans le cadre de l'étude de terrain que je réalise pour cette thèse, les premiers acteurs ayant ouvert une permanence médicale à destination des personnes sans-domicile sur le territoire étudié ne se revendiquent pas de l'action humanitaire mais de l'action caritative : il s'agit d'une communauté protestante, déjà investies dans l'aide aux personnes démunies. C'est dans la mesure où le « problème SDF » dure et s'accroît, qu'une association est formée et rejoint une fédération d'acteurs protestants investis dans la prise en charge de la question sociale. L'institutionnalisation de l'association amorce son inscription dans le processus de professionnalisation de la prise en charge du sans-domicile et si l'affiliation religieuse continue d'être revendiquée jusque dans le nom de l'association, elle est très discrète au sein des dispositifs de prise en charge. Ainsi, l'association revendique aujourd'hui davantage un savoir-faire et un rôle d'innovateur social que son inscription dans une visée caritative. Sans pouvoir en apprécier complètement le caractère général, ce cas s'ajoute à d'autres exemples étudiés en profondeur et ayant insisté sur l'origine caritative de la prise en charge des plus pauvres.

Pour insister sur la dimension incrémentale du déploiement de l'accès aux soins pour les sans-domicile, on peut également invoquer l'exemple de l'hôpital général, simultanément institution d'assistance, de police et de soins, où se croisent différents profils d'indigents (Garnot 1984) : l'investissement public dans des formes de prises en charge « pluridisciplinaires » n'est pas radicalement nouveau, mais a déjà existé sous d'autres formes à partir du XVIII^e siècle. Les travaux d'Axelle Brodiez-Dolino mettent quant à eux en lumière, à partir de monographies (Brodiez-Dolino 2008) et d'études de cas lyonnaises (Brodiez-Dolino 2013), un phénomène de « percolation ascendante » des formes de prise en charge qui se structurent au cours du XX^e siècle : elle désigne ainsi la lente appropriation de formes de prise en charge de la pauvreté, fruits de l'initiative d'acteurs privés, par les institutions municipales, départementales, puis nationales. Surtout, c'est tout au long du XX^e siècle que s'observe le passage d'un paradigme répressif à un paradigme assistanciel dans la prise en charge du sans-abrisme, témoignant d'un phénomène long et lent, et qui connaît un tournant au milieu du siècle avec la structuration du système de protection sociale (Brodiez-Dolino et Ravon 2016). En d'autres termes, s'il y a bien un changement important dans le courant des années 1980 dans la manière d'envisager, de définir et de traiter le phénomène du sans-abrisme, l'investissement des acteurs humanitaires paraît davantage être le révélateur d'un changement de regard qu'un facteur explicatif du déploiement de l'accès aux soins.

b) Les reconfigurations du champ de la psychiatrie...

On peut identifier une seconde limite à l'hypothèse humanitaire dans le fait que l'investissement de ces acteurs ne permet pas d'expliquer un certain nombre de reconfigurations propres à des secteurs amenés à jouer des rôles plus ou moins importants dans la prise en charge médico-sociale des personnes sans-domicile. Parmi ces secteurs, le champ psychiatrique connaît des restructurations considérables, qui influent directement sur la prise en charge sanitaire des sans-domicile, et qui semblent difficilement imputables à l'investissement des acteurs humanitaires.

Des travaux ont mis en lumière le processus de « désinstitutionnalisation » de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques⁵. Deux tendances, très étroitement liées, s'observent : d'une part, une recomposition institutionnelle et spatiale des lieux de traitement des pathologies et des troubles psychiatriques. Fermeture des asiles, territorialisation de la prise en charge de la maladie mentale par le déploiement de la politique de secteur, création de dispositifs « ouverts » et inscrits dans la « cité », en sont les formes les plus visibles. Par ailleurs, on observe une (ou plusieurs) reconfigurations du champ professionnel. Par le prisme du changement de statut de la maladie mentale, passant d'un danger à un risque (Castel 1981, 1983), Robert Castel a décrit en détail les tendances concurrentielles qui se font jour entre professionnels de la prise en charge de la maladie mentale. En particulier, après l'essor de la psychanalyse et l'utopie avortée d'une prise en charge à visée émancipatrice des malades, on voit se développer une forme de médicalisation que Castel identifie au travers de la

⁵ François Sicot (2006) regrettait néanmoins il y a quelques années le faible nombre de travaux ayant réalisé des analyses d'envergure comparable à *La gestion des risques* de Castel (1981). Si l'on peut relativiser le propos, un certain nombre d'analyses et notamment de thèses ont depuis étudié les reconfigurations du champ de la psychiatrie/santé mentale (Rhenter 2004; Velpry 2006; Henckes 2007; Eyraud 2013).

multiplication des prises en charge médicamenteuses, portées par quelques psychiatres qui sont parvenus à reprendre le dessus. D'une façon étroitement liée à la mise en place de la sectorisation de la psychiatrie et surtout à son affirmation, des pratiques assez diverses se développent, chaque psychiatre référent détenant une marge de manœuvre relativement importante afin de mettre en place la politique de soin des malades qui lui paraît la plus adaptée. Ces évolutions ont des effets directs sur la prise en charge des personnes sans-domicile. Plusieurs études ont mis en lumière la prévalence des troubles psychiques parmi les personnes sans-domicile (Kovess et Mangin Lazarus 1999; Girard, Estecahandy, et Chauvin 2010), et plus largement parmi les populations les plus précaires (Sicot 2001, 2006; Fassin 2006). Ces études ont occasionné des débats épistémologiques et méthodologiques visant à expliquer cette prévalence (Snow et al. 1986; 1988; Wright 1988; Bresson 2003).

Mais au-delà d'une interrogation circulaire sur la primauté de la pathologie ou de la vie en rue, on peut faire l'hypothèse que la fermeture des asiles a pu contribuer à ce qu'un certain nombre de malades, auparavant hébergés, c'est-à-dire à la fois « protégés » mais aussi invisibilisés au sein des asiles, se retrouvent en rue. Ainsi, la politique de sectorisation et la fermeture des asiles et des lits d'hospitalisation, si elle est réalisée au nom d'une « détotalitarisation » des institutions de prise en charge de la maladie mentale (Castel 1981), est vécue par une partie des professionnels comme un abandon des populations les plus vulnérables par l'Etat. Les échanges avec les travailleurs sociaux rencontrés dans différents dispositifs de prise en charge évoquent des relations complexes avec les professionnels de la santé mentale, un sentiment d'abandon, ainsi que l'impression qu'ils « ne font pas leur travail ». Leurs échanges avec ces professionnels ont principalement lieu avec les professionnels des équipes mobiles psychiatrie-précarité ou lors d'un accompagnement au Centre médico-psychologique d'une part, ou bien avec les services de tutelle et de curatelle pour les personnes sans-domicile atteintes de handicap psychique d'autre part. Une partie de ces malades, ceux qui sont le plus engagés dans le processus de désaffiliation et qui n'ont pas de réseaux de sociabilité primaires, se retrouve au cœur du système d'hébergement des personnes sans-domicile⁶. Le développement des prises en charge en réseau (Castel 1981; Damon 2002), ou encore la création de dispositifs spécifiquement pensés pour développer les échanges entre le secteur du sans-abrisme et celui de la psychiatrie (Equipes mobiles psychiatrie précarité, maisons-relais...) témoignent de rapports étroits entre ces deux champs professionnels (Marques 2013).

c) ...et celles du champ de la toxicomanie.

On peut également évoquer les évolutions propres au secteur de la prise en charge de la toxicomanie, que Henri Bergeron a restitué en détail (Bergeron 1999). Comme il le souligne bien, la toxicomanie fait l'objet, comme la maladie mentale, de reconfigurations successives du champ des professionnels qui s'y investissent. Tour à tour, pionniers, psychiatres et psychologues

A la différence de la prise en charge de la maladie mentale, la toxicomanie fait l'objet d'une prise en charge publique tardive, cristallisée dans la loi de 1970, qui fait de l'usager de drogue un délinquant ou un malade. C'est à ce moment que « la drogue

⁶ Une autre partie de ces malades se retrouve d'ailleurs en prison (Guignard et Guillemain 2008), témoignant des impensés de la politique de fermeture des asiles (Piel et Roelandt 2001).

devient un problème public » pour reprendre l'expression de Bergeron, dans un contexte marqué par le vote de plusieurs lois répressives. Sans restituer la structuration du champ de la prise en charge de la toxicomanie, il convient de préciser que celle-ci entre en résonance, dès les années 1980, avec le développement de la nouvelle pauvreté. C'est à cette période et dans le courant des années 1990 que s'observent les premières vagues de diffusion de l'héroïne, de la cocaïne et, d'abord dans une moindre mesure en France, du crack (Bouhnik 2008). L'usage de ces drogues, est très socialement clivé⁷ : tandis que les consommateurs de cocaïne sont globalement bien insérés et ont un niveau de vie moyen élevé (Lancial 2011) l'héroïne et le crack sont des « drogues du pauvre » (Schlegel 2015), souvent consommées dans des conditions d'hygiène mauvaises et faisant l'objet de pratiques de consommation à risques (partage du matériel, surdosages, mauvaise appréciation de la qualité du produit) (Bouhnik 2007). La précarisation rapide et massive des usagers de drogue et notamment d'héroïne contribue ici aussi à ce qu'une partie d'entre eux, les plus vulnérables parce que les plus engagés dans le processus de désaffiliation et les moins insérés dans des réseaux de sociabilité primaire, se retrouvent également dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Sans oublier que la figure du sans-domicile et *a fortiori* avant lui, du clochard, est très fortement associée à des représentations sur la consommation massive et fréquente d'alcool, largement intégrée à ce que Patrick Gaboriau a décrit comme une culture de rue (Gaboriau 1993).

Ici aussi, cette confusion partielle des problématiques sociales (perte d'emploi, de logement, faible insertion, parcours au sein des institutions de prise en charge de la pauvreté et des déviances) et sanitaires (alcoolisation, usage de drogues, prises de risques et pathologies liées) amène les acteurs de champs qui existent séparément (sans-abrisme, dépendances) à se rapprocher et à faire évoluer leurs pratiques respectives. En ce qui concerne l'hypothèse humanitaire, il faut nuancer son rapport à la prise en charge de la toxicomanie. Comme le souligne Parizot, Médecins du Monde est l'une des premières associations à mettre en place des échanges de seringues envers les usagers d'héroïne et de cocaïne. Ce type de pratiques est d'abord pensé par des associations investies dans la lutte contre les effets du Sida, à un moment où celui-ci se propage à toute vitesse. Les politiques de réduction des risques, qui remplacent progressivement le paradigme abstentionniste et curatif se déplacent vers les usagers de drogue les plus précaires de façon progressive. Dans les dispositifs investis dans le cadre de l'enquête de terrains, les pratiques de réduction des risques sont pourtant très isolées : le modèle de l'abstinence, incarné par la cure, la post-cure et les contrats de réinsertion, restent largement dominants. Des formations sont mises en place entre partenaires du secteur médico-social local, afin d'échanger sur les représentations des professionnels, et sur les pratiques à mettre en œuvre vis-à-vis des personnes hébergées en CHRS et usagères de drogues, *a fortiori* dans la mesure où celles-ci y sont nombreuses.

3. La médicalisation de la prise en charge par sa professionnalisation.

⁷ Aux Etats-Unis, ce clivage social se double d'un clivage racial extrêmement marqué (Bourgois et Schonberg 2005, 2009). Les politiques de lutte contre la drogue y sont, plus qu'en France et en Europe, des politiques de luttes contre les pauvres, et contre les Noirs : l'usage de crack, particulièrement consommé dans certains quartiers très pauvres et très majoritairement noirs, est ainsi plus sévèrement réprimé que celui de n'importe quel autre drogue.

L'hypothèse humanitaire paraît donc insuffisante pour expliquer le déploiement de l'accès aux soins et à la santé des personnes sans-domicile, dans la mesure la prise en charge du sans-abrisme est également influencée par les évolutions des secteurs de la psychiatrie et de la prise en charge de la toxicomanie. Ces influences se traduisent principalement sur l'organisation professionnelle, la division du travail et les pratiques d'accompagnement des acteurs investis dans la prise en charge. Afin de prendre en considération ces différentes dimensions, c'est la professionnalisation de celle-ci qui est étudiée.

Dans la thèse, je montre que la formulation d'une question médicale au cœur de la question SDF influe directement sur la professionnalisation de la prise en charge médico-sociale des personnes sans-domicile. La professionnalisation est envisagée au sens d'Andrew Abbott, comme une dynamique relationnelle à la fois conflictuelle et coopérative par laquelle différents groupes professionnels revendiquent une légitimité à agir sur une problématique donnée – ici la prise en charge des sans-domicile –, sur certains pans de celle-ci, ou sur son entièreté (Abbott 1988). Abbott nomme le lien entre un groupe professionnel, la tâche dont il se revendique légitime, et l'objet ou le périmètre sur lequel s'exerce cette tâche, une juridiction. Dans cette perspective, la professionnalisation implique moins d'étudier les caractéristiques inhérentes ou nécessaires à l'obtention d'un statut de profession (existence d'associations professionnelles, d'une capacité de mobilisation en tant qu'entité relativement homogène, de syndicats professionnels, constitution d'un savoir expert validé par la reconnaissance académique, etc.), que la manière dont des entités professionnelles collectives interagissent entre elles en vue de se voir reconnues comme légitimes à s'approprier une juridiction. En cela, Abbott s'inscrit nettement dans la lecture écologique de l'interactionnisme symbolique et de la tradition de Chicago (Chapoulie 2001; Cefaï 2016), et accorde une importance primordiale à la dimension relationnelle : un groupe professionnel n'est jamais isolé, mais interagit avec d'autres groupes qui peuvent travailler avec ou contre sa légitimité à agir.

Surtout, la théorie d'Abbott s'inscrit dans une perspective processuelle forte : les groupes professionnels ont tous une histoire faite de succès et d'échecs, partagée avec d'autres groupes auxquels ils sont plus ou moins directement liés, et avec lesquels ils interagissent à des niveaux (Hénaut 2016 ; Ollivier 2016) et des temporalités divers (Jouvenet 2017), qui peuvent être appréhendés par le biais de différentes méthodes dans le cadre de l'enquête sociologique. La théorie du système des professions ne peut faire l'économie d'une étude à caractère socio-historique (Rabier 2016 ; Lemercier 2016) qui vise à montrer comment un phénomène social en vient à être identifié comme un problème, formulé et reformulé comme tel par différents acteurs (Gusfield 1981), et comment des groupes vont, successivement ou simultanément, revendiquer une légitimité à intervenir pour résoudre ce problème (Gusfield 1989; Abbott 2005). C'est cette dimension socio-historique qui est évoquée ici, afin de comprendre comment des professionnels du soin parfois déjà investis dans la prise en charge sociopolitique à donner au sans-abrisme (Brodiez-Dolino 2013; Brodiez-Dolino et al. 2014), ont été perçus comme légitimes pour influencer en profondeur et durablement l'accompagnement médico-social des sans-domicile.

Ainsi la théorie d'Abbott permet-elle d'analyser les façons dont professionnels du soin et de la santé, physique comme mentale, et professionnels de l'intervention sociale interagissent, coopèrent, négocient, luttent, ou s'associent dans la prise en charge des personnes sans-domicile. Ce faisant, il devient possible d'envisager ensemble les

processus de médicalisation et de professionnalisation de cette prise en charge. Telle que l'ont étudiée Peter Conrad et Joseph Schneider (Conrad et Schneider 1992; Conrad 1992), la médicalisation peut prendre deux formes : d'une part, un phénomène peut être défini comme médical par l'identification de symptômes, de pathologies et de leur étiologie ; d'autre part, la réponse légitime ou perçue comme telle à apporter à un problème peut être d'ordre médical sans que celui-ci soit strictement ou seulement médical et quand bien même d'autres solutions (sociales, judiciaires, pénales) pourraient prévaloir. Édouard Gardella (2014a) a ainsi montré que le sans-abrisme avait fait l'objet de différentes formes de médicalisation : au tournant du XX^e siècle, on observe une médicalisation à visée explicative, qui voit dans l'errance tantôt un symptôme, tantôt une pathologie faisant l'objet de descriptions assez précises visant à identifier toute une étiologie. À l'inverse, la médicalisation que l'on observe à la fin du XX^e siècle semble avoir une visée davantage palliative : la vie en rue est ainsi progressivement identifiée comme étant à l'origine d'un ensemble d'affections sanitaires, physiologiques ou mentales (Peretti-Watel 2006). Ainsi si les professionnels de santé parviennent à identifier l'existence d'une dimension médicale en son sein ou en étant reconnu comme légitimes à agir, la professionnalisation et la médicalisation peuvent être liées. Stanislas Morel a donné une illustration de ce lien dans son analyse de la médicalisation de l'échec scolaire en France dans la seconde moitié du XX^e siècle, en montrant comment divers professionnels de santé (psychiatres, médecins, infirmiers), se sont affirmés légitimes et vus reconnaître comme tels dans la définition et la prise en charge de l'échec scolaire (Morel 2010).

Dans le cas de la prise en charge des personnes sans-domicile, l'étude de sa professionnalisation implique de prendre en considération les acteurs évoqués précédemment (secteurs de la psychiatrie et de la toxicomanie), mais aussi des acteurs tels que les médecins, les infirmiers, et les travailleurs sociaux. Dans le courant des années 1970, une succession de loi font évoluer les contours du champ médical et du champ de l'intervention sociale, et entérinent la création d'un secteur qui existait déjà de fait, le secteur médico-social⁸. La loi sur les hôpitaux de 1970, qui achève de médicaliser ces derniers en en faisant le centre de gravité d'un service public du soin, ouvre la voie à la création de dispositifs extra-hospitaliers, chargés de soigner, mais aussi de réinsérer les populations les plus vulnérables. Sur les terrains investis, tous ces professionnels interagissent, discutent, luttent, s'opposent ou s'accordent sur les problématiques posées au quotidien par l'accompagnement. Dans un contexte de pénurie structurelle des places d'hébergement, l'identification de problématiques de santé peut jouer un rôle dans l'attribution des places d'hébergement, et plus généralement des ressources à disposition pour prendre en charge les populations précaires.

⁸ Par manque de place, on se permet de renvoyer à un *working paper* disponible en ligne (Schlegel 2016), qui donne un aperçu très succinct de ces évolutions croisées des secteurs de la prise en charge de la toxicomanie, de la maladie mentale, du champ médico-hospitalier et du secteur médico-social. Un travail plus conséquent est en cours de réalisation dans le cadre de la thèse.

Bibliographie.

- Abbott, Andrew. 1988. *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- . 2005. « Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions ». *Sociological Theory* 23 (3): 245-74.
- Arnaud, A., O. Chosidow, M.-A. Détrez, D. Bitar, F. Huber, F. Foulet, Y. Le Strat, et S. Vandentorren. 2016. « Prevalences of Scabies and Pediculosis Corporis among Homeless People in the Paris Region: Results from Two Randomized Cross-Sectional Surveys (HYTPEAC Study) ». *British Journal of Dermatology* 174 (1): 104-12.
- Bazin, Fabienne, Isabelle Parizot, et Pierre Chauvin. 2006. « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001 ». *Sciences sociales et santé* 24 (3): 11-31.
- Beaune, Jean-Claude. 1983. *Le vagabond et la machine: essai sur l'automatisme ambulatoire, médecine, technique et société en France: 1880-1910*. Seyssel: Champ Vallon.
- Benoist, Yann. 2008. « Vivre dans la rue et se soigner ». *Sciences sociales et santé* 26 (3): 5-34.
- . 2010. « Se soigner à tout prix pour survivre à quel prix ? » In *Traité de bioéthique*, par Emmanuel Hirsch, 51. ERES.
- . 2016. « Tant qu'on a la santé... c'est pire ! » *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 13 (novembre).
- Bergeron, Henri. 1999. *L'État et la toxicomanie: histoire d'une singularité française*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Boltanski, Luc. 1993. *La souffrance à distance: morale humanitaire, médias et politique*. Paris: Ed. Métailié.
- Bouhnik, Patricia. 2007. *Toxicos: le goût et la peine*. Paris: La Découverte.
- . 2008. « Héroïne et consommations de précarité dans la France des années 1990-2000 ». *Déviance et Société* 32 (3): 267-84.
- Bourdieu, Pierre. 2013. *Manet, une révolution symbolique: cours au Collège de France, 1998-2000*. Paris, France: Seuil: Raisons d'agir.
- Bourgois, Philippe, et Jeff Schonberg. 2005. « Un « apartheid intime ». Dimensions ethniques de l'habitus chez les toxicomanes sans-abri de San Francisco ». *Actes de la recherche en sciences sociales* no 160 (5): 32-44.
- . 2009. *Righteous dopefiend*. Berkeley: University of California Press.
- Bresson, Maryse. 2003. « Le lien entre santé mentale et précarité sociale: une fausse évidence ». *Cahiers internationaux de sociologie* 115 (2): 311-26.
- . 2012. « La psychologisation de l'intervention sociale: paradoxes et enjeux ». *Informations sociales*, n° 169 (avril): 68-75.

- Brodiez-Dolino, Axelle. 2008. *Emmaüs et l'abbé Pierre*. Paris: Presses de Sciences Po.
- . 2013. *Combattre la pauvreté : vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*. Paris: Éditions du CNRS.
- Brodiez-Dolino, Axelle, Isabelle von Bueltingsloewen, Benoît Eyraud, Christian Laval, et Bertrand Ravon, éd. 2014. *Vulnérabilités sanitaires et sociales : de l'histoire à la sociologie*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Cardon, Dominique, Jean-Philippe Heurtin, Olivier Martin, Anne-Sylvie Pharabod, et Sabine Rozier. 1999. « Les formats de la générosité : trois explorations du Téléthon ». *Réseaux* 17 (95): 15-105.
- Castel, Robert. 1983. « De la dangerosité au risque ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 47 (1): 119-27.
- . 1995. *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Fayard.
- . 2011. *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Éditions de Minuit.
- Chapoulie, Jean-Michel. 2001. *La tradition sociologique de Chicago: 1892-1961*. Paris: Éd. du Seuil.
- Conrad, Peter. 1992. « Medicalization and Social Control ». *Annual Review of Sociology* 18: 209-32.
- Conrad, Peter, et Joseph W. Schneider. 1992. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Coulomb, Laureline. 2016. « Entre négociations et malentendus: l'interaction entre soignants et soignés sans-domicile ». Thèse de doctorat, Strasbourg: Université de Strasbourg.
- Damon, Julien. 2002. *La question SDF : critique d'une action publique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- De Swaan, Abram. 1990. *In care of the state: health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*. Cambridge: Polity Press.
- Demazière, Didier, et Morgan Jouvenet, éd. 2016. *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*. Vol. Volume 1. Paris: Éditions de l'EHESS.
- Dodier, Nicolas, et Agnès Camus. 1997. « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 52 (4): 733-63.
- Domin, Jean-Paul. 2013. « Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu ». *Revue du MAUSS*, n° 41 (juin): 41-52.
- Eyraud, Benoît. 2013. *Protéger et rendre capable: la considération civile et sociale des personnes très vulnérables*. Toulouse: Erès éditions.
- Fassin, Didier. 2006. « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute: Une configuration sémantique de l'action publique ». *Politix* 73 (1): 137.
- . 2010. *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Gallimard, Seuil.

- Gaboriau, Patrick. 1993. *Clochard : l'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*. Paris: Julliard.
- Gardella, Édouard. 2014. « L'urgence sociale comme chronopolitique. Temporalités et justice sociale de l'assistance aux personnes sans-abri en France depuis les années 1980 ». Thèse de doctorat en Sciences politiques, Paris: EHESS.
- Gardella, Édouard, Anne Laporte, et Erwan Le Méner. 2008. « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri ». *Sciences sociales et santé* 26 (3): 35-46.
- Garnot, Nicolas Sainte Fare. 1984. « L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ? » *Histoire, économie et société* 3 (4): 535-42.
- Girard, Vincent, Pascale Estecahandy, et Pierre Chauvin. 2010. « La santé des personnes sans-chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. » Paris: Ministère de la santé et des sports.
- Guignard, Laurence, et Hervé Guillemain. 2008. « Les fous en prison ? » *La vie des Idées*. <http://www.laviedesidees.fr/Les-fous-en-prison.html>.
- Gusfield, Joseph R. 1981. *The culture of public problems: drinking-driving and the symbolic order*. Chicago: University of Chicago Press.
- . 1989. « Constructing the Ownership of Social Problems: Fun and Profit in the Welfare State ». *Social Problems* 36 (5): 431-41.
- Hacking, Ian. 1998. *Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Henckes, Nicolas. 2007. « Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970 ». Thèse de doctorat en Sociologie, Paris: École des hautes études en sciences sociales.
- Imbault-Huart, Marie-José. 1984. « Histoire de la médecine. Luxe ou nécessité à la fin du XXe siècle ». *Histoire, économie et société* 3 (4): 629-40.
- . 1996. « Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions ». In *La société, l'hôpital et les pauvres*, Musée de l'AP-HP/Doin, 53-86.
- . 1998. « Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique ». In *Précarité et santé*, Flammarion, 75-83. Médecine Sciences. Paris: Jean Lebas et Pierre Chauvin.
- Jouvenet, Morgan. 2017. « Contextes et temporalités dans la sociologie processuelle d'Andrew Abbott ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 71e année (3): 597-630.
- Kovess, V., et C. Mangin Lazarus. 1999. « The Prevalence of Psychiatric Disorders and Use of Care by Homeless People in Paris ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34 (11): 580-87.

- Lancial, Nathalie. 2011. « Les usagers récréatifs cachés de cocaïne: analyse des pratiques dans le Nord de la France ». Thèse de doctorat en Sociologie, Villeneuve d'Ascq, France: Université Lille 1.
- Laporte, Anne, Anny Rouvel-Tallec, Etienne Grosdidier, Sandrine Carpentier, Chantal Benoît, Daniel Gérard, et Xavier Emmanuelli. 2006. « Epilepsy among the Homeless: Prevalence and Characteristics ». *The European Journal of Public Health* 16 (5): 484-86. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl011>.
- Marques, Ana. 2013. « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité ». *Le sociographe*, n° 42 (juin): 67-77.
- Morel, Stanislas. 2010. « L'échec scolaire en France (1960-2010): sociologie d'un champ d'intervention professionnelle ». Thèse de doctorat en sociologie, France: École doctorale de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Parizot, Isabelle. 2003. *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Peretti-Watel, Patrick. 2006. « Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide ». <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/23348>.
- Piel, Eric, et Jean-Luc Roelandt. 2001. « De la psychiatrie vers la santé mentale ». Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Rhenter, Pauline. 2004. « De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003) ». Thèse de doctorat, Lyon, France: Université Lumière.
- Rode, Antoine. 2010. « Le "non-recours" aux soins des populations précaires: constructions et réceptions des normes ». Thèse de doctorat, 2009-2014, France: Université de Grenoble.
- Schlegel, Vianney. 2015. « Les usages de drogues dans les marges du travail : le cas de sans-abri lillois ». *Psychotropes* 21 (1): 97-111.
- Sicot, François. 2001. *Maladie mentale et pauvreté*. Paris, France, Hongrie, Italie.
- . 2006. « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? » *Déviance et Société* 30 (2): 203-32.
- Snow, David A., Susan G. Baker, et Leon Anderson. 1988. « On the Precariousness of Measuring Insanity in Insane Contexts ». *Social Problems* 35 (2): 192-96.
- Snow, David A., Susan G. Baker, Leon Anderson, et Michael Martin. 1986. « The Myth of Pervasive Mental Illness among the Homeless ». *Social Problems* 33 (5): 407-23.
- Velpry, Livia. 2006. « L'expérience sociale de la maladie mentale: être un patient à long terme en psychiatrie de secteur ». Thèse de doctorat en sociologie, France: Université Paris Descartes.

- Warin, Philippe. 2016. *Le non-recours aux politiques sociales*. Fontaine: Presses universitaires de Grenoble.
- Weber, Max. 1964. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris: Plon.
- Wright, James D. 1988. « The Mentally Ill Homeless: What Is Myth and What Is Fact? » *Social Problems* 35 (2): 182-91.