

Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale Medicalisation and the Construction of Social Exclusion

Yolande Pelchat, Éric Gagnon and Annick Thomassin

Number 55, Spring 2006

La santé au risque du social

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/013224ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/013224ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (print)

1703-9665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Pelchat, Y., Gagnon, É. & Thomassin, A. (2006). Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale. *Lien social et Politiques*, (55), 55–66.
<https://doi.org/10.7202/013224ar>

Article abstract

The goal of fighting social exclusion is incorporated into many state interventions and in a number of national and social and political settings. Inspired by a variety of symbolic understandings, those involved in these interventions propose a diversity of ways of analysing and acting on social exclusion. In this article the authors examine the reliance on the language of public health that underpins the actions of the British and French governments in their campaigns against social exclusion. This preliminary and exploratory analysis is intended not only to reveal the many places in which a “medicalisation of the social” occurs but also to draw attention to the situations of social exclusion thereby constructed. Such a construction of reality risks creating the excluded without its opposite, the “excluder.”

Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale

Yolande Pelchat, Éric Gagnon et Annick Thomassin

« On a les choses de ses mots. »

J. Laisis

La lutte contre l'exclusion sociale est devenue l'une des dimensions centrales de la « modernisation du modèle social européen » (Conseil de l'Union européenne, 2000: 2). Chaque État membre est dorénavant convié à produire un plan national qui doit présenter les actions qu'il a entreprises, ou qu'il compte entreprendre, pour lutter contre l'exclusion sociale. Dans le cours de ces activités nationales ou supranationales émergent des façons particulières de penser l'exclusion sociale. Nous proposons ici d'examiner de quelle façon les modes d'appréhension de l'exclusion sociale et l'élaboration de stratégies visant à la contrer puisent aux cadres conceptuels et aux modèles d'intervention en matière de santé publique.

Doit-on voir dans cette lutte contre l'exclusion un nouveau chapitre de la « sanitarisation du social » ? Cette expression, que nous empruntons à Didier Fassin, nous

sert ici de concept interprétatif. Elle renvoie aux opérations par lesquelles s'effectue une « traduction sanitaire d'un problème de société » (Fassin, 2000: 105). Par « sanitarisation », nous désignons plus précisément la construction d'une réalité (ici, l'exclusion sociale) en tant qu'atteinte au bien-être physique et mental d'un individu ou d'un ensemble d'individus. Selon les termes de Fassin (2000), cette construction singulière de la réalité donne à voir des « corps altérés et souffrants », ou qui risquent de l'être. L'atteinte, ou le risque d'une atteinte, corporelle ou psychique deviendrait ainsi « un *signifiant dicible* » (Fassin, 1998: 14, en italiques dans le texte) de l'exclusion sociale qui vient légitimer et orienter les stratégies à mettre en place. Des auteurs américains et britanniques utilisent les termes *healthization* (Conrad, 1992; Williams, 2002) ou *healthicization* (Hislop et Arber, 2003; Williams, 2004) dans une perspective similaire.

Dans cet article, nous examinons des interventions étatiques en matière de lutte contre l'exclusion sociale qui se sont déroulées au cours de la dernière décennie dans des contextes nationaux et sociopolitiques spécifiques, soit la France et le Royaume-Uni. Dans la lignée des travaux de Conrad (1992) et de Conrad et Schneider (1980), nous avançons qu'un processus de sanitarisation est susceptible d'opérer simultanément sur différents plans: *conceptuel*, lorsqu'un problème donné est formulé à même le vocabulaire de la santé publique; *institutionnel*, quand les organisations étatiques ou autres élaborent leurs actions en puisant aux modes d'intervention spécifiques à la santé publique; *interactionnel*, par exemple dans une relation face-à-face entre un intervenant et un usager.

Il va sans dire que nous n'essayons pas ici de couvrir dans le détail l'ensemble des actions qui ont été déployées par les États français et

britannique dans leur lutte contre l'exclusion sociale. Notre démarche est avant tout illustrative et exploratoire. D'une part, elle vise à présenter des pratiques qui évoquent une propension, plus ou moins marquée, à la sanitarisation du social. D'autre part, elle s'inscrit dans une perspective de clarification et de mise en discussion de ce qui est en jeu. Car, dans le cours des pratiques de sanitarisation, ce n'est pas seulement une description particulière d'un phénomène qui est mise de l'avant, mais aussi une façon singulière de dire la société, c'est-à-dire les êtres humains et leurs interactions. La construction de la réalité de l'exclusion sociale qui résulte de ce processus de sanitarisation ferait-elle exister des exclus sans contrepartie «excluante»?

Soulignons également que, notre matériel étant principalement constitué de documents gouvernementaux qui traitent de l'exclusion sociale et décrivent les actions entreprises ou à envisager pour lutter contre ce phénomène, notre analyse traitera essentiellement des dimensions conceptuelle et institutionnelle de la sanitarisation définies plus haut. Documenter la dimension interactionnelle, c'est-à-dire la «traduction sanitaire» qui se

produit dans la relation entre un dispensateur de services et un usager aurait exigé le recours à d'autres méthodes.

Ce texte doit donc être lu comme un produit provisoire d'un programme de recherche en formation, une démarche en évolution qui, dans son parcours, soulève autant de questions qu'elle apporte de réponses¹.

Sanitarisation et médicalisation

À l'instar de Hislop et Arber (2003), nous croyons utile d'établir, d'entrée de jeu, une distinction entre sanitarisation et médicalisation. Nous réservons le terme «médicalisation» aux modes d'appréhension d'un phénomène qui puisent directement au registre de la maladie et de son étiologie. Par exemple, la prescription de médicaments est souvent considérée comme un indicateur de médicalisation. Pour sa part, la sanitarisation trouve son ancrage moins dans le registre de la maladie et davantage dans celui du bien-être physique et psychique. L'atteinte de ce bien-être est considérée comme étant étroitement liée aux habitudes de vie de chaque individu, à ses attitudes, à ses comportements, à ses connaissances, ou encore à des facteurs dits «socioéconomiques» tels que sa profession, son revenu, son état civil, etc. Dans les termes de Hislop et Arber, la sanitarisation fait de chaque individu le principal acteur de l'amélioration de son bien-être².

Pour assurer que chaque individu assume cette responsabilité morale par rapport à son bien-être physique et psychique, un ensemble d'actions est déployé par les systèmes de santé publique. Les fonctions de surveillance, de protection, de prévention et de promotion de la santé donnent lieu à une grande variété

d'activités: production de connaissances; élaboration de lois, règlements, politiques ou programmes; mise en œuvre d'interventions auprès de la population ou de groupes particuliers.

Cette «entreprise publique de gestion de la santé de la population» (Massé, 2003: 4) qu'est la santé publique puise dans une large mesure à un lexique particulier, celui de l'épidémiologie moderne, que Berlivet (2001) qualifie également d'épidémiologie du risque. L'enjeu de la prévention, ce «noyau dur de la santé publique contemporaine», est précisément d'agir sur «les facteurs de risque statistiquement ou épidémiologiquement établis» (Dozon et Fassin, 2001: 23). Dès lors, des réalités diverses sont construites à même les méthodes et le lexique de l'épidémiologie. Avec le développement de ce qu'il est maintenant convenu d'appeler l'épidémiologie *sociale*, la chaîne des facteurs de risque se fait de plus en plus longue. Cherchant à aller au-delà des comportements à risque liés aux habitudes de vie (nutrition, consommation de drogues et d'alcool, sédentarité, etc.), l'épidémiologie sociale se donne pour mandat d'étudier les «déterminants sociaux» de ces comportements: position socioéconomique, répartition des revenus, réseaux sociaux et soutien social, capital social et cohésion sociale, milieu de travail, etc. (Berkman et Kawachi, 2000). L'épidémiologie met ainsi de l'avant une façon singulière de penser les humains et leurs interactions. En effet, l'«identification d'un facteur de risque ne procède pas simplement d'une mise en statistique du réel, elle implique également des pré-supposés à travers lesquels le monde social est déchiffré et interprété» (Dozon et Fassin, 2001: 8). Nous y reviendrons en conclusion.

À l'instar de Williams (2003), nous tenons cependant à ajouter que la traduction d'un problème dans des termes sanitaires ne saurait être attribuée aux seuls acteurs de la santé publique, qu'ils soient concepteurs de politiques et de programmes ou intervenants. En effet, d'autres acteurs sont susceptibles de puiser aux mêmes ressources symboliques. La sanitarisation ne renvoie pas non plus obligatoirement à l'idée d'une planification préalable. À ce sujet, la mise au point effectuée par Conrad (1992) à propos de la médicalisation mérite d'être rappelée: il s'agit d'«un processus socioculturel qui peut, ou non, impliquer le corps médical, mener à un contrôle social des traitements médicaux exercé par les médecins, ou résulter d'une expansion délibérée de la profession médicale³». La sanitarisation procède, nous semble-t-il, de la même façon.

Le processus de sanitarisation est donc susceptible d'emprunter divers parcours et d'opérer sur différents plans (conceptuel, institutionnel, interactionnel). Aussi, traiter de cette question ne devrait pas, comme ont tenu à le préciser Dozon et Fassin (2001: 348), amener ceux et celles qui s'y attardent à s'en tenir à «une critique de la médicalisation [sanitarisation] ou de l'hégémonie planétaire de la biomédecine [santé publique]». Dans notre esprit, il s'agit davantage d'étudier des pratiques, à l'échelle locale ou nationale, où s'opère une «colonisation potentielle» de certains phénomènes par différentes formes d'expertises qui se sont développées dans le champ de la santé (Williams, 2003). Les deux prochaines sections exposent les résultats d'un tel exercice. Nous y évoquons diverses pratiques de sanitarisation qui ont entouré la

lutte contre l'exclusion sociale en France et au Royaume-Uni.

La France: un dispositif de soins pour les exclus

En France, l'*exclusion sociale* est au centre des débats politiques et sociaux depuis le début des années quatre-vingt-dix; elle symbolise les principales menaces qui pèsent sur la cohésion sociale (Paugam, 1996: 155).

Ce mot est devenu en quelques années le support des discussions sur l'avenir social de notre pays. Il avive les angoisses de franges nombreuses de la population, inquiètes face au risque de se voir un jour prises dans la spirale de la précarité, et accompagne le sentiment presque généralisé d'une dégradation de la cohésion sociale.

Désormais populaire, l'exclusion est une notion à l'aide de laquelle la société française se pense, se donne une image d'elle-même, des problèmes sociaux qui perdurent en son sein (chômage, immigration) et des clivages qui la traversent.

Dans les années quatre-vingt-dix, la lutte contre l'exclusion, largement véhiculée par les médias, a fait l'objet d'un consensus politique (tous les partis politiques ont dû proposer des mesures pour réduire l'exclusion). Elle a donné lieu à des politiques, programmes et interventions. De nombreux chercheurs y ont aussi eu recours; notion controversée, l'exclusion sociale fut continuellement reprise, discutée et critiquée. Ses différents usages politiques et scientifiques donnent toutefois à penser que, de façon générale, elle sert à indiquer un relâchement des liens sociaux et un affaiblissement des mécanismes d'intégration sociale (travail salarié, famille, école) qui placent les individus en situation de vulnérabilité, les exposent à la pau-

vreté et les privent d'une identité sociale forte et valorisée (Ion, 1995; Paugam, 1996).

L'expression «exclusion sociale» a d'abord été utilisée pour dire les effets du chômage, considéré comme le problème le plus important en France dans les années quatre-vingt. Chercheurs et analystes ont en effet eu recours à cette expression pour parler des conséquences de la crise structurelle de l'emploi et de la crise des formes de protection sociale (salarial notamment), ces crises qui maintiennent dans la pauvreté de larges segments de la population et refoulent à la marge de la société les individus les moins qualifiés ou les plus précaires. Dans cette perspective, l'exclusion sociale, c'est d'abord l'exclusion des ressources financières suffisantes et des emplois. Le qualificatif d'«exclus» a par la suite été attribué à différents groupes de personnes marginalisées (ex. les «sans domicile fixe») ou privées de droits (ex. les «sans papiers» ou immigrants en situation irrégulière), et plus largement aux individus et groupes qui se sentent victimes d'une mise à l'écart de la société française en raison du chômage mais aussi du racisme, qui frappent de façon tout à fait particulière les jeunes des quartiers «difficiles».

De façon concomitante, l'expression «exclusion sociale» a été reprise par la santé publique pour désigner une catégorie particulière de la population, un nouveau groupe cible: les exclus. L'introduction de l'exclusion dans le schème conceptuel de la santé publique découle d'une double opération: le constat que les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) présentent davantage de problèmes de santé que la moyenne nationale, d'une part, et

la reconnaissance du droit aux soins et plus largement du droit à la santé, d'autre part.

Comme on estimait que les personnes sans domicile fixe (SDF) et les immigrants sans statut n'avaient guère ou pas du tout accès à des services de santé tout en vivant dans des conditions favorables à la maladie, les premières interventions en matière de santé ont été orientées vers un plus grand accès aux soins. Ce sont des associations, la Croix-Rouge et Médecins du monde notamment, qui ont occupé l'avant-scène pour alerter les autorités et offrir de l'aide et des soins gratuitement aux dits exclus. L'action gouvernementale a suivi, prenant la forme des *permanences d'accès aux soins de santé* (PASS), cellules mises en place dans les centres hospitaliers généraux, destinées à faciliter l'accès au système de santé aux personnes en situation de précarité et à «les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits» (Barberye et coll., 2003: 32).

Le but des PASS, affirme-t-on, est de favoriser une meilleure intégration de la dimension sociale dans les services publics dispensés par les hôpitaux (*ibid.*). Elles facilitent le

recours aux médecins (généralistes et spécialistes) pour les personnes en situation de précarité. Par exemple, en raison de la fréquence des problèmes psychiatriques et psychologiques (souffrance psychique, faible estime de soi, désocialisation), le partenariat avec la psychiatrie est jugé essentiel. En ayant recours à des travailleurs sociaux, les PASS contribueraient aussi à décharger le personnel médical et infirmier des «aspects sociaux de l'usager» (isolement, pauvreté, absence de logement, etc.). Néanmoins, c'est par le système de santé que sont définies les difficultés vécues par ces personnes et leur prise en charge. La santé étant un droit, les PASS se veulent un moyen d'intégrer progressivement les exclus «dans un dispositif de droit commun» (*ibid.*: 40).

Progressivement, la santé est devenue une dimension centrale de la lutte contre l'exclusion sociale. En témoignent le *Plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion* proposé par le gouvernement français en décembre 2002 ainsi que le deuxième *Bilan de l'application de la loi relative à la lutte sur l'exclusion* publié en 2003. Ces documents présentent de manière explicite le rôle accordé aux actions en matière de santé dans la lutte contre l'exclusion sociale. Sont en effet réaffirmés des objectifs d'amélioration de l'accès aux soins, notamment dans le cadre des PASS, de mise en œuvre de dispositifs de veille sociale pour les personnes sans domicile fixe (SDF) présentant des troubles psychologiques et psychiatriques, et de réduction du saturnisme infantile (Barberye et coll., 2003).

Nous reprendrons l'exemple du saturnisme infantile étudié par

Fassin (1998) pour préciser davantage comment l'exclusion découlant de l'inégalité face au logement en France a été traduite dans le langage de la santé publique. Le saturnisme est en effet devenu pendant les années quatre-vingt-dix l'un des principaux objets des institutions locales de santé publique en France. Cette intoxication affecte essentiellement les enfants qui sont exposés à des poussières de peintures riches en plomb. Or, ces peintures se retrouvent principalement dans les immeubles vétustes de certains quartiers des centres-villes ou des banlieues prolétaires où habitent les classes populaires et plus particulièrement les familles immigrées. Avant l'épidémie de saturnisme et le décompte de cas graves, voire mortels, les conditions de résidence de ces populations n'avaient pas accédé à l'espace public. Ainsi, le saturnisme est venu nommer l'«innombrable des profondes disparités existant dans les conditions de vie et d'habitat des milieux pauvres et singulièrement immigrés» (Fassin, 1998: 14).

La sanitarisation effectuée un déplacement, elle opère une traduction. Le saturnisme a donné à la ségrégation spatiale et à la discrimination dans l'accès au logement la forme de «corps altérés et souffrants». Cet exemple montre que «là où les conditions indignes de l'habitat ne trouvaient aucun écho du côté des pouvoirs publics, l'évidence de l'atteinte corporelle a pu entraîner une réaction sociale et politique» (Fassin, 2000: 105). L'épidémie de saturnisme a conduit à des mesures de détection, de prévention et de réhabilitation des logements. Si ces mesures n'ont pas toujours été mises en pratique, les responsables du suivi de la *Loi sur la lutte contre l'exclu-*

sion sociale préconisaient encore récemment leur renforcement (Barberye et coll., 2003).

Associée à l'absence de statut social, l'exclusion est également perçue comme une atteinte à l'identité et à la dignité. En 1995, le groupe de travail « Ville, santé, précarité et exclusion sociale » de la Délégation interministérielle à la ville déposait un rapport intitulé *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. L'exclusion y est présentée comme une condition qui engendre un « mal-être » en raison de la récurrence des échecs dans différents domaines tels que le travail, le logement, la vie sociale et familiale. Les symptômes de ce mal-être, précise-t-on, sont la solitude et l'angoisse, la fatigue, le manque d'énergie, la honte, des liens sociaux inexistantes ou peu visibles, la perte d'estime de soi, le désinvestissement de la relation à l'autre, l'échec récurrent. La souffrance est présentée comme une manifestation de l'impuissance de l'exclu, à laquelle s'ajoute souvent le désarroi des intervenants: « Les intervenants s'interrogent sur la possibilité même d'établir une relation d'aide, voire une relation tout court, avec des personnes qui sont moins révoltées qu'effondrées » (Lazarus et Strohl, 1995: 11).

Si on dit refuser d'assimiler toute souffrance existentielle à une maladie psychiatrique soignable, et même redouter une « psychiatrisation du social », poser l'exclusion sociale dans les termes de la souffrance vient néanmoins inscrire la condition du chômeur ou de la personne marginalisée dans le champ sanitaire et plus spécifiquement dans celui de l'aide au maintien ou à la reconstruction de son bien-être psychologique. De fait, même si le groupe de travail affirme

clairement la nécessité d'une approche globale, de traiter les causes et non simplement les symptômes, sa principale recommandation est de créer des lieux d'écoute afin de permettre aux exclus d'exprimer leur souffrance, de les aider à faire face à leur problème, à se remobiliser, à dépasser la honte et les échecs.

D'autres indices de sanitarisation de l'exclusion sociale sont aussi repérables dans d'autres documents, notamment ceux du Haut Comité de la santé publique. Dans un volumineux rapport produit à la demande du Secrétariat d'État à la santé et à la sécurité sociale et du Secrétariat d'État à l'action humanitaire d'urgence, le comité fait état des liens directs entre la santé et la précarité, et a fortiori l'exclusion, considérée comme une de ses « formes extrêmes »: « On sait depuis longtemps que la santé est le résultat d'un processus cumulatif qui débute dès la gestation et se construit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence » (Haut Comité, 1998: 13).

Pour le Haut Comité de la santé publique, la précarité — qui selon son estimation touche environ un Français sur quatre — vient affecter la santé de multiples façons: par une dégradation des conditions de vie et un environnement peu propice à la santé (insalubrité, exposition à violence, travail pénible non sécurisé), mais également parce qu'elle porte atteinte à l'image de soi et engendre la honte et le sentiment d'inutilité, provoquant ainsi un mal-être et une souffrance psychique, et favorisant les comportements à risque (drogues) ou violents (agression, suicide). La précarité entraîne ainsi une détérioration de la santé des couches

sociales les plus défavorisées. Elle crée une vulnérabilité psychique et physique qui a des effets à court et à long terme sur la santé⁴.

La précarité contribuerait ainsi à entamer ce « capital » que constitue la santé. Exposant les individus à la maladie, elle laisse sur le psychisme et l'organisme des traces durables, qui sont responsables d'une dégradation ultérieure de la santé. Ainsi, précarité et santé sont étroitement liées. Ici aussi, une grande importance est accordée à la souffrance, au mal-être, à l'image de soi, au « vécu subjectif ». Cette souffrance prend la forme d'une pathologie pouvant entraîner d'autres affections ou comportements pathogènes.

L'exclusion pose bien d'autres problèmes que la seule absence de ressources financières qui peut toujours être compensée par différentes formes d'assistance. Le problème essentiel est que l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel. C'est également cette souffrance qui conduit au renoncement y compris des soins à son propre corps et finalement à l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques (Haut Comité, 1998: 28).

Les mesures préconisées par le Haut Comité de la santé publique exigent plus qu'un renouvellement des dispositifs institutionnels de santé et de sécurité sociale. Elles suggèrent, notamment, de faire de la lutte contre la précarité de l'emploi une priorité nationale et d'améliorer la protection des travailleurs devant la dégradation de leurs conditions de travail. C'est, rappelle-t-on, une mission de l'État inscrite dans la

Constitution française que de garantir la protection de tous les citoyens, et de leur santé.

La traduction des phénomènes de précarité et d'exclusion dans le langage de la santé publique tend à faire de la question de l'égalité des citoyens une question de plus ou moins grande exposition à des risques de différente nature, tandis que leurs droits sont débattus dans les termes d'un accès différencié à des mécanismes de protection. Certes, la tendance à la sanitarisation du phénomène de l'exclusion sociale en France que laissent entrevoir les discours gouvernementaux peut conférer une légitimité supplémentaire aux actions entreprises. Elle contribue toutefois à charger l'exclusion sociale d'un sens particulier qui laisse voir essentiellement des individus fragilisés, vulnérabilisés, souffrants. Cette appréhension de l'exclusion dirige le regard essentiellement sur les exclus. Nous reviendrons sur cette piste de réflexion dans la dernière partie de notre texte, une fois que nous aurons fixé son second point d'ancrage, soit l'examen de la lutte contre l'exclusion sociale au Royaume-Uni.

Le Royaume-Uni: les risques de l'exclusion

L'introduction de la notion d'exclusion sociale dans les politiques britanniques est étroitement liée à l'entrée au pouvoir du Parti travailliste en 1997, après plus de quinze ans au pouvoir du gouvernement conservateur. Selon Burchardt et coll. (2002: 3), on a commencé à employer ce terme au Royaume-Uni parce que le mot pauvreté choquait l'oreille des politiciens conservateurs⁵. L'adoption, à l'échelle de l'Union européenne, d'objectifs communs en matière d'inclusion sociale et les fonds rendus disponibles pour les atteindre auraient également contribué à ancrer l'usage de la notion d'exclusion dans les milieux politiques britanniques (Levitas, 2003b: 2).

La création en 1997 de la *Social Exclusion Unit* (SEU), organisme interministériel rattaché au cabinet du Premier ministre⁶, se présente comme un véritable symbole de l'implication du Parti travailliste nouvellement élu dans la lutte contre l'exclusion sociale. Cet organisme sans portefeuille regroupe une trentaine de membres, issus de la fonction publique et d'ailleurs: organisations non gouvernementales, entreprises, etc. (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001). Il a pour mandat d'assurer la cohérence et la coordination des politiques adoptées par les ministères et de faire des recommandations de manière à ce que ces derniers participent le plus efficacement possible à la lutte contre l'exclusion sociale à partir des enveloppes budgétaires existantes (Levitas, 1999b). Même si les travaux de la SEU portent essentiellement sur l'Angleterre, et non sur l'ensemble du Royaume-Uni, cet

organisme constitue un lieu privilégié à l'intérieur duquel, et à partir duquel, s'inventent et circulent des façons de conceptualiser l'exclusion sociale. C'est donc à partir de ses travaux, dont rendent compte les nombreuses publications de l'organisme, que nous tentons de saisir en quoi la conceptualisation de l'exclusion sociale, comme l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies d'intervention, participe d'un processus de sanitarisation du social.

Comme pour la France, trois opérations singulières retiendront notre attention: la construction de l'exclusion sociale en tant que «déterminant» de l'état de santé; la construction de l'exclusion sociale comme «atteinte», notamment au bien-être psychique, avec ses propres facteurs de risque (ou déterminants sociaux); l'adoption d'une stratégie préventive de lutte contre l'exclusion centrée sur les individus «à risque» et dont l'un des aspects est la restauration de leur bien-être psychique. Nous verrons cependant que le processus de sanitarisation de l'exclusion sociale prend une forme toute particulière que l'on pourrait qualifier d'«épidémiologisation». S'y côtoient des taux de prévalence, des facteurs de risque, des déterminants (*drivers*). Ce phénomène nous est apparu avec moins d'ampleur en France⁷.

Avec la réforme du National Health Service (NHS) entreprise par le Parti travailliste, l'exclusion sociale vient s'ajouter à la pauvreté et à l'emploi dans la liste des facteurs socioéconomiques qui constituent un risque pour la santé (Secretary of State for Health, 1998). L'intervention étatique en cette matière fonde en partie sa légitimité sur les «coûts élevés» de l'exclusion sociale pour

les individus, notamment en raison de ses effets délétères sur leur santé physique⁸, sur leur santé mentale⁹ et sur leurs espoirs face à l'avenir¹⁰. Depuis 2000, un module visant à mesurer l'exclusion sociale et le capital social est inséré dans les enquêtes annuelles de santé réalisées pour le compte du ministère de la Santé (Bajekal et Purdon, 2001). Désormais, le risque pour le bien-être physique ou psychique de l'individu sert à dire l'exclusion sociale; il lui offre un *signifiant dicible*, pour reprendre l'expression de Fassin (1998).

D'autres indices de sanitarisation sont également observables, pour peu que l'on s'attarde au travail de définition, de mesure et d'explication de l'exclusion sociale. Selon Burchardt et coll. (2002), dès sa création, la SEU a cherché à éviter les débats de nature conceptuelle. Elle a choisi d'appeler exclusion sociale «*ce qui peut se passer* quand des gens ou des quartiers sont pris dans un nœud de problèmes où se mêlent chômage, discrimination, manque de formation, faibles revenus, mauvais logements, criminalité, santé douteuse et familles brisées (SEU, 2004a: 14, nous soulignons)¹¹.

Dès lors, l'exclusion est conçue comme le résultat potentiel d'un cumul de problèmes auxquels les individus peuvent être confrontés au cours de leur vie. Cette formulation donne à voir différentes dimensions de la vie des individus qui viennent augmenter le risque d'exclusion; cependant, le contenu même de ce risque (sa substance) n'est pas pour autant explicite. Les travaux de recherche, notamment de la London School of Economics (Burchardt et coll., 1999) et de l'Université de Bristol (Gordon et coll., 2000), dont

les auteurs ont, pour leur part, proposé de mesurer l'exclusion à partir d'indicateurs de la participation à différents types d'activités (marché du travail; services; relations sociales; consommation), ne semblent pas avoir eu beaucoup d'écho à la SEU. Selon Lévitás (2003b), la construction étatique de l'exclusion sociale a écarté toute une tradition de recherche sur la pauvreté qui avait fait ressortir les liens étroits entre le manque de ressources matérielles et l'exclusion des divers lieux d'exercice de la citoyenneté.

En dépit des imprécisions qui entourent sa conceptualisation de l'exclusion sociale¹², la SEU a néanmoins distingué de nombreux groupes d'individus qui, en raison des situations dans lesquelles ils se trouvent, courent davantage de risques de «souffrir» d'exclusion sociale (SEU, 2004d: 7). L'étude commandée par la SEU sur les *drivers* de l'exclusion sociale (SEU, 2004c) témoigne de l'importance accordée à ce travail de repérage de «groupes à risques» spécifiques. Parmi ces groupes figurent: les familles monoparentales ou à faible revenu; les jeunes qui n'ont pas d'emploi ou ne sont pas dans le système d'éducation ou de formations techniques et professionnelles; les adultes sans emploi; les minorités ethniques; les personnes âgées dont les revenus dépendent du système de pensions public; les sans-abri; les contrevenants et les prisonniers; les personnes atteintes de maladies mentales ou d'incapacités physiques.

C'est précisément sur la base du dénombrement de ces personnes jugées à risque que la SEU a tenté d'établir la prévalence du phénomène de l'exclusion sociale: «moins de 1% des gens vivent les formes

extrêmes de l'exclusion (sans-abri, mères adolescentes...): environ 10% ont des problèmes sérieux, comme une pauvreté persistante, et 20 à 25% courent un certain risque d'exclusion sociale» (SEU, 2004a:13)¹³.

L'ampleur de l'exclusion est donc assimilée au nombre de personnes jugées à risque. Conséquemment, ce sont les individus qualifiés de vulnérables en raison des désavantages qu'ils cumulent qui sont au cœur des études et des divers programmes que la SEU regroupe sous la bannière de la lutte contre l'exclusion.

La stratégie britannique de lutte contre l'exclusion sociale est résolument tournée vers la prévention de la «transmission intergénérationnelle des désavantages» dans lesquels se trouvent les individus, comme le traduit la série de documents intitulée *Breaking the Cycles*. De nombreux champs d'intervention ont ainsi été retenus en vue de briser ce «cycle des désavantages», par exemple *Teenage Pregnancy Strategy*, *Sure Start*, *Neighbourhood Renewal Strategy*, *New Deal*.

On pourrait analyser chacun de ces programmes regroupés sous la bannière de la lutte contre l'exclusion sociale sous l'angle de la sanitarisation, notamment en montrant l'importance accordée à la souffrance psychique. Nous nous pencherons ici sur le *New Deal*, vaste programme visant l'intégration ou la réintégration sur le marché du travail; celui-ci est en fait l'un des principaux piliers, sinon le principal pilier, de la stratégie britannique en matière de lutte contre l'exclusion sociale. Lancé en 1998, ce programme fait du travail rémunéré un déterminant du bien-être psychique puisqu'il permet à l'individu d'accroître son estime personnelle, de

construire son identité et sa confiance en lui-même, de réaliser son potentiel et d'en transmettre les bénéfices de génération en génération (DWP, 2004). Le non-emploi, en contrepartie, est considéré comme un facteur de risque important pouvant même, dans les cas les plus extrêmes, conduire au suicide (SEU, 2004b). Le non-emploi est en effet décrit «comme un *déterminant* des autres aspects de l'exclusion sociale, pauvreté, absence de logement, maladie physique et mentale, usage de drogues» etc.¹⁴ (SEU, 2004c: 25; en italiques dans le texte). Dans sa lutte contre l'exclusion, le Parti travailliste fait donc valoir «l'éthique du travail et ses retombées non monétaires, en particulier l'estime de soi et le renforcement de l'identité»¹⁵ (Levitas 1999a: 12).

Quant aux interventions déployées pour favoriser l'insertion ou la réinsertion en emploi, elles misent en bonne partie sur la reconstruction du bien-être psychique et de l'estime personnelle dans une perspective d'accroissement de l'employabilité des individus considérés à risque d'exclusion sociale (DWP, 2004). Le soutien au développement de cette employabilité prend la forme d'une offre de services individualisés

d'orientation et d'aide à la recherche d'emploi. Le *New Deal* adopte ainsi une approche visant la modification des attitudes, des connaissances et des comportements relatifs à la recherche d'un emploi et, le cas échéant, au maintien de cet emploi. Par exemple, le *New Deal Menu of Help* offre une vaste gamme de services (*Motivational Assistance, Employability Skills, In-work Support, Specialist Support for the Most Disadvantaged People*, etc.) qui visent à donner ou à redonner aux «clients» les capacités nécessaires pour devenir «employables» (DWP, 2004).

Se mettent en place des dispositifs d'aide et d'écoute visant à faire en sorte que les individus soient en mesure d'assumer la responsabilité qui leur revient: celle de restaurer des capacités perdues (ou non acquises) en raison de «trajectoires sociales» particulières qui les affectent. Selon la formulation de Levitas (1999a: 12), «ceux qui n'ont pas de travail doivent à la fois chercher du travail et se rendre aptes au travail»¹⁶.

Au Royaume-Uni, tout comme en France, les programmes destinés aux exclus ou à ceux qui risquent de l'être poursuivent des objectifs de construction ou de reconstruction identitaire, de réalisation de soi et d'amélioration du bien-être psychique. Mais de ce fait, de quoi la sanitarisation détourne-t-elle le regard et l'action? Quel(s) sens y prennent le social et la société? Nous proposons ci-dessous quelques pistes de réflexion.

Le «social» de la santé publique

Dans un contexte où la santé prend une place considérable et déborde largement l'intervention médicale, reformuler les problèmes dans le

lexique de la santé est susceptible de rallier davantage les différentes tendances idéologiques et politiques qui coexistent à l'intérieur d'une société. Parce que le domaine de la santé paraît à plusieurs politiquement neutre et que devant la maladie tous devraient être égaux, parce que la souffrance physique et psychique suscite la compassion et qu'elle est l'objet d'attentions et de préoccupations dans la construction des identités individuelles et collectives (Gagnon, 2005), l'objectif d'amélioration de l'état de santé et de bien-être constitue un outil puissant de légitimation de l'intervention étatique. Cet objectif s'accompagne parfois d'une relative démedicalisation (d'une intervention moins grande des médecins notamment) tout en laissant la voie ouverte à la sanitarisation, processus dans lequel interviennent d'autres professionnels, comme les travailleurs sociaux, les psychologues ou les psychothérapeutes.

Dans les pages précédentes, nous avons fourni plusieurs illustrations de la sanitarisation qui accompagne la lutte contre l'exclusion sociale dans laquelle se sont engagés les États français et britannique à partir du milieu des années quatre-vingt-dix. Sous certains aspects, les pratiques de sanitarisation en France se distinguent de celles du Royaume-Uni. Par exemple, la traduction de l'exclusion sociale dans des termes proprement épidémiologiques paraît plus marquée et plus systématique au Royaume-Uni. Peut-être faudrait-il voir dans ce phénomène une manifestation de l'ancrage séculaire des politiques publiques britanniques dans les études épidémiologiques. Les historiens de la santé publique ou de l'épidémiologie s'entendent en effet pour dire qu'au Royaume-Uni, la «culture de la santé publique» et

les études épidémiologiques ont marqué fortement, et depuis longtemps, l'intervention étatique (Berlivet, 2001; Porter, 1994; Desrosières, 1993). Sur ce sujet, la France aurait, jusqu'à récemment, fait figure de «mauvaise élève de l'Europe» (Fassin et Dozon, 2001: 7). De fait, dès sa création, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale¹⁷, dont l'un des mandats est d'établir le nombre des personnes pauvres et exclues en France et d'en suivre l'évolution, a fait valoir les «incertitudes de la statistique» et les difficultés que posent la définition et la mesure de la «précarité» et de l'«exclusion sociale», phénomènes qui, de l'avis même de l'Observatoire, sont des situations de ruptures et d'indignation, de privation de droits, d'extériorité par rapport à la production et aux rapports sociaux (Observatoire, 2000).

Toutefois, au-delà de la différence d'intensité dans l'*épidémiologisation* de l'exclusion sociale, on observe plusieurs similitudes entre la France et le Royaume-Uni eu égard à la «traduction sanitaire» (Fassin, 2000) de ce phénomène particulier. De part et d'autre, l'exclusion sociale est vue comme un déterminant de la santé. Elle est parfois elle-même considérée comme un état de santé, une souffrance psychique que l'action étatique doit contribuer à réduire en mettant en place des interventions de soutien et d'accompagnement, de reconstruction du soi. Dans les termes de Jean-Louis Génard:

Il s'agit là pour les politiques publiques de générer ou de renforcer chez l'individu les capacités qui aujourd'hui sont censées assurer l'intégration sociale: autonomie, capacité de faire des projets, de se gérer, responsabilité de soi. Générer cela au tra-

vers d'un accompagnement social, psychosocial, psychothérapeutique, socioculturel, etc. (Génard, 2003: 23).

Cette vulnérabilité, cette fragilité qu'il faut réduire et soigner sert à nommer les personnes exclues ou à risque de l'être et à orienter les actions. Dès lors, l'intervention est orientée vers un objectif relativement précis (ex. réduire l'exposition au plomb, plutôt que combattre la pauvreté) et vers des populations cibles (les toxicomanes, les SDF). Cela permet de fixer des objectifs dont on pourra vérifier l'atteinte (au moyen de suivis des taux de prévalence par exemple). On peut cibler l'action, en délimitant des zones d'intervention et des catégories spéciales d'individus qui feront l'objet d'«une prise en charge spécifique et soigneusement ciblée» (Castel, 1995: 16).

La vulnérabilité, la fragilité, l'insécurité, le risque sont autant de mots qu'utilise la santé publique pour dire l'exclusion sociale. Mais ces mots disent aussi la société et les rapports entre les groupes d'acteurs qui la composent. Ils n'en fournissent pas une représentation bien articulée, claire et unanime, mais ils en soulignent certains traits. Ces mots de la santé publique donnent à voir un ensemble d'individus plus ou moins fragiles, plus ou moins bien protégés et diversement exposés à des risques, des individus dont il faut assurer la protection et renforcer les moyens de défense — qu'ils soient psychologiques (reconnaissance, image de soi), sociaux (réseaux, liens, supports, services) ou même immunitaires — en offrant des services de soutien, d'accompagnement, d'interventions centrées sur le renforcement des habiletés et des compétences. Dans cette optique, les relations sociales se réduisent pour

ainsi dire à l'aide, au soutien et aux services que procurent les proches, les professionnels et le «milieu»; cette conception des relations sociales est véhiculée par ailleurs par certaines applications des théories des réseaux sociaux et du capital social. La société ainsi construite est une société «d'accompagnement» des dits exclus.

Ce mode d'appréhension de l'exclusion sociale porte avec lui une compréhension particulière de la société et de ce qui peut (ou doit) être qualifié de «social». Eu égard aux interventions étatiques en matière de lutte contre l'exclusion sociale, la population d'une société donnée peut être divisée en deux parties: les personnes exclues, ou à risque de l'être, et les non-exclus. Mais de ces derniers on ne dit mot. Les non-exclus (ou les inclus) n'existent pas comme catégorie de population susceptible d'être interpellée dans la lutte contre l'exclusion sociale.

Appréhender l'exclusion sociale à partir des facteurs de risque (fussent-ils qualifiés de «sociaux») et des personnes qui les cumulent revient à faire exister une partie exclue sans contrepartie «excluante». Les exclus deviennent pour ainsi dire une entité autonome qui pourrait être pensée sans les actions qui excluent. Construite à l'intérieur du paradigme de la santé publique, l'exclusion sociale parvient difficilement à intégrer cet autre sens du mot exclusion: l'acte d'exclure. De fait, «l'acteur de l'exclusion sociale [...] fait fréquemment défaut dans le débat sur l'exclusion sociale tel qu'il est mené dans le cadre des études européennes et dans la plupart des Plans d'action nationaux» (Jehoel-Gijsbers et Vrooman, 2004: 3). Pour le dire autrement, cette perspective s'appe-

santit sur les individus et leurs relations «sociales» (relations de services, d'accompagnement ou de soutien réseau social) mais tend à ignorer les rapports sociaux: «la catégorie d'exclusion devient une donnée qui jaillirait naturellement, toute seule, comme autogénérée, du réel» (Karsz, 2004: 157). Une fois l'exclusion sociale pensée comme un état, une atteinte, dont on peut identifier les facteurs de risque, le statut d'exclu devient dissociable des rapports qui l'ont pourtant fait exister.

Travailler à resituer les rapports sociaux au cœur de la question de l'exclusion est, comme l'a souligné Levitas (2005), une entreprise politique qui déborde largement le domaine des politiques sociales. Une telle entreprise exige de «réassembler le social» (Latour, 2005), d'englober dans un même mouvement de compréhension les dits exclus, leur contrepartie et les rapports qui les (dés)unissent. Il s'agit donc de resituer la question des exclus dans le contexte d'une société; *une* mais néanmoins *inégalitaire*. En l'absence d'une telle représentation, disparaît toute référence à la société comme ensemble concret et surtout comme représentation d'un monde commun. Et c'est bien dans cette disparition

que s'ancrent l'exclusion et le malaise général que ce terme cherche à exprimer.

Si les pratiques de sanitarisation sont en mesure de favoriser la mise à l'agenda politique de l'exclusion et la mise en place d'un ensemble de programmes visant à réduire les difficultés rencontrées par les exclus, elles peuvent, si on n'y prend garde, maintenir la réflexion dans les limites d'une «nosographie des exclus», qui pointe leurs «singularités comme autant de différences» (Maisondieu, 1997: 157). Éviter cet écueil exige un programme de recherche et d'intervention qui intègre à la fois les «inclus» et les «exclus», qui les pense *dans* des rapports sociaux, c'est-à-dire dans des rapports inégaux imaginés et institués (immigrants, non-immigrants, usagers, intervenants, sans-emploi, travailleurs, etc.) qui contribuent à structurer leurs interactions.

Yolande Pelchat

Éric Gagnon

Annick Thomassin

Partenariat pour la recherche sur l'intégration sociale et la marginalisation (PRISM)

Centre de santé et des services sociaux de la Vieille Capitale

Notes

¹ Ce texte s'appuie sur une recherche en cours financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

² «It is the individual's responsibility, rather than the medical profession's, to transform the future by changing the health attitudes and the health behaviours of the present» (Hislop et Arber, 2003: 818).

³ Medicalization «is a sociocultural process that *may or may not* involve the medical profession, lead to medical social control of treatment, or be the result of intentional expansion of the medical profession» (Conrad, 1992: 211; c'est nous qui soulignons).

⁴ La perspective d'Emilio de La Rosa (1998) est sensiblement la même.

⁵ «In the UK, use of the term "social exclusion" began in a political climate in which the existence of "poverty" was not recognized by Conservative politicians».

⁶ Depuis mai 2002, la SEU relève du cabinet du vice-Premier ministre.

⁷ Nous ne présumons pas pour autant que tous les travaux de la SEU reposent sur des enquêtes proprement épidémiologiques.

⁸ «Social exclusion can lead to poorer physical health, through poor diet, lack of opportunities for exercise, or higher rates of smoking and drug use» (SEU, 2001, document sans pagination).

⁹ «Socially excluded groups usually face significantly higher levels of stress and mental problems, not surprisingly given their risk of social isolation and the difficulties of managing on low incomes and in high crime environments» (*ibid.*).

¹⁰ «Many people who are socially excluded felt little hope for the future [...] This feeling may be exacerbated by fear that the prospects for their children may be no better» (*ibid.*).

¹¹ «*What can happen* when people or areas suffer from a combination of linked problems such as unemployment, discrimination, poor skills, low incomes, poor housing, high crime, bad health and family breakdown».

¹² Par exemple, la distinction entre pauvreté et exclusion sociale paraît problématique. *Le New Policy Institute* produit un rapport annuel sur cinquante «indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale» (Palmer et coll., 2004), mais aucune distinction explicite n'est établie entre ceux qui se rapportent à la pauvreté d'une part, et à l'exclusion sociale d'autre part. Selon Lévitass, ces impré-

sions ont leur histoire propre: «[...] pragmatic considerations have led to an apparent consensus that indicators used in a “poverty and social exclusion audit” should be drawn from statistics, principally official statistics, which are already routinely collected. [...] we move from available data to an implicit definition embedded in the flawed data sets which already exist [...]» (Levitas, 1999b: 3).

- ¹³ «The scale of the problem is difficult to quantify. However, the best indications we have are that less than 1% of the population experiences the most extreme forms of social exclusion like rough sleeping or teenage pregnancy: around 10% have significant problems, like persistent poverty, and 20-25% are at some risk of social exclusion.»
- ¹⁴ «An important *driver* of other aspects of social exclusion, including poverty, homelessness, physical and mental ill-health, drug misuse, social capital and transport.»
- ¹⁵ «The work ethic, and the non-pecuniary benefits of work, especially self-esteem and identity.»
- ¹⁶ «Those without work have the duty not only to seek it, but to make themselves fit for it.»
- ¹⁷ L’Observatoire a été créé par la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Bibliographie

- BAJEKAL, Madhavi, et Susan PURDON. 2001. *Social Capital and Social Exclusion: Development of a Condensed Module for the Health Survey for England*. Londres, National Centre for Social Research.
- BARBERYE, Jeannine, Charles de BATZ, Jean-Patrice NOSMAS et Roland OLLIVIER. 2003. *Deuxième bilan de l’application de la loi relative à la lutte contre l’exclusion*. Paris, Inspection générale des affaires sociales.
- BERKMAN, Lisa F., et Ichiro KAWACHI, dir. 2000. *Social Epidemiology*. New York, Oxford University Press.
- BERLIVET, Luc. 2001. «Déchiffrer la maladie», dans J.-P. DOZON et D. FASSIN, dir. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Éditions Balland: 75-102.
- BURCHARDT, Tania, Julian LE GRAND et David PIACHAUD. 1999. «Social exclusion in Britain 1991-1995», *Social Policy and Administration*, 33, 3: 227-245.
- BURCHARDT, Tania, Julian LE GRAND et David PIACHAUD. 2002. «Introduction», dans J. HILLS, J. LE GRAND et D. PIACHAUD, dir. *Understanding Social Exclusion*. Oxford, Oxford University Press: 1-12.
- CASTEL, Robert. 1995. «Les pièges de l’exclusion», *Lien social et politiques-RIAC*, 34: 13-20.
- CONRAD, Peter. 1992. «Medicalization and social control», *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- CONRAD, Peter, et Joseph W. SCHNEIDER. 1980. «Looking at levels of medicalisation. A comment on Strong’s critique of the thesis of medical imperialism», *Social Science & Medicine*, 14: 75-79.
- CONSEIL DE L’UNION EUROPÉENNE. 2000. *Lutte contre la pauvreté et l’exclusion sociale. Définition des objectifs appropriés*. 14110/00.
- DSS (Department of Social Security). 1999. *Opportunity for All: Poverty and Social Exclusion*. Londres, DSS.
- DWP (Department for Work and Pension). 2004. *Building on New Deal: Local Solutions Meeting Individual Needs*. Londres, DWP.
- DESROSIÈRES, Alain. 1993. *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*. Paris, La Découverte.
- DOZON, Jean-Pierre, et Didier FASSIN. 2001. «Entre culture et politique. L’espace problématique d’une anthropologie de la santé», dans J.-P. DOZON et D. FASSIN, dir. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Éditions Balland: 343-353.
- FASSIN, Didier. 1998. «Politiques des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique», dans D. FASSIN, dir. *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte: 7-46.
- FASSIN, Didier. 2000. «Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé», *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1: 95-116.
- FASSIN, Didier, et Jean-Pierre DOZON. 2001. «L’universalisme bien tempéré de la santé publique», dans J.-P. DOZON et D. FASSIN, dir. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Éditions Balland: 7-19.
- GAGNON, Éric. 2005. «Figures de la plainte: la douleur, la souffrance et la considération», *Médecine/Sciences*, 21, 6-7 (juin-juillet): 648-651.
- GÉNARD, Jean-Louis. 2003. «Reconnaissance et citoyenneté. Vers une psychologisation de l’intervention étatique», dans J.-M. LAROUCHE. *Reconnaissance et citoyenneté. Au carrefour de l’éthique et du politique*. Québec, Presses de l’Université du Québec: 9-26.
- GORDON, David, et coll. 2000. *Poverty and Social Exclusion in Britain*. York, Joseph Rowntree Foundation.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. 1998. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes, Éditions de l’École nationale de la santé publique.
- HISLOP, Jenny, et Sara ARBER. 2003. «Understanding women’s sleep management: beyond medicalization-healthification?», *Sociology of Health & Illness*, 25, 7: 815-837.
- ION, Jacques. 1995. «L’exclusion, une problématique française?», *Lien social et Politiques*, 34: 63-69.
- JEHOEL-GIJSBERS, G., et C. VROOMAN. 2004. *L’exclusion sociale aux Pays-Bas. Construction d’un modèle de facteurs de risques en matière de pau-*

- vreté et d'exclusion sociale. Troisième table ronde sur la pauvreté et l'exclusion sociale, 18-19 octobre 2004, Rotterdam.
- KARSZ, Saul, dir. 2004. *L'exclusion, définir pour en finir*. Paris, Dunod.
- LA ROSA, Emilio de. 1998. *Santé, précarité et exclusion*. Paris, PUF.
- LATOUR, Bruno. 2005. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network Theory*. Oxford, Oxford University Press.
- LAZARUS, Antoine, et Hélène STROHL. 1995. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail «Ville, santé, précarité et exclusion sociale». Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion. Paris.
- LEVITAS, Ruth. 1999a. *New Labour and Social Exclusion*. Citizenship and Social Exclusion Panel (www.psa.ac.uk/cps/1999/levitas.pdf).
- LEVITAS, Ruth. 1999b. «Defining and Measuring Social Exclusion: a Critical Overview of Current Proposals», *Radical Statistics*, 71: 1-12 (www.radstats.org.uk/no071/article2.htm).
- LEVITAS, Ruth. 2003a. *The Idea of Social Inclusion*. Communication à la Social Inclusion Research Conference, Ottawa, 27 mars (www.ccsd.ca/events/inclusion/papers/relevitas.htm).
- LEVITAS, Ruth. 2003b. *Pre-Conference Interview*. Social Inclusion Research Conference, Ottawa, 27 mars (www.ccsd.ca/events/inclusion/papers/interview-levitas.htm).
- LEVITAS, Ruth. 2005. *The Inclusive Society? Social Exclusion and New Labour*. Hampshire, Palgrave Macmillan (2^e édition).
- MAISONDIEU, Jean. 1997. *La fabrique des exclus*. Paris, Bayard.
- MASSÉ, Raymond. 2003. *Éthique de la santé publique*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. 2001. *Exclusion sociale et pauvreté en Europe*. Paris, La Documentation française.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. 2000. *Rapport 2000*. Paris, La Documentation française (<http://les-rapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/004001838/0000.pdf>, 2005-11-10).
- PALMER, Guy, Jane CARR et Peter KENWAY. 2004. *Monitoring Poverty and Social Exclusion 2004*. Londres, New Policy Institute.
- PAUGAM, Serge. 1996. «La constitution d'un paradigme», dans S. PAUGAM, dir. *L'exclusion. L'État des savoirs*. Paris, La Découverte: 389-404.
- PAUGAM, Serge. 2000. «L'exclusion: usages sociaux et apports de la recherche», dans J.-M. BERTHELOT, dir. *La sociologie française contemporaine*. Paris, Presses universitaires de France: 155-171.
- PORTER, Dorothy. 1994. *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam, Éditions Rodopi B.V.
- SECRETARY OF STATE FOR HEALTH. 1998. *Our Healthier Nation: A Contract for Health*. Londres, The Stationary Office.
- SEU (Social Exclusion Unit). 2001. *Preventing Social Exclusion: Report by the Social Exclusion Unit*. Londres, Office of the Deputy Prime Minister.
- SEU (Social Exclusion Unit). 2004a. *Breaking the Cycle: Taking Stock of Progress and Priorities for the Future*. A Report by the Social Exclusion Unit. Londres, Office of the Deputy Prime Minister.
- SEU (Social Exclusion Unit). 2004b. *Action on Mental Health: A Guide to Promoting Social Inclusion*. Londres, Office of the Deputy Prime Minister.
- SEU (Social Exclusion Unit). 2004c. *The Drivers of Social Exclusion. Review of the Literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle Series*. Londres, Office of the Deputy Prime Minister.
- SEU (Social Exclusion Unit). 2004d. *The Impact of Government Policy on Social Exclusion among Working Age People*. Londres, Office of the Deputy Prime Minister.
- WILLIAMS, Simon J. 2002. «Sleep and health: Sociological reflections on the dormant society», *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 6, 2: 173-200.
- WILLIAMS, Simon J. 2004. «Beyond medicalization-healthicization? A rejoinder to Hislop and Arber», *Sociology of Health & Illness*, 26, 4: 453-459.