Dignité et justice au cœur de la crise sanitaire

EMMANUEL HIRSCH est Professeur d'éthique médicale, Université Paris-Saclay, directeur de l'Espace éthique Île-de-France.

ANNE-CAROLINE CLAUSE-VERDREAU est Médecin de santé publique, responsable de l'Observatoire, Espace éthique Île-de-France.

Lorsque les principes de dignité et de justice sont bafoués, au prétexte d'une crise sanitaire majeure.

« Ils savaient ainsi que la vie dont ils étaient exclus continuait à quelques mètres d'eux, et que les murs de ciment séparaient deux univers plus étrangers l'un à l'autre que s'ils avaient été dans des planètes différentes. »

Albert Camus, *La Peste*

La pandémie du Covid-19 a jeté un coup de projecteur sur des vulnérabilités que nous avons fini par ne plus voir. Une crise sanitaire majeure condamne à une double peine les personnes en situation de grande précarité : elles cumulent en effet plusieurs facteurs de vulnérabilité qu'amplifient les indécisions politiques ou les prescriptions inappropriées et peu concertées. Non seulement ces personnes sont surexposées au risque de contamination mais, de surcroît, les mesures sanitaires peuvent apparaître opposées à leurs intérêts propres lorsque d'autres enjeux ou logiques prévalent sur la prise en compte de leur situation et de leurs droits. Une vigilance éthique et plus encore politique s'impose donc à leur égard.

C'est pourquoi, dès le début de la crise sanitaire, l'Espace éthique de la région Île-de-France¹ a souhaité se mobiliser en concertation avec les acteurs de terrain dans le cadre d'une cellule de réflexion éthique à vocation nationale. Les constats et analyses qui suivent sont tirés des nombreux échanges menés auprès des acteurs du secteur social (professionnels, bénévoles, personnes directement concernées) ainsi que des résultats d'une enquête nationale portant sur les conditions d'accueil, de soins et d'accompagnement des personnes en situation de grande précarité dans le contexte de la pandémie de Covid-19².

Notre propos, ici, est d'identifier certains points de vigilance qu'il conviendrait d'approfondir afin d'apporter et de mettre en œuvre des dispositifs pratiques effectifs, bien différents des résolutions solennelles ou des discours compassionnels. L'urgence mérite mieux, et tout d'abord de reconnaître la légitimité de l'expérience

1. Emmanuel Hirsch en est le directeur et a coordonné le livre : *Pandémie 2020. Éthique, société, politique*, Paris, Éd. du Cerf, 872 p.

2. Cette enquête nationale, conduite entre le 17 avril et le 4 juin 2020, s'intègre aux travaux réalisés par l'Observatoire « Covid-19, éthique et société » dans le contexte de la crise sanitaire du Covid-19.

Pour aller plus loin, consulter les rapports du groupe de réflexion « Précarités, personnes migrantes et sans-abri » ainsi que les résultats de l'Enquête nationale, URL : <https://www.espace-ethique.org/ressources/groupe-de-travail/covid-19-precarites>

et des expertises issues des réalités de terrain. Sans développer une analyse universitaire certainement justifiée, nous souhaitons interroger la pertinence des stratégies de santé publique du point de vue de l'exigence de justice, l'accès aux droits et aux soins lorsqu'il est refusé aux plus vulnérables, enfin la position parfois insoutenable des professionnels et des associatifs du secteur social lorsque leurs sont refusés les moyens indispensables à l'exercice digne de leurs missions.

Une stratégie de santé publique doit être juste à l'égard de tous

Ne laisser personne de côté devrait constituer un impératif de santé publique puisque, face à une menace pandémique, la santé de chacun a des conséquences sur celle de tous. Dès lors, la stratégie développée contre le coronavirus supposerait que chacun d'entre nous, sans discriminations et tenant compte des spécificités de ses besoins, soit reconnu dans les droits qui lui permettent d'y participer et d'en bénéficier. Le principe de solidarité doit être décliné au plus près du terrain.

Si les mesures de confinement et de fermeture des lieux publics (entre le 17 mars et le 11 mai 2020) avaient, entre autre finalité, la protection des plus vulnérables (les personnes âgées et/ou atteintes de pathologies chroniques), elles ont néanmoins induit, parmi les personnes les plus en situation de précarité, des dommages collatéraux et créé d'autres vulnérabilités peu anticipés et imparfaitement accompagnés pour en compenser les effets.

Selon le Collectif *Les Morts de la Rue*, le nombre de morts chez les personnes sans-abris a nettement augmenté pendant la période du confinement. Ces décès ne semblent pas directement imputables au Covid-19 mais seraient davantage liés aux conséquences des mesures sanitaires, et notamment au confinement qui a amplifié les circonstances de précarité sans envisager des mesures adaptées pour les atténuer.

À titre d'exemple, des lieux de distribution alimentaire ont été fermés, parfois compensée par la confection de paniers repas dans le cadre d'initiatives citoyennes. La possibilité de se nourrir est longtemps restée la principale urgence, avant même celle de l'accès aux soins ou à l'hygiène indispensable : des personnes ont souffert de dénutrition dans la rue comme au domicile. À cet égard, les réponses apportées par les services de l'État ont été tardives et insuffisantes. Comme l'affirmait le philosophe Emmanuel Levinas, « *laisser un homme sans nourriture est un crime qu'aucune circonstance n'atténue* »³.

Les acteurs de terrain déplorent que les recommandations sanitaires aient trop souvent été prescrites sans concertation favorisant une évaluation préalable de leur applicabilité ainsi que de leur mise en œuvre. Pour beaucoup de personnes sans logement ou mal logées (gymnases, squats, bidonvilles, logements insalubres, etc.), les seuls recours proposés pour lutter contre le virus ont été des consignes inapplicables en raison d'un environnement social

3. Emmanuel Levinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, Le Livre de poche, 1974.

carentiel, d'une promiscuité incompatible avec le respect de règles strictes ainsi que de l'absence de mise à disposition de matériel de protection. Parfois même, dans des contextes de haute précarité comme les camps improvisés en bordure des villes, l'accès aux points d'eau a été temporairement empêché. Le droit des populations concernées ainsi que les impératifs de santé publique ont été bafoués. De telle sorte que les personnes les plus en situation de précarité, particulièrement exposées aux risques de contamination, se sont trouvées trop souvent dans l'incapacité d'observer les prescriptions sanitaires. Dans un contexte de déshérence et de négligence de la part des instances publiques, le recours au contrôle et à la sanction s'avèrent sans réelle portée. En Seine-Saint-Denis notamment, la présence policière massive n'a pas empêché une surmortalité inédite puisqu'elle a plus que doublé par rapport à la période de référence (+ 110 %)⁴.

Lorsque l'accès aux droits et aux soins est bafoué

Rappelant que le latin *precarius* signifie « ce qui est obtenu par la prière », l'anthropologue Didier Fassin⁵ caractérise la relation de dépendance susceptible de s'instaurer entre la personne en situation de précarité et celui qui a le pouvoir de lui accorder des faveurs. Dans ce rapport soumis au bon vouloir de l'arbitraire d'un tiers, la personne est niée dans sa faculté d'affirmer une volonté autonome et de faire valoir ses capacités et ses choix. Les instances publiques ont renoncé non seulement à solliciter les compétences et autres savoirs expérientiels de nature à éclairer leurs décisions, mais aussi à comprendre les obligations spécifiques qui les engageaient auprès de personnes irréductibles à un statut social stigmatisant comme celui de « précaire ». Comme l'exprime une exilée : « *J'essaie de donner un peu de mon temps et d'apporter quelque chose à la société. Généralement, quand on est à l'hôtel, c'est vrai qu'on dépend des autres. Je n'aime pas ce mot de 'dépendance'. À un moment donné, il faut casser ça, il faut enlever l'étiquette. Il y a des gens à l'hôtel qui ont des talents, qui ont des diplômes, qui veulent aider* »⁶.

Cette inintelligence du réel est révélatrice de l'ambiguïté des relations de l'État avec notamment les instances associatives, comme ATD Quart Monde, qui depuis des années font valoir un savoir et des expertises incontestables. Au-delà de ce constat, il est bien évident que la gestion d'une crise sanitaire majeure n'est acceptable et efficace que pour autant qu'elle intègre aux arbitrages l'ensemble des composantes de la société. De ce point de vue, il sera important d'évaluer ce qu'a été le réel souci des politiques publiques à l'égard des personnes en situation de précarité sociale.

Au moment le plus critique de la première phase de la pandémie, l'enregistrement des demandes d'asile n'était plus possible en Île-de-France (suspension de la plateforme téléphonique de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, fermeture des guichets des préfectures). L'état d'urgence sanitaire a été invoqué comme prétexte de cette suspension temporaire du droit d'asile⁷,

4. Entre le 2 mars et le 10 mai 2020, les décès ont augmenté de 110 % en Seine-Saint-Denis par rapport à la moyenne sur la même période et dans le même département entre 2015 et 2019. T. Allard, V. Bayardin, E. Mosny, « L'Île-de-France, région la plus touchée par le surcroît de mortalité pendant le confinement », *Insee analyses Île-de-France*, n° 118, 30 juin 2020.

5. Didier Fassin, *La vie - Mode d'emploi critique*, Paris, Éd. du Seuil, 2018.

6. Extrait de l'entretien avec Madame M., mère de famille, hébergée à l'hôtel, in « Au cœur de la pandémie du coronavirus - Vivre, décider, anticiper », Hors-Série, *Les Cahiers de l'Espace éthique*, octobre 2020, www.espace-ethique.org

7. Voir Conseil d'État, Ordonnance du 30 avril 2020, URL : <https://www.conseil-etat.fr/ressources/decisions-contentieuses/dernieres-decisions-importantes/conseil-d-etat-30-avril-enregistrement-des-demandes-d-asile-en-ile-de-france>. Dans cette ordonnance, le Conseil d'État enjoint « au ministre de l'intérieur de rétablir en Île-de-France, dans un délai de cinq jours à compter de la notification de la présente ordonnance et dans les conditions sanitaires imposées par le covid-19, l'enregistrement des demandes d'asile, en priorité de celles émanant des personnes présentant une vulnérabilité particulière, et à l'Office français de l'immigration et de l'intégration de rétablir dans cette mesure le fonctionnement de sa plateforme téléphonique ».

comme du reste d'autres droits dès lors que les juridictions n'assumaient plus leurs missions. Rappelons pourtant qu'il s'agit là d'un droit constitutionnel. Les personnes arrivant sur le territoire national dans un contexte pour le moins délicat ont ainsi été de surcroît privées de leurs droits de bénéficier des conditions dignes d'accueil qu'on leur devait (allocation, hébergement, domiciliation, assurance maladie).

La fermeture des services administratifs pendant le confinement ainsi que le ralentissement des procédures ont été sources d'insécurité et d'anxiété supplémentaires pour les exilés. La dématérialisation des démarches administratives dans un contexte de fracture numérique constitue une difficulté qui s'ajoute du reste à tant d'autres.

Ces derniers mois, en raison de l'allongement des délais de carence pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie et des délais pour le traitement des dossiers AME⁸, beaucoup d'exilés n'ont pas pu ouvrir ou mettre à jour leurs droits. Certains ont dû payer leurs frais de soins en pleine crise du Covid-19, voire ont été renvoyés de l'hôpital ne serait-ce que parce qu'ils n'étaient pas considérés prioritaires.

Les difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de grande précarité étaient déjà signalées avant la crise, en particulier pour celles qui ne bénéficient pas de la Puma (protection universelle maladie). Mais, pendant cette période, l'accès aux consultations de spécialistes, en particulier aux soins psychiques, a été encore plus problématique. « Grande difficulté d'accès aux soins psychiatriques avec violences engendrées, en présence de populations migrantes aux parcours de vie très compliqués. Inhumain... Quid des droits de l'homme ? » (PASS⁹, Nouvelle Aquitaine - médecin)¹⁰.

Afin d'assurer la continuité des soins, la majorité des structures de soins ont mis en place un système de téléconsultation. Toutefois, les personnes vivant à la rue, même si elles ont des droits ouverts à l'assurance maladie, disposent rarement d'un ordinateur pour y accéder. De même, les conditions d'accès modifiées à certaines PASS – notamment la prise de rendez-vous par téléphone – n'étaient pas adaptées aux personnes ne parlant pas français et/ou ne possédant pas de téléphone. Ces différents facteurs ont pour conséquence d'importants retards dans les diagnostics.

Par ailleurs, en raison de la forte présence policière pendant le confinement, des personnes en situation irrégulière n'ont pas osé sortir de chez elles de peur d'être contrôlées. Cette situation absurde de personnes craignant davantage les contrôles de police que le coronavirus démontre une fois de plus que la santé est indissociable de l'accès aux droits fondamentaux. Les personnes « sans-papiers » doivent pouvoir accéder à des soins sans avoir à craindre des menaces répressives.

Enfin, une amplification des phénomènes de stigmatisation a été rapportée par certains acteurs. Ainsi, par exemple, des personnes sans-abris ayant des pratiques de toxicomanie ont été confrontées à la difficulté d'accéder à la prévention et aux soins : refoulement à

8. Aide Médicale d'État.

9. PASS : Permanence d'accès aux soins de santé.

10. Verbatim issu de l'enquête nationale de l'Espace éthique.

l'entrée de certains hôpitaux parisiens, demande de la Préfecture de Police de Paris d'arrêter les distributions de matériels de réduction des risques, notamment Place Stalingrad, ne serait-ce que pour satisfaire à la demande des habitants du quartier.

Les acteurs du secteur social démunis d'un soutien effectif

Quelques observations permettent de mieux saisir les mécanismes qui aboutissent à constater un sinistre qui était évitable ou du moins susceptible d'être atténué.

Le secteur social et associatif a clairement été relégué au second plan des préoccupations des instances publiques, la priorité étant la continuité d'activité du secteur sanitaire et surtout des établissements hospitaliers. Des initiatives doivent être prises pour améliorer la visibilité et la reconnaissance du champ social dans les politiques publiques. À titre d'exemple, le renfort de la réserve sanitaire n'est pas, à ce jour, organisé pour s'investir dans des missions sociales.

En termes d'accompagnement concret des mesures sanitaires imposées par l'État, les autorités administratives (ARS¹¹, DDCS¹², préfectures) ont été, à quelques exceptions près, vivement critiquées pour leur manque d'implication et de réactivité. Trop souvent, l'obtention de matériels de protection a nécessité une phase préalable de longues négociations. Globalement, les professionnels et bénévoles du secteur ont le sentiment que les pouvoirs publics n'ont pas assumé leurs responsabilités : ils leur ont imputé des missions sans pour autant mettre à leur disposition les moyens indispensables.

Le travail de concertation avec les acteurs de terrain mené par l'Espace éthique de la région Île-de-France fait apparaître quatre problèmes qui méritent d'être soulignés.

En premier lieu, en raison du manque de concertation entre les autorités et les structures d'accueil, de soins et d'accompagnement, un hiatus important a souvent été rapporté entre les directives administratives et leur capacité à être transposées sur le terrain.

Second point : si, dans un contexte local, la création ou le renforcement de partenariats entre différentes structures a permis une mise en commun des ressources et une coordination des actions, la constitution de réseaux mutualisant les capacités et donc renforçant les initiatives n'est malheureusement pas possible sur l'ensemble du territoire. Les acteurs déplorent un manque de concertation entre les structures sanitaires et les structures médico-sociales ou sociales, susceptible d'aboutir à un défaut de cohérence et de cohésion des mesures sanitaires mises en place. Des protocoles d'action et de coopération, applicables en cas de crise sanitaire, pourraient être envisagés de manière anticipée et effectivement concertée.

Cependant ce point conduit à en aborder un troisième : globalement, les acteurs de terrain disposent de peu de temps pour échanger entre eux et analyser leurs pratiques. Il apparaît absolument nécessaire de mettre à disposition des équipes des temps

11. Agences régionales de santé.

12. Directions départementales de la cohésion sociale.

et des espaces de discussion. L'objectif de ces échanges n'est pas seulement d'améliorer les dispositifs existants mais également de pouvoir revenir sur les difficultés rencontrées et de partager les expériences vécues. Ce dernier point est essentiel, surtout dans de telles circonstances, car de nombreux professionnels et bénévoles ont été fragilisés dans leur capacité d'action. Ils évoquent souvent une souffrance liée au manque de moyens et de dispositifs cohérents pour répondre à une demande qu'ils déplorent n'avoir pas pu assumer comme ils devaient le faire. La fermeture *sine die* d'établissements d'hébergement, du fait des carences en personnel ou des peurs inhérentes à la pandémie, a accentué la précarisation de certains résidents qui se sont retrouvés démunis de tout recours. L'accueil transitoire dans des gymnases est apparu inacceptable à certains qui y craignaient une promiscuité les exposant à un risque accru de contamination.

Enfin, un manque de concertation est aussi constaté entre les personnes accompagnées dans leur parcours social et certaines structures collectives d'hébergement au sein desquelles le point de vue des résidents n'a pas toujours été pris en compte lors des prises de décision. Certains responsables d'hôtels sociaux ont ainsi pu fixer des règles de sortie sans que les personnes directement concernées ne soient associées à la réflexion. Ne pas prendre en considération leur parole, *a fortiori* dans les décisions qui les concernent, est ressenti comme une violence et un abus à leur rencontre. Dans la même logique, il serait bénéfique de s'attacher à reconnaître les droits, les capacités, les expériences et les préférences des personnes accompagnées, et de ne pas uniquement les considérer sous l'angle de leurs fragilités et de leurs dépendances. « *Les meilleures informations viennent de l'implication d'une 'personne accompagnée' en tant que bénévole elle-même dans des structures d'accueil et de soutien aux SDF* » (ATD Quart Monde, Occitanie - animatrice)¹³.

Il aurait été justifié d'approfondir et d'étayer cette évocation de circonstances insatisfaisantes dans la gestion démocratique d'une crise sanitaire comme celle que l'on vit actuellement. Pour nous, l'importance est de soutenir celles et ceux qui s'engagent au nom de leurs valeurs pour atténuer, autant que faire se peut, les conséquences de la pandémie là où elles menacent plus encore les personnes les plus vulnérables. Il convient de donner à connaître et à reconnaître des principes démocratiques inconditionnels en termes de respect, de dignité, de justice et de solidarité. Les honorer au cœur de la décision publique, c'est permettre à chacun de s'investir en responsabilité dans un engagement auquel il peut contribuer dès lors qu'il comprend ce qui le concerne à titre personnel et en témoignant de son souci du bien commun.

« *Si l'exclusion est d'abord exclusion de la parole, il est d'autant plus commode de parler des victimes. (...) Ceux qui réclament des stratégies et des solutions pour la semaine prochaine n'ont pas vraiment tort ! Leurs gros sabots ne doivent pas nous cacher qu'il est toujours urgent d'agir, qu'une réflexion trop complaisante sur les causes ultimes berce la belle âme et freine les entreprises* »¹⁴. ■

13. Verbatim issu de l'enquête nationale de l'Espace éthique.

14. Louis-Georges Papon, *Psychanalyse et travail social, un certain cousinage*, Toulouse, Éd. Érès, 2015.