

Les personnes en situation de sans-abrisme face à la Covid-19 : étude sur des éléments d'une *praxis* humanitaire chez des acteurs associatifs de Marseille

Olivia Nevissas • Anthropologue
Aurélie Tinland • Chercheuse en santé publique
Cyril Farnarier • Socio-anthropologue
Émilie Mosnier • Médecin infectiologue
Marine Mosnier • Coordinatrice du programme Covidép Homeless

Si Marseille a beaucoup fait parler d'elle depuis le début de la pandémie, le travail mené par ses acteurs médico-sociaux est bien souvent resté dans l'ombre. Cet article permet de mesurer leur engagement. Surtout, rassemblant de multiples compétences autour de l'anthropologue Olivia Nevissas, il permet de poser les termes d'un possible renouvellement de la pratique humanitaire.

La crise sanitaire actuelle liée à la Covid-19 a modifié la représentation de l'action humanitaire d'urgence. Déployée sur des terrains souvent perçus jusqu'alors comme lointains, elle s'est imposée à certains acteurs de l'hébergement et de l'aide médico-sociale de terrain qui se sont retrouvés au cœur de l'urgence sanitaire et sociale avec des défis paradoxaux à relever. Parmi eux, celui de se protéger tout en prenant en charge les personnes en situation de sans-abrisme, vivant en squats et bidonvilles ou encore consommatrices de drogues. Ceci alors même que le regard médiatique était centré sur la saturation des lits en réanimation et le nombre de décès dus au nouveau coronavirus. C'est dans ce contexte – et après une analyse rapide des risques¹ d'infection et de l'impact de la précarisation croissante des publics sur leur santé (au sens de l'Organisation mondiale de la santé, OMS) – que les associations ont dû bricoler, s'adapter, innover, improviser, créer et imaginer, avec une réactivité et une efficacité amplifiées par l'urgence.

Nous avons souhaité documenter ces expérimentations. Celles-ci restent à appréhender par le prisme des acquis techniques, expérientiels, solides et déjà existants dans les champs de la solidarité et de l'action communautaire. Cependant, nous avons observé que l'injonction de l'urgence sanitaire et sociale a conduit certains acteurs associatifs marseillais non seulement à des constructions de discours et de pratiques (sur et autour du soin, de l'accompagnement social, de l'habiter ensemble, du soutien psychosocial, de la coordination et des relations partenariales), mais aussi à des modes opératoires et protocoles d'urgence inattendus et relevant du champ de l'action humanitaire².

Cet article a pour objectif de décrire les perceptions des différents facteurs de risques sanitaires et psychosociaux auxquels ont été confrontés les professionnels des associations sur le terrain entre début juillet et début septembre 2020. En écho à une adversité perçue, nous avons également analysé les leviers et ressources mobilisés par les acteurs pour prendre soin des autres et d'eux-mêmes.

¹ Le risque peut être défini comme une situation indésirable, à l'issue incertaine, dans laquelle un objet de valeur (la santé humaine, la sécurité ou la vie elle-même) peut être perdu. Voir Kirsten Stalker, "Managing risk and uncertainty in social work: a literature review", *Journal of Social Work*, vol.3 (2), 1 August 2003, p.211-233.

² Laëtitia Atlani-Duault et Laurent Vidal (dir.), *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement : des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*, Armand Colin, 2009. Lire également la recension qui a été faite de cet ouvrage par Sandrine Revet dans la revue *Critique internationale*, 2010/1, n° 46, p. 181-186, <https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/eu4vap9ompqllr09i6215i909/ressources/2010-revet-anthropologie-de-l-aide-humanitaire.pdf>

Méthodologie

Un volet qualitatif avec la réalisation de deux études socio-anthropologiques a été intégré dans le cadre du projet de recherche Covidép Homeless. Ce projet est porté par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), en partenariat avec l'ONG Médecins du Monde et la coordination ASSAB³ à Marseille. Il a pour objectif principal de mesurer la morbi-mortalité des personnes vivant à la rue, en foyers d'urgence, dans les squats ou en bidonvilles. L'échantillon de l'étude dont nous présentons une partie des résultats dans cet article est constitué de vingt-sept membres salariés de structures d'hébergement d'urgence, d'accueils de jour pour jeunes travailleurs et demandeurs d'asile, de dispositifs de réduction des risques liés aux drogues⁴, de prise en charge sanitaire et sociale ou des populations en situation de grande précarité. Les profils des personnes rencontrées entre juillet et septembre 2020 sont variés : chefs de service, coordinateurs, travailleurs sociaux, infirmier.e.s, psychologues, sociologues, anthropologues⁵. Une autre étude sociologique a été réalisée sur le thème de la perception de l'épisode sanitaire lié à la Covid-19 des personnes sans abri.

Perceptions et acceptabilité des risques sanitaires et psychosociaux

Des tensions propres à l'organisation sociale du travail au sein des associations et aux lieux d'intervention (facteurs environnementaux) ont été exacerbées au moment du confinement : rythme de travail souvent effréné et impactant la vie personnelle, tâches exigeantes sur le plan émotionnel et social, conflits d'ordre éthique, sentiment d'impuissance, exposition aux risques infectieux, de violence, etc.

Le déclenchement du confinement a surgi dans un contexte de manque chronique d'effectifs (salariés et bénévoles) et de moyens, parfois criant dans certains établissements de l'urgence sociale. Il aurait servi de catalyseur d'un « malaise⁶ » au travail déjà existant dans le milieu du travail social en France. Dans toutes les structures retenues pour l'enquête, la charge de travail relative à la réorganisation des services ou à l'intégration de nouveaux employés a constitué un facteur de stress modéré et cumulatif à d'autres facteurs, entre mars et juillet.

« Je faisais entre douze et treize heures par jour quand je travaillais ici – durant le confinement – et avec un portable allumé tout le temps en fait ! Y compris, chez moi quand je m'occupais de mes enfants. » – *Une coordinatrice de l'action médico-sociale*

Alors que la lecture du risque est motivée non par le besoin d'informations claires, mais par celui de protection psychologique par rapport à ce qui est compris comme dangereux⁷, l'absence de directives « peu claires quant aux mesures de protection venant de l'État » (chefe de service) a généré un sentiment de stress (perçu) chez une majorité de répondants à l'étude. En effet, exposés au risque de contamination au coronavirus du fait d'un manque de matériel (masques, gel hydroalcoolique, blouses, etc.), entre mars et mai, certains professionnels ou bénévoles ont quitté leur poste et demandé à ne pas venir pour raison médicale, en raison de leur âge et/ou de facteurs de morbidité propres à leur état de santé, ou encore par peur du stigma dans leur entourage.

Leurs représentations sociales des risques pour leur santé et leur bien-être psychosocial au travail varieront en fonction de plusieurs facteurs qui font que l'expérience professionnelle du confinement et du déconfinement n'a pas eu les mêmes répercussions sur tou-te-s. Parmi ces facteurs, figure

³ Projet de mise en réseau en faveur de l'accès aux droits et de l'accès aux soins et la continuité des soins pour les personnes sans abri à Marseille : <https://projetassab.org>

⁴ Associations de l'échantillon : Groupe SOS-Unité d'hébergement d'urgence, ADDAP 13 mission bidonvilles, CHRS Forbin, les missions du Caso (Centre d'accueil, de soins et d'orientation) et « Squats et bidonvilles » de Médecins du Monde, le dispositif de santé mentale communautaire de l'association MARSS, le projet de réduction des risques mené par l'association Bus 31/32.

⁵ Cette étude a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes Île-de-France VI sous le numéro d'enregistrement 20.05.11.70516.

⁶ Abraham Franssen, « Les travailleurs du non-marchand : héros et victimes. Demande de reconnaissance et transaction identitaire », *Recherches sociologiques*, vol. 30, n° 2, 1999, p. 159-181.

⁷ Helene Joffe, « De la perception à la représentation du risque : le rôle des médias », *Hermès, La Revue*, 2005/1, n° 41, p. 121-129.

l'affectation sur des missions en un lieu spécifique (en centre, dans la rue, sur les squats et bidonvilles) et avec des publics différents. Davantage personnels, les facteurs comme l'âge, la situation familiale, leur état de santé physique et psychologique, l'expérience professionnelle (niveau de connaissances et compétences en approches d'« aller-vers », des contextes d'urgence et d'épidémie, des publics) sont aussi à considérer. Pour quelques personnes interrogées, le niveau d'engagement dans le travail, entre vocation et obligation professionnelle, a modifié leur manière d'appréhender le risque. Par conséquent, le rapport au risque professionnel est influencé par ces deux catégories, qui ne sont pas perçues comme contradictoires par des professionnels interrogés.

« Ce n'est pas seulement une vocation, mais c'est aussi plus qu'un simple emploi et quant au risque d'attraper des maladies infectieuses, on y est habitués. » – *Une infirmière*

Face à des effectifs réduits et à une augmentation du volume des activités de protection et de soins auprès des publics en besoin, beaucoup sont restés en poste malgré une peur du virus et une fatigue émotionnelle et physique importante durant le confinement.

« Infecté par le Covid fin mars, j'étais très affaibli, mais j'ai choisi de me confiner au CHRS⁸, pour pouvoir travailler et protéger les miens. » – *Un éducateur spécialisé*

Quand les protocoles étaient définis, la confrontation des modèles explicatifs⁹ du coronavirus entre populations d'usagers et équipe encadrante a constitué un défi important, voire une source additionnelle de stress. Face à des perceptions variées du virus, il fallait rassurer, contenir les angoisses parmi les publics d'usagers, mais aussi prévenir parfois les risques d'accusation et de stigmatisation des malades ou des possibles cas contacts.

« On a commencé à faire des infos collectives début mars. Là, on n'a rien lâché en fait. Fallait faire comprendre à nos publics ce que c'était le coronavirus et qu'il pouvait toucher tout le monde. Parce que très rapidement, ils ont fait l'amalgame que c'était un virus qui ne touchait que les Blancs. » – *Infirmière coordinatrice en CHRS*

Comme l'illustre le témoignage suivant d'une gestionnaire de projet, deux « pôles » coexistaient pour la gestion de plusieurs centaines de personnes dans les unités d'hébergement d'urgence de son association. D'une part, il y avait le pôle coercitif avec un glissement possible dans le « tout [sécurité] sanitaire » et le risque de rajouter de la souffrance et de l'angoisse chez les usagers. De l'autre, le pôle dit « compréhensif¹⁰ » (empathique) pour humaniser la réponse et qui a demandé à faire confiance aux équipes, à leurs compétences culturelles, en éducation à la santé et en appui psychosocial.

« Quand on a [voulu organiser] des ateliers avec les personnes accompagnées, beaucoup de structures [ont refusé] en disant que le risque [était] trop grand. Nous [...], on a estimé que notre public n'était pas en capacité de supporter cet isolement, donc on a utilisé ce confinement pour au contraire travailler le lien avec les personnes. Donc effectivement, on a pris des risques. Quand on a joué au Scrabble, on n'a pas désinfecté les [...] lettres [du jeu] par exemple, on a respecté autant que faire ce peu les mesures barrières, on a dépisté tout le monde et on a eu peu de cas, mais on en a eu quand même. On a mis du matériel de protection à disposition quand on en a eu. Voilà, mais c'est vrai que l'on a été un peu sur le fil [...] entre le "tout sanitaire" et le "on s'en fout complètement, c'est une grippe quoi". Il a fallu trouver un juste milieu et ce juste milieu, c'est clair qu'il fallait avoir une analyse à la fois sanitaire des choses et en même temps une bonne connaissance du public et... de mes équipes ! » – *Une cheffe de service*

⁸ Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

⁹ Relatifs aux causes perçues d'une maladie (étiologie), aux modes d'expression de la souffrance, à la stigmatisation perçue, aux traitements à partir de la subjectivité, du langage, des appartenances religieuse, ethnique, des codes sociaux, familiaux d'une personne. Voir à ce sujet Arthur Kleinman, *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press, 1980.

¹⁰ Alain Epelboin, « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades* [en ligne], 78, 2009.

Le détour par une *praxis* humanitaire : quand le risque épidémique rencontre l'urgence sociale

Nous avons observé que certaines associations ont eu alors différentes stratégies d'adaptation pour penser l'assistance en adoptant un « positionnement » urgentiste par une (re)définition des missions, des formes de (re)déploiement des activités d'aller-vers. D'autres se sont repliées sur un lieu d'intervention ou ont suspendu leurs activités pour un temps avant de les déployer différemment. Aussi, les modifications à faire concernant l'adhésion, l'intégration et la mobilisation des membres salariés et/ou bénévoles – nouveaux parfois – en présentiel ou en télétravail ont représenté un ensemble de négociations important. Cela renvoie au concept de *praxis* – qui permet de penser les pratiques et actions des acteurs, de leurs intentions à leur mise en œuvre – en rapport avec l'activité réflexive sur ces pratiques.

Au moment du confinement, les « publics ordinaires » de ces organisations se sont trouvés dans des situations inédites, parfois critiques, et de « nouveaux publics » sont apparus. En quelques jours, les personnes en situation d'itinérance devaient être confinées. Logiques de triage des usagers par « catégories de personnes à risques », installation d'unités Covid dans les centres d'hébergement, stratégie d'optimisation du parc d'hébergement social pour une mise à l'abri d'urgence, maraudes pour visiter les publics en hôtels ou à domicile, services de restauration décuplés ou organisation de distributions alimentaires, de matériel d'hygiène ou de substituts (comme la méthadone) se sont développés. Ce genre d'actions a été structuré pour répondre aux besoins de base et spécifiques. Cela a amené à des pratiques de travail en réseau, faisant communiquer les différents secteurs d'intervention et champs de compétences.

« On avait envie de refaire des actions militantes via des interventions urgentistes. Les publics en squats étaient non confinables et remettre les maraudes reprenait tout son sens. On est passé de la RDR [réduction des risques] à de la distribution alimentaire, par des partenariats informels avec d'autres assos. » – *Une assistante sociale en équipe mobile*

Plus que tout, il fallait prévenir les risques d'infection au coronavirus et éviter les clusters au sein de la population en situation d'itinérance considérée comme « à risque »¹¹. Pour cela, il fallait former et protéger les équipes médico-sociales et d'encadrement. Confrontées parfois à des conflits de valeurs ou à des lenteurs institutionnelles, des équipes se sont redonné la capacité d'agir en devant parfois négocier avec leur direction.

« Il y avait un problème de cohésion d'équipe et de perte de valeurs militantes avant la Covid. On avait cessé les pratiques d'aller-vers ! Le confinement a permis de tout rediscuter et négocier avec la chefferie, de refaire des maraudes pour éviter aux gars de s'exposer aux divers risques de la rue : virus, amendes. On a dû argumenter. On a gagné, mais à pas grand-chose. » – *Une intervenante sociale*

Connues pour leurs effets parfois indésirables sur la qualité du lien entre acteurs et populations récipiendaires de l'aide, les actions d'urgence s'avèrent parfois opportunes pour repenser ses pratiques d'assistance et son rapport à l'« altérité perdue »¹².

« Il ne fallait pas les braquer sur les sorties à l'extérieur, durant le confinement et ne pas se monter autoritaire, paternaliste. Nous avons peur de perdre [de vue] nos gars, nos usagers et de voir nos liens se dégrader. En fait, non, au contraire. On a pu faire de l'éducatif de proximité, chose qu'on n'avait plus l'occasion de faire. » – *Une éducatrice spécialisée en équipe mobile*

¹¹ Les personnes de la rue sont particulièrement vulnérables sur le plan somatique, avec des ratios standardisés de mortalité (RSM) trois à treize fois supérieurs à la population générale. La prévalence de maladies chroniques, en particulier pulmonaires, celle du tabagisme, le sexe masculin, et un vieillissement de cette population sont autant de facteurs de risque de formes graves. Plus spécifiquement, la prévalence et la transmission de virus respiratoires parmi les populations de sans-abri ont été peu étudiées (Badiaga *et al.* Eur J Pub Health, 2009; Rodwell *et al.* Emerg Infe Dis 2010; Story *et al.* BMC Pub Health, 2014). Les difficultés d'accès aux soins, la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions peuvent entraîner des difficultés dans la prise en charge des personnes développant la Covid-19. L'infection Covid-19 pourrait accroître cette morbi-mortalité.

¹² Bernard Hours, *L'Idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*, L'Harmattan, 1998.

HUMANITARIAN ALTERNATIVES

Alors qu'une mise en sommeil forcée ou une paralysie momentanée de certaines activités (comme le suivi administratif) étaient palpables, des actions ont émergé très rapidement autour de l'habitat collectif dans les hébergements d'urgence. Des ajustements des pratiques professionnelles, des créations d'approches, de (co)construction des savoirs expérientiels sont aussi apparus autour de la question du bien-être social et émotionnel des publics confinés.

« Il a fallu créer et animer un collectif, en journée, pour que les personnes puissent respecter le confinement. Donc [...], on a monté des projets d'animation, d'ateliers, et puis on a aussi accompagné les consommations d'alcool sur site. Voilà. Choses qui n'existaient pas du tout avant... Enfin, pas "pas du tout", mais ce n'était pas formalisé et ça ne faisait pas l'objet d'un projet. » – *Une infirmière et cheffe de service en hébergement d'urgence*

Les acteurs comme les usagers reconnaissent que le confinement en centres d'hébergement ou le renforcement des temps de maraudes a permis de réintroduire le temps clinique de la présence, de repenser le cadre du travail social dans sa dimension du care.

« Débarrassée des tâches administratives, l'équipe a usé d'outils et des modalités de travail respectueuses, où la temporalité du séjour ou de l'accueil était adaptée au temps psychique, à la création de liens sociaux... très très particuliers. » – *Une psychologue en CHRS*

Plus que la somme des interventions (hébergement, aide alimentaire, soins de santé et prévention Covid, clinique psychosociale, travail social), la phase de l'urgence Covid a révélé une capacité réelle de coordination des intervenants. Les liens d'interdépendance, au cœur d'une équipe comme au sein d'un maillage d'acteurs (associatifs et institutionnels), ont été renforcés, particulièrement au début de la mise à l'abri d'urgence des personnes en situation d'itinérance.

« Le soin, c'est tout autant une relation thérapeutique qu'une organisation entre nous, une organisation sociale, décidée, choisie, donc une organisation politique. Et du soin de l'autre au prendre soin d'une population, il n'y a qu'un petit pas. Notre travail durant ces semaines de terrain pour contenir le virus et prendre soin des publics, eh bien ça, ça peut inspirer le champ politique tout entier. » – *Une responsable de projet associatif*

Aussi, nous verrons comment cela a permis aux acteurs de terrain de se réinventer ou de réaffirmer un mandat, une identité organisationnelle ou de redéfinir ses projets et objectifs. Par exemple, la mission « Squats et bidonvilles » de Médecins du Monde Provence-Alpes-Côte d'Azur a reconnu le besoin de renforcement des pratiques de santé communautaire, de valorisation et de formation des bénévoles. L'inclusion des travailleurs-pairs ou médiateurs de santé dans les activités de prévention au virus est apparue comme une pratique à renforcer pour travailler sur les barrières socioculturelles d'accès aux soins et à la santé.

Des leçons à tirer, des traces à laisser pour penser demain

Nous avons vu que l'urgence sanitaire et sociale durant le confinement semble pour certains professionnel·le·s avoir été vécue comme un épisode propice à l'expérimentation de nouvelles pratiques d'éducation à la santé, de soutien émotionnel et d'accompagnement social auprès des usagers. D'autres ont vu se tisser des liens fonctionnels et/ou d'entraide entre professionnels de domaines techniques ou scientifiques différents et autour de contributions à la fois disparates et complémentaires.

Ces changements de pratiques vont-ils se pérenniser ? Aujourd'hui, les acteurs perçoivent cette « fabrique » (au sens de bricolage) de certaines réussites, d'inventions et d'échecs comme un laboratoire de nouvelles pratiques, une « culture du précédent » pour l'action sanitaire et sociale de demain. Certaines équipes disent vouloir tirer des enseignements de leur mobilisation. En réponse à cela, la notion de « trace » est évoquée par les structures associatives et ses professionnels les faisant vivre. « Je vois comme un socle d'expériences réelles que la mémoire du groupe n'a pas encore oublié », nous confiera un acteur. Mais, pris dans la machine de l'urgence sociale et sanitaire, il rajoutera : « Après une

phase d'urgence propice à la créativité et au réseautage, je crains le repli sur soi. »

« On a besoin de prise de hauteur pour savoir que garder pour après. Je suis pessimiste, car nous avons déjà tendance à un retour aux habitudes... d'avant ! » – *Un coordinateur d'un Pôle Santé*

Bien que la crise ait servi de révélateur de situations sociales restées latentes ou « invisibles », les rendant particulièrement intolérables et donc objet de luttes redevenues cruciales, nous sommes amenés à nous demander si les associations œuvrant auprès des personnes en situation de sans-abrisme auront encore les mêmes capacités de résilience pour « rebondir » demain. En effet, les professionnels de santé et de l'action sociale craignent hier une baisse massive des financements tant privés qu'institutionnels et un raidissement des politiques publiques sociales et d'asile. Aujourd'hui, ils perçoivent la situation pandémique à Marseille comme exacerbant les épreuves de professionnalités du « monde d'avant », dont celle d'être « en panne d'action, affectés par la misère sociale et morale, ébranlés à la fois dans leur technicité et dans leurs idéaux d'intervention¹³ ».

C'est pourquoi un dialogue entre les acteurs institutionnels, les acteurs associatifs impliqués sur des projets d'accès au droit commun et la recherche interventionnelle en santé publique et en sciences humaines et sociales semble urgent. Elle permettra de penser une réponse intégrée face aux conséquences sanitaires, économiques et sociales induites par la crise sur les groupes de populations précaires.

Biographies

Olivia Nevissas • Anthropologue, Olivia Nevissas est engagée depuis 2008 sur des programmes d'urgence et de post-urgence de Médecins du Monde France et Handicap International (Haïti, Irak, Liban, Jordanie, Somalie, Rwanda, République démocratique du Congo, Soudan du Sud, Bangladesh, Madagascar) pour réaliser des études anthropologiques ou comme technicienne en santé mentale et soutien psychosocial. Depuis juin 2020, elle est chargée de l'étude pour le programme Covedep Homeless (Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille – Pôle psychiatrie – Équipe mobile psychiatrie précarité MARSS, Marseille, France) et d'une étude financée par la Fondation Croix-Rouge française en lien avec la crise Covid-19.

Aurélien Tinland • Responsable d'une équipe mobile psychiatrie précarité, Aurélien Tinland est aussi chercheuse en santé publique dans une unité dédiée à l'organisation des services de santé et à la qualité de vie. Ses intérêts de recherche gravitent autour de la santé communautaire, des inégalités de santé et de la psychiatrie sociale. Elle est rattachée à Aix-Marseille Université – EA3279 / CEReSS (Centre d'études et de recherches sur les services de santé et qualité de vie, Marseille, France).

Cyril Farnarier • Cyril Farnarier est docteur en sociologie, membre fondateur du LaSSA (Laboratoire de Sciences Sociales Appliquées) et chercheur correspondant au Centre Norbert Elias à Marseille (UMR 8562). Depuis trois ans il coordonne le projet ASSAb, réseau d'accès aux soins pour les personnes sans abri à Marseille.

Émilie Mosnier • Médecin infectiologue à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, Émilie Mosnier est également chercheuse en épidémiologie et santé publique au laboratoire du SESSTIM (Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale) à Marseille.

Marine Mosnier • Coordinatrice du programme Covedep Homeless à Médecins du Monde à Marseille, Marine Mosnier a été auparavant chargée de la mise en œuvre de programmes d'urgence avec les ONG Médecins Sans Frontières ou Solidarités International.

¹³ Christian Laval, Guillaume Pégon et Bertrand Ravon, « La sociologie dans le vif de la clinique psychosociale », *Rhizome*, n° 46-47, décembre 2012, p. 3-5.

Reproduction interdite sans l'accord de la revue Alternatives Humanitaires.

Pour citer cet article : Olivia Nevissas et al., « Les personnes en situation de sans-abrisme face à la Covid-19 : étude sur des éléments d'une praxis humanitaire chez des acteurs associatifs de Marseille », Alternatives Humanitaires, n°15, novembre 2020, p. 35-47,

<http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/11/21/les-personnes-en-situation-de-sans-abrisme-face-a-la-covid-19-etude-sur-des-elements-dune-praxis-humanitaire-chez-des-acteurs-associatifs-de-marseille/>

ISBN de l'article (PDF) : 978-2-37704-726-0