

## VIE DE L'ACADÉMIE

### **De la charité à la justice et à la solidarité, à propos du droit à la santé**

Jean-François MATTEI \*

**Cette conférence a été présentée lors d'un colloque organisé par l'Académie et le Secours populaire Français qui s'est tenu le mercredi 7 octobre 2015. Organisé par Alfred Spira, ce colloque a examiné les aspects des inégalités de santé, dont les problèmes de santé des migrants.**

#### INTRODUCTION

Je souhaite débiter mon propos en illustrant l'évolution des idées, passant de la vertu de charité au principe de justice, puis au concept de solidarité au travers du prisme religieux. En effet, les grandes religions ont toutes développé une très grande attention aux personnes vulnérables en mettant en avant la nécessaire charité pour leur venir en aide. C'est une préoccupation commune à toutes et l'un des exemples les plus significatifs de cette charité au cœur de l'homme demeure la parabole du Bon Samaritain dans l'évangile de Saint Luc. On verra que cette approche, avec le temps, rejoint la vision laïque.

#### **Charité, justice et solidarité**

La vertu de la **charité** souligne que toute notre attention doit se porter vers les personnes vulnérables qu'il s'agisse des pauvres, des détenus, des migrants, des victimes ou des isolés de façon générale (veuves, orphelins, personnes âgées ou handicapées) et bien sûr des malades. Encore faut-il rappeler que la tradition judéo-chrétienne donnait à l'assistance aux personnes pauvres, malades et vulnérables, un statut sanctifiant : satisfaire à l'exigence d'aider son prochain menacé et dans la difficulté était la condition du salut. La charité n'était donc pas un simple devoir moral mais aussi une démarche spirituelle.

La charité chrétienne est ainsi devenue une véritable institution de l'église au service de la société toute entière. À partir du iv<sup>e</sup> siècle, on voit se multiplier les édifices à finalité charitable tels que les hospices, les hôpitaux, les établissements pour les

---

\* Membre de l'Institut et de l'Académie nationale de médecine, Ancien Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, Président honoraire de la Croix-Rouge française

femmes, les pauvres et les pèlerins. De son côté, Basile de Césarée édifie, aux portes de sa ville, des bâtiments où les voyageurs sont hébergés et nourris, où les malades reçoivent des soins, où les pauvres trouvent du travail et donc des ressources. Je cite cet exemple pour qu'on réalise qu'à cette époque le champ social et le champ sanitaire étaient intimement mêlés. Le fait est qu'à l'époque, l'engagement au service des malades se développe jusque dans les villages pour couvrir l'ensemble du territoire. Les maisons d'accueil se multiplient telles que les maladreries rurales et les hôtels Dieu urbains. La santé au travers de la prise en charge des maladies relèvent de la charité.

À la fin du moyen-âge, le principe de justice apparaît et marque l'entrée dans la période dite « moderne ». La réforme religieuse et la réforme humaniste se conjuguent pour poser les enjeux en termes nouveaux : la pauvreté, comprise comme une maladie sociale, dégrade l'homme et n'est plus supportable. Il ne s'agit plus seulement d'assister les pauvres et de satisfaire leurs besoins élémentaires, mais il faut aussi combattre la pauvreté elle-même, en extirper les racines.

Le nouveau modèle d'assistance qui se dessine correspond à la volonté des autorités civiles de gérer cette question sociale. Sa caractéristique est de reposer sur l'intervention de la puissance publique, qu'il s'agisse de l'État ou, localement, des municipalités. L'Église conserve un rôle important mais commence, elle-même, à développer une nouvelle idée de la charité.

De fait, une étape est franchie dans la seconde moitié du siècle des Lumières lorsque la charité chrétienne cède la place à un esprit nouveau. Désormais la sollicitude réside davantage dans la suppression du malheur humain que dans son accompagnement charitable. Le XVIII<sup>e</sup> siècle s'achève avec la Révolution française qui remplace la charité par la fraternité inscrite sur les frontons de la République. La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 prône la valeur d'égalité et l'idée de justice commence à s'imposer d'autant que la révolution industrielle amplifie le sentiment d'injustice responsable de la pauvreté.

Dans les banlieues sordides, s'ouvrent donc des écoles, des centres d'apprentissages, des ouvroirs, des hôpitaux et des hospices. Ces nouveaux champs d'action accompagnent un changement de mentalité. L'expérience de terrain entraîne une nouvelle hiérarchisation des objectifs missionnaires. C'est le message que délivre William Booth, considéré comme l'inventeur de l'Armée du Salut en 1890 : « *À quoi bon prêcher l'évangile à un homme qui n'a pas mangé depuis la veille et qui n'a pas trois sous en poche pour se payer un abri la nuit prochaine ?* » Le fameux slogan « *Soup, soap, salvation* » (soupe, savon, salut) montre bien que la lutte contre la pauvreté, et j'inclus la maladie, est la condition préalable et nécessaire, certes à toute évangélisation, mais aussi à tout « respect humain ». D'une certaine façon, William Booth introduit la légitimité de la lutte contre la pauvreté pour elle-même, au nom des droits de l'homme au rang desquels figure le droit d'être soigné.

On voit donc se dessiner au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle les contours du grand débat qui va traverser les Églises des pays industrialisés. **La lutte contre la pauvreté relève-t-elle du**

**devoir chrétien de charité ou est-elle d'abord une question de justice ?** C'est bien un conflit entre deux manières de lier foi et vie sociale.

L'encyclique « *Rerum novarum* » du pape Léon XIII est, en 1891, l'aboutissement de ces débats. Elle jette les bases d'une doctrine sociale de l'église catholique et se prononce sur la condition des ouvriers : « *Que le riche et le patron se souviennent qu'exploiter la pauvreté et la misère, spéculer sur l'indigence, sont choses que réprouvent également les lois divines et humaines* ». Cette prise de position du pape sur les questions sociales est une première. Il dénonce la condition des travailleurs et demande pour eux un salaire digne. Pour Léon XIII « la misère imméritée » des ouvriers est un scandale. L'encyclique esquisse une définition du juste salaire, affirme la responsabilité de l'État et son devoir d'intervention, elle légitime l'existence des syndicats aux côtés des anciennes corporations. Elle dépasse l'opposition entre charité et justice pour attester de leur caractère indissociable. En Europe comme aux États-Unis apparaît le courant du christianisme social qui concilie espérance sociale et religieuse : la charité ne saurait se passer de justice.

Il faut attendre l'encyclique « *Populorum progressio* » de Paul VI, en 1967, pour trouver un nouveau prolongement de cette préoccupation de justice exprimée par l'Église. À cette époque la décolonisation se termine, le concile Vatican II s'est achevé, le « *développement* » est le nouveau nom de la « *paix* ». L'idée se développe selon laquelle « *l'homme n'est vraiment homme que dans la mesure où, maître de ses actions, il est lui-même l'auteur de son progrès* ».

En somme, tout programme augmentant la production n'a de raison d'être qu'au service de la personne. Il s'agit de réduire les inégalités, libérer l'homme de ses servitudes, le rendre capable d'être lui-même l'agent responsable de son mieux-être matériel, de sa bonne santé, de son progrès moral, de son épanouissement spirituel.

Le 1<sup>er</sup> mai 1991, cent ans après « *Rerum novarum* », Jean-Paul II publie l'encyclique « *Centesimus annus* », pour rappeler qu'il n'y a pas de justice là où les Droits de l'homme sont violés. Là, encore, le droit d'être soigné et protégé contre la maladie est à mon sens un droit imprescriptible. D'ailleurs, n'est-ce pas la raison de l'affection spontanée qu'éprouvent les citoyens envers les organisations caritatives et humanitaires à vocation médicale ? La promotion de la justice doit œuvrer pour faire entrer dans le cycle du développement économique et humain des populations entières qui en sont exclus ou marginalisés en payant le prix fort d'une mort prématurée ou d'une maladie invalidante.

Enfin, le 17 janvier 2006, Benoît XVI, dans son encyclique « *Deus caritas est* », souligne que le chemin vers Dieu passe par la découverte de l'autre et l'entrée dans l'amour, qui est « *soin de l'autre pour l'autre* ». La charité est amour.

Au total, des origines à nos jours, le cheminement des idées s'est fait au travers de trois approches. D'abord, en évoluant de la simple assistance vers un accompagnement pour le retour à l'autonomie de la personne aidée. Puis, en ne s'attachant pas à la seule charité mais en lui associant la justice. Enfin, en reconnaissant la place

déterminante des pouvoirs publics dans la lutte contre pauvretés et précarités, y compris les maladies.

Quant au concept de **solidarité**, c'est probablement la volonté de ces mêmes pouvoirs publics de marquer leur implication en introduisant ce terme de solidarité qui rassemble à la fois les notions de charité et de justice. En outre, la solidarité ajoute la dimension essentielle du **lien social** qui doit unir les membres d'une même communauté. Elle comporte l'idée du devoir moral de s'entraider et elle peut être solidarité individuelle, nationale ou internationale.

**Le champ de la santé, qui est au cœur de l'engagement des soignants, est l'illustration parfaite de ces valeurs de charité, justice et solidarité.**

Selon la définition bien connue de l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>1</sup>. C'est en cela que la santé est considérée comme un droit imprescriptible de l'homme.

Pour autant, peut-on parler d'un droit à la santé ? Je n'en suis pas convaincu car il me semble que cette notion est un abus de langage ou, pire, un alibi destiné à donner bonne conscience. Le droit à la santé me paraît à cet égard du même ordre d'idée que le droit au bonheur. C'est un idéal, une aspiration, mais incompatible avec la réalité de la vie.

En effet, comment parler de droit à la santé face aux maladies génétiques, et aux affections congénitales ? Comment parler de droit à la santé face aux fumeurs, aux éthyliques et autres sujets aux addictions ? Comment parler de droit à la santé face aux conduites à risques (façon de conduire, sports extrêmes, ou sexualité sans précautions, etc...) ? Comment parler de droit à la santé face aux personnes qui refusent les mesures de prévention telles que les vaccinations ? Et je pourrais continuer la liste des situations qui contredisent la réalité d'un droit à la santé. D'autant qu'il n'est pas bon d'affirmer des droits qui ne soient accompagnés de devoirs. Dans une société solidaire, chacun est aussi responsable de sa santé, et, en outre, de celle des autres !

De façon plus réaliste et pragmatique, il me semble préférable de parler :

D'une part, du droit à la protection de sa santé : Il s'agit là d'une exigence légitime au regard des responsables politiques et économiques. Toutes les mesures de santé publique doivent être prises et respectées afin de protéger la santé des populations, ce qui inclut, notamment, l'environnement, le logement, l'alimentation, les conditions de travail, la protection de l'enfance, parmi d'autres. La protection de sa santé est un droit légitime qui, à mon sens, comporte aussi des devoirs.

<sup>1</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Et, d'autre part, du droit à l'accès aux soins les plus appropriés : Il s'agit, cette fois, d'un droit absolu, quelles que soient les circonstances : confronté à la maladie, chacun a le droit de pouvoir accéder aux soins les plus appropriés. Ce point est, évidemment, essentiel et c'est une priorité absolue. Il n'est malheureusement pas toujours respecté, loin s'en faut, dans des situations très diverses souvent liées à la pauvreté ou à la clandestinité et l'exclusion. Mais aussi dépendant des conditions de l'exercice médical, de la démographie médicale et de l'existence de déserts médicaux. Sur des modes différents, les pays en voie de développement ne sont pas les seuls à rencontrer de réelles difficultés dans l'accès aux soins. De telles situations existent aussi dans notre pays.

Ces deux exigences (droit à la protection de sa santé et droit d'accès aux soins) répondent à toutes les phases du champ sanitaire, de l'urgence aux soins de suite et de réadaptation pour conduire à la réinsertion et l'autonomie retrouvée, mais aussi la prévention, l'éducation à la santé et la réduction des risques. Il est donc bien légitime d'affirmer que le champ sanitaire est indissociable de la vie qu'il accompagne du tout début jusqu'à la fin. C'est cette considération essentielle qui démontre que social et sanitaire sont indissociables.

### **Le champ de l'action SOCIALE est étroitement lié au champ sanitaire.**

Les exemples sont nombreux pour l'attester. Parmi eux :

Les addictions : le sanitaire prend en charge les épisodes aigus d'overdose, mais les relais par l'action sociale pour conduire au sevrage sont trop peu nombreux, ce qui explique les rechutes ?

La psychiatrie : il est heureux que les malades mentaux ne soient plus enfermés comme des délinquants dès lors que la camisole chimique a remplacé la camisole physique, mais les structures d'accompagnement social dans la vie quotidienne pour s'assurer de la bonne observance thérapeutique, voire de l'insertion dans un logement et le monde du travail sont trop rares. L'expérience de la Croix-Rouge française montre que nombreux sont les malades mentaux qui vivent sous les ponts ou en prison ! Il s'agit bien d'un problème social.

Quant à la précarité, elle démontre encore davantage combien le sanitaire et le social sont indissociables. La précarité me semble aujourd'hui un des marqueurs de notre société. La précarité, c'est l'incertitude du lendemain, la menace qui pèse sur un emploi, l'absence de revenus du travail, le risque de perdre son logement, de voir disperser sa famille ; c'est la rue, l'errance d'un hébergement provisoire à un autre, l'impossibilité de se soigner ; c'est la spirale maléfique de l'exclusion. La précarité s'installe quand la peur du lendemain remplace l'espérance. Or, en pareille situation, comment prendre soin de sa personne en l'absence de structures sanitaires adaptées qui reçoivent sans contrepartie financière et qu'elles que soient votre situation personnelle ? C'est la raison pour laquelle la Croix-Rouge française a développé des Centres de santé, des Antennes de premier accueil médicalisé et des Lits Halte-soins-

santé. En effet, comment redonner un sens à sa vie sans un accompagnement social attentif et ouvert?

## CONCLUSION

L'intention est de porter secours et assistance à des personnes vulnérables souffrant dans leur vie quotidienne et qui ne peuvent compter sur personne pour les aider. L'action caritative et humanitaire est alors l'ultime recours. Elle est désintéressée, et en ce sens, on retrouve bien la définition proposée par Diderot dans son Encyclopédie, « *...est humanitaire tout ce qui vise le bien de l'humanité, c'est-à-dire toute action motivée par le prix accordé à chaque être humain* ». Il voit ainsi dans la vertu d'humanité un « *noble et sublime enthousiasme qui se tourmente des peines des autres et du besoin de les soulager* ». On est là dans un subtil mélange composé de l'apport du siècle des lumières et de la philanthropie d'inspiration religieuse.