

Philippe VAN PARIJS
Université catholique de Louvain
Chaire Hoover d'éthique économique et sociale

**Y a-t-il des limites à la prise en charge
des soins de santé par la solidarité ?**

in *Santé, solidarité, éthique*, Jean Hallet, Jean Hermesse & Dirk Sauer (eds.), Leuven/ Apeldoorn: Garant, 1994, pp. 57-68;
réédité sous le titre "Réapprendre à mourir" dans P. Van Parijs, *Refonder la solidarité*, Paris: Cerf, 1996, pp. 45-65.

Egalement en néerlandais: "Zijn er grenzen aan de ten laste neming van de gezondheidszorg door de solidariteit ?", in *Solidariteit, Gezondheid, Etiek*, Jean Hallet, Jean Hermesse & Dirk Sauer (eds.), Leuven/ Apeldoorn: Garant, 1994, pp. 57-67.

Solidarité forte et solidarité faible

A la question de savoir s'il y a des limites éthiques - des limites de principe - à la prise en charge des soins de santé par la solidarité, il est impossible de répondre sans faire au préalable un certain nombre de distinctions.¹ La première d'entre elles est une distinction qu'il est aussi capital de faire sur le plan éthique qu'il est en même temps, pour des raisons que j'évoquerai plus bas, capital de ne pas la faire sur le plan institutionnel. Il s'agit d'une distinction entre la solidarité faible (ou ex post), qui découle de la simple assurance, et la solidarité forte (ou ex ante), qui va au-delà.²

Tout système existant d'allocation des soins de santé et de ses coûts — des tribus les plus primitives au capitalisme le plus pur et au socialisme le plus bureaucratique — contient une importante composante

¹ Cette contribution, je m'empresse de le souligner, est très loin d'être celle d'un spécialiste de la question posée, mais seulement celle de quelqu'un à qui notre société a donné, plus qu'à la plupart, le loisir de réfléchir à ce que pouvait être une société juste, et qui a profité de la présente occasion pour réfléchir aux implications de la conception de la justice à laquelle il adhère (voir Van Parijs 1991) dans le domaine pour lui très neuf des soins de santé.

² Je développe et complète cette distinction, pour l'associer ensuite à une triade de modèles de l'Etat-Providence (bismarckien, beveridgéen et painéen), dans Van Parijs (1992).

d'assurance, qu'elle soit volontaire ou obligatoire. L'assurance consiste à mettre en commun, à partager avec d'autres — fût-ce partiellement — les conséquences de la réalisation des risques que l'on court. Un risque est un événement indésirable, incertain — en l'occurrence, pour ce qui nous intéresse aujourd'hui, des maladies, des accidents altérant la santé ou créant des incapacités. Et la mise en commun des conséquences de la réalisation de ces risques (de ces « sinistres ») consiste à partager les coûts des soins de santé permettant de guérir ou de rendre moins pénibles ces maladies, les blessures et invalidités résultant de ces accidents. Ce partage des coûts peut prendre de multiples formes : prestation directe des services dans les sociétés traditionnelles et aujourd'hui encore dans la sphère familiale, paiement des primes découlant de contrats d'assurance librement contractés dans le capitalisme pur, paiement de cotisations sociales par l'employeur et le travailleur dans notre système de sécurité sociale, etc. Mais à chaque fois, il s'agit fondamentalement de quelque chose qui peut être interprété comme un transfert des bien-portants vers les malades et les invalides et donc, comme une forme de solidarité. Il s'agit cependant d'une solidarité faible au sens où elle ne couvre que des transferts ex post, et pas de transferts ex ante. Elle ne prétend pas favoriser celui dont on sait, ou dont on peut savoir, d'avance qu'il a plus de chances d'être malade ou d'avoir des revenus plus faibles, au détriment de celui dont les perspectives sont meilleures quant à la santé et/ou au revenu.

Dans la réalité des institutions (des sociétés primitives à notre système de solidarité sociale, mais pas dans le capitalisme pur), les transferts qui manifestent cette solidarité faible sont souvent inextricablement mêlés aux transferts qui expriment ce que j'appellerai la solidarité forte, celle qui va au-delà de l'assurance en redistribuant ex ante de ceux dont le revenu attendu est le plus élevé et/ou dont la santé attendue est la meilleure, vers les plus faibles, c'est-à-dire les plus pauvres quant à leurs revenus et/ou les plus fragiles quant à leur santé³.

Cette distinction est à mes yeux tout à fait capitale si l'on veut poser dans la clarté la question des limites de principe de la solidarité en matière de soins de santé. Les limites de ces deux types de solidarité soulèvent en effet les unes et les autres des questions éthiques importantes, mais d'une nature profondément différente.

Une expérience mentale

Pour pouvoir faire apparaître les questions soulevées par la solidarité faible dans leur forme la plus pure, imaginez une société dont les membres ont le même revenu attendu, la même chance de devenir malade, la même espérance de vie, etc. Peut-on poser dans ce cadre notre question de départ, la question de savoir s'il existe une limite éthique à la prise en charge des soins de santé par la solidarité ? Bien sûr qu'on le peut, et cette question se subdivise alors directement en deux autres. En premier lieu, quels sont les risques que le système d'assurance

³ La césure entre solidarité faible et solidarité forte n'est pas historiquement invariante. Ainsi, les progrès du diagnostic génétique soulignés par Herman Van den Berghe dans sa communication ont pour effet de muer en instance de solidarité forte (à l'égard des génétiquement prédisposés) des transferts qui n'étaient auparavant qu'une expression de la solidarité faible (entre personnes se croyant exposées à des risques identiques).

doit couvrir ? C'est à ce niveau que se pose par exemple la question de savoir si le système doit couvrir les gros risques seulement ou aussi les petits risques, s'il doit couvrir les inforts que des soins de pédicure ou de kinésithérapeute peuvent soulager et les laideurs (ou traits considérés comme tels) dont la chirurgie esthétique pourrait nous débarrasser, s'il doit aussi concerner la stérilité, les grossesses non désirées et les cancers induits par une consommation excessive de tabac. En second lieu, jusqu'à quel point le système d'assurance doit-il couvrir ces risques ? Il s'agit là par exemple de la question du ticket modérateur sur les différentes composantes des soins de santé — consultations et hospitalisations, médicaments et équipements divers, du simple pansement au *pace-maker* —, mais aussi de la question du degré de confort assuré dans les hôpitaux, de l'ampleur des soins et des équipements de rééducation fournis aux accidentés, etc.

Alors, faut-il que la solidarité (faible) organisée prenne en charge tous ces risques (ou du moins tous ceux, parmi ces risques, dont il est techniquement possible de neutraliser au moins partiellement les conséquences), et faut-il qu'elle les prenne en charge intégralement. Ou y a-t-il au contraire des limites éthiques à cette prise en charge ? Ma réponse, dans les deux dimensions de la question, est : bien sûr que oui, bien sûr qu'il y a des limites à la prise en charge, tant quant au type de risques que quant au degré de prise en charge. Lesquelles ?

En ce qui concerne les types de risques pris en charge, on pourrait penser à un certain nombre de critères simples comme une restriction de la solidarité aux risques qui constituent des menaces pour la vie, par opposition à ceux qui atteignent seulement le confort physique, ou une restriction aux risques totalement indépendants de la volonté de la personne concernée, par opposition à ceux dont la responsabilité lui est au moins partiellement attribuable, ou encore une restriction aux risques survenant avant un certain âge, mettons 80 ans, par opposition à ceux qui surviennent après cet âge fatidique, etc. En ce qui concerne d'autre part le degré de couverture, on pourrait penser, par exemple, à imposer comme critère que le degré de couverture ne soit pas tel qu'il augmente la probabilité de réalisation du risque — ce qui serait une condition extrêmement contraignante — ou, à l'autre extrême, à exiger que la couverture soit aussi complète qu'il est techniquement et économiquement possible de la rendre.

A la réflexion, vous conviendrez sans doute rapidement avec moi qu'aucune de ces propositions n'est satisfaisante et, moins rapidement peut-être, qu'aucune disjonction ou conjonction (si complexe soit-elle) de ces propositions n'est susceptible de l'être. J'affirme pour ma part que, dans une société pluraliste comme la nôtre, la clé d'une réponse fondée à la double question des limites éthiques de la solidarité (faible) posée plus haut se trouve dans un Gedankenexperiment, un exercice mental du type suivant⁴. Supposons que nous disposions

⁴ L'assurance sous voile d'ignorance ici proposée pour déterminer ce qu'exige en principe la solidarité faible (ou *ex post*) est étroitement apparentée à celle que propose le philosophe américain Ronald Dworkin (1981) pour déterminer ce que la justice exige lorsque les membres de la société diffèrent par leurs talents et leurs handicaps, bref pour expliciter les implications de la solidarité forte (ou *ex ante*) dont il sera question ci-dessous. (Voir notamment Roemer 1985, Alexander & Schwarzschild 1987 et Sen 1992 pour des discussions critiques.) Elle est également apparentée – sans s'y réduire – à la « *willingness-to-pay-approach* » développée

chacun du même revenu — mettons le revenu le plus élevé qui puisse être durablement assuré à tous dans une société — et que nous ignorions de quelles pathologies nous souffrons ou allons souffrir. Et demandons-nous contre quels risques et avec quel degré de couverture nous souhaiterions nous assurer, étant entendu que les primes requises au financement du système devront être prélevées, d'une manière ou d'une autre, sur notre revenu.

Il se peut bien sûr que différentes personnes apportent à cette question des réponses différentes, en partie faute d'une expérience pertinente susceptible de fournir l'information requise quant à l'intensité des souffrances et désagréments de tous ordres associés aux pathologies les plus diverses, en partie aussi parce que certains ne parviennent pas à faire abstraction de leur niveau de revenu et de leur état de santé attendu. De telles différences, cependant, sont supposées être neutralisées, bien sûr toujours imparfaitement, dans l'exercice mental proposé. Mais il se peut aussi que les réponses divergent pour des raisons que l'exercice n'est pas supposé effacer, en l'occurrence l'importance inégale que nous attachons, par exemple, au fait de vivre vieux, de nous mouvoir aisément, d'engendrer des enfants, de trouver à l'hôpital le même confort qu'à la maison. On peut cependant raisonnablement supposer que, sous les conditions qui définissent l'exercice (en sachant tout ce qu'on est supposé y savoir et en ignorant tout ce qu'on est supposé y ignorer), un large consensus existe sur les risques à couvrir et le degré auquel ils doivent être couverts. Ce consensus effectue implicitement un arbitrage complexe par exemple entre la consommation des soins de santé et les autres types de consommation, entre l'espérance de vie et le niveau de vie, entre le souci d'assurer une compensation adéquate en cas de sinistre et le souci de réduire le « hasard moral » gonflant la probabilité d'occurrence du sinistre, entre le droit à un nouveau départ et la responsabilisation⁵.

Qu'est-ce qui empêcherait, en toute équité, de moduler le système de manière à faire place aux préférences de ceux qui opèrent des arbitrages déviants par rapport à ce consensus, par exemple ceux qui souhaiteraient plus de confort que les autres à l'hôpital ou une garantie d'accès indéfinie à des opérations prolongeant la vie, moyennant bien sûr un ajustement correspondant des prélèvements sur leurs revenus ? Aucune raison éthique, à mes yeux, du moins dans le cadre égalitaire fictivement postulé dans le présent

en économie publique et appliquée, entre autres par Jacques Drèze (1962, 1992), à la question de savoir jusqu'où il est légitime de pousser des politiques susceptibles de sauver des vies.

⁵ Ces divers arbitrages font bien entendu intervenir des questions empiriques complexes sur lesquelles le philosophe n'a aucune compétence. Une de ces questions, brièvement discutée lors du Congrès, concerne l'impact d'un ticket modérateur sur le hasard moral. Il ne suffit bien sûr pas de dire que, le patient n'étant pas le prescripteur, l'imputation d'un ticket modérateur au patient ne peut avoir aucun impact sur le volume de consommation médicale. Il est difficile d'imaginer que le comportement du prescripteur ne diffère pas en fonction de la part du coût de ce qu'il prescrit qui est affectée au patient ou à la collectivité. Mais dans l'arbitrage opéré entre compensation adéquate et maîtrise du hasard moral, il importe aussi de tenir compte du fait qu'un ticket modérateur peut s'avérer contreproductif du point de vue du volume des dépenses (et donc du niveau des primes), de par son effet dissuasif à un moment où le traitement efficace du problème de santé serait encore peu onéreux. À la lumière de tout ce qu'on peut savoir sur ces effets et beaucoup d'autres et à aversion aux différents types de risques donnée, le degré de couverture, reflété dans la taille relative du ticket modérateur, peut bien sûr différer sensiblement en fonction du type de risque. Il ne s'agit pas ici de proposer une réponse aux questions empiriques complexes ainsi posées, mais seulement de justifier et localiser leur pertinence éthique.

exercice. (Je reviendrai plus bas, à propos de la solidarité forte, aux éthiques de cette question dans une société inégalitaire). Mais dans la plupart des cas, cette possibilité se heurtera probablement à une difficulté pratique insurmontable liée à l'apparition du phénomène dit de la sélection adverse, dont on ne peut faire abstraction — comme je l'ai fait jusqu'ici — dès le moment où on introduit des systèmes d'assurance optionnels. Ceux qui opteraient pour un supplément d'assurance ne seraient pas seulement ceux qui diffèreraient des autres par leurs préférences en matière de couverture du risque, mais aussi par leur probabilité objective de réalisation du risque. Par conséquent, la prime que chacun aurait à payer pour obtenir cette couverture supplémentaire serait sensiblement plus élevée que la prime à payer pour cette même couverture au cas où elle aurait été incorporée dans le système obligatoire et donc sans doute, dans bien des cas, plus élevée que ce que les personnes initialement intéressées seraient prêtes à payer⁶.

Apprendre à mourir

L'approche ainsi esquissée prétend apporter une réponse — doublement positive — à la question de savoir s'il y a des limites éthiques à la prise en charge des soins de santé par la solidarité faible, celle qui découle de la simple assurance. Cette approche aurait besoin d'être précisée, affinée, protégée contre certaines objections. Au lieu de cela, je voudrais brièvement l'illustrer à propos d'un des problèmes les plus aigus et les plus poignants qui se posent pleinement dès le niveau de la solidarité faible. Il s'agit de l'arbitrage que nous avons à faire entre la longueur de notre vie et notre niveau de vie au sens le plus large, de la question de savoir quel coût nous sommes prêts à supporter tout au long de notre vie pour avoir droit, lorsque nous serons âgés, voire très âgés, à des opérations ou traitements qui permettront de la prolonger. C'est là bien sûr un problème éthique essentiellement nouveau, le développement stupéfiant des techniques médicales au cours de ce siècle rendant toujours plus rares les cas où il est techniquement impossible de postposer la mort. C'est aussi un problème dont l'ampleur ne peut qu'aller croissant à mesure que se poursuit le vieillissement des populations et qu'augmente la variété et le coût agrégé des interventions potentiellement efficaces⁷.

Face à ce problème, on trouve habituellement deux attitudes, dont dérivent deux approches très différentes. La première consiste à exhorter à avoir les yeux en face des trous et à admettre que ce dont il s'agit

⁶ Les assurances supplémentaires portant sur les risques spécifiquement liés à la pratique de certaines activités professionnelles ou sportives ne fournissent pas des illustrations d'écarts viables par rapport au consensus. Le choix de s'assurer plus généreusement au cas où on ferait tel sport ou tel métier étant en effet pleinement compatible avec une homogénéité parfaite des préférences quant aux risques à couvrir et au degré de couverture. Dans le monde réel, le problème de la sélection adverse pour les assurances supplémentaires non liées à des risques spécifiques est sensiblement atténué par le recours à des assurances-groupe couvrant, par exemple, tous les travailleurs d'une entreprise. Mais l'espace ouvert à cette possibilité dans le cadre égalitaire du présent exercice est bien entendu fort étroite.

⁷ En guise d'introduction aux faits et aux choix politiques à opérer dans ce domaine, j'ai trouvé particulièrement stimulant l'essai tout récent de François Stasse (1993).

ici, c'est d'allouer intelligemment des ressources rares. La rationalité la plus élémentaire exige dès lors que l'on procède à une analyse coût-bénéfice dans le cadre de laquelle il serait absurde d'évaluer de la même manière, par exemple, le bénéfice découlant d'une greffe effectuée avec succès sur une personne de 20 ans et celui découlant d'une même greffe tout aussi réussie sur une personne de 90 ans. Dans sa version la plus brutale, cette approche consiste en un sens à prendre au sérieux l'idée qu'aujourd'hui nous n'avons plus, comme collectivité, aucune marge de manoeuvre par rapport à l'exigence de rentabilité. Toute opération, tout soin de santé à charge des pouvoirs publics doit dès lors se justifier par sa rentabilité, par sa contribution nette attendue au Produit National Brut — dans le meilleur des cas généreusement étendu à la production non marchande, en ce compris les services que les personnes âgées peuvent rendre, par exemple, en s'occupant de leurs petits-enfants. Dans cette version hard, la vie et la santé humaine sont réduites à leur valeur économique. Une version plus soft de cette même approche est inspirée de l'utilitarisme. Elle consiste à évaluer chaque type d'intervention, dûment spécifié en fonction de l'espérance de vie, de l'état de santé et de la productivité du bénéficiaire, à l'aune de sa contribution nette (c'est-à-dire déduction faite du coût) au bien-être collectif de la société, en tenant cette fois compte non seulement de l'impact sur le PNB, mais aussi du bien-être de la personne elle-même et de ses proches⁸.

Pour les tenants de la seconde attitude, tout cela est odieux. Quelle qu'en soit la version, la première approche ne voit dans la santé humaine, dans la vie humaine, dans les hommes et les femmes eux-mêmes que des moyens au service de la maximisation du Produit National Brut ou, au mieux, du bien-être agrégé, alors qu'un être humain est une fin en soi, que la vie humaine est sacrée et que la santé humaine n'a pas de prix. Ce qui, éthiquement, s'impose, c'est simplement de donner à chaque personne, quel que soit son âge, tout ce que son état de santé requiert dans l'arsenal des interventions et des soins techniquement disponibles. Pareilles déclarations ne risquent pas de laisser muets les tenants de la première approche, qui rétorqueront sur le champ que c'est là une attitude absurde, irresponsable, qui n'a nullement pour effet d'empêcher que des choix cruels se fassent, mais bien d'assurer qu'ils se fassent dans une opacité et un arbitraire complets. Pire encore, à mesure que nos populations vieillissent et que la médecine "progressive", l'adoption d'une telle attitude a pour conséquence que se perce inexorablement un tonneau des Danaïdes dans lequel tout notre système de solidarité — faible et forte du reste — finira par s'engloutir.

Entre l'utilitarisme odieux et l'angélisme irresponsable, y a-t-il place pour une autre approche qui permette d'opérer les choix qui s'imposent face à l'explosion du coût des soins de santé, sans pour autant instrumentaliser la vie et la santé de chaque personne humaine ? J'affirme que cette place existe, et qu'elle est précisément occupée par l'approche esquissée tout à l'heure. Demandons-nous tous sincèrement, sur la base d'un revenu supposé égal, pour quels risques survenant lorsque nous serons âgés (ou très âgés) et à quel niveau de couverture nous aurions été prêts à nous assurer au départ. Le principe proposé a sans doute pour

⁸ Pour une discussion critique de diverses variantes de cette première approche, voir Van Parijs ed. (1992).

conséquence qu'il y aura des opérations et des traitements techniquement possibles et individuellement désirables, et parmi elles des opérations susceptibles de sauver notre vie, auxquels la solidarité ne nous donnera pas accès. Il y aura inévitablement aussi, à mesure que nous vieillissons, une tentation toujours plus forte à prétendre que nous aurions été prêts à accepter, tout au long de notre existence, des sacrifices plus importants en contrepartie d'un accès plus large à des soins plus coûteux. Mais il n'y a pas, dans l'approche ainsi proposée et illustrée, d'instrumentalisation de nos vies ou de nos personnes au service d'objectifs économiques ou sociaux qui les dépasseraient. Il y a là simplement l'acceptation de la privation de certains biens et services désirables, et compris l'acceptation de la mort même lorsqu'elle est techniquement évitable, au nom de l'équité entre tous.

Ainsi donc, à mesure que se creuse l'écart entre le techniquement possible et l'équitement accessible, l'éthique, dans ce domaine, consiste de moins en moins à faire tout ce qu'on peut pour offrir l'éternité à chacun. Elle consiste toujours plus à apprendre, ou réapprendre, à mourir⁹.

« A policy for the poor is a poor policy »

Voilà pour les limites éthiques de la solidarité faible, celle qui découle de la simple logique de l'assurance, limites qui se traduisent entre autres, comme nous venons de le voir par des limites à la solidarité entre classes d'âge. J'en viens maintenant à la solidarité forte, celle qui est irréductible à l'assurance. Il est utile d'en distinguer deux aspects. Le premier correspond à la solidarité à l'égard de ceux dont on sait par avance que leurs besoins en matière de soins de santé seront plus importants. Sous sa forme la plus pure, c'est la solidarité à l'égard des personnes handicapées de naissance. Manifestement, nous sommes ici au-delà de l'assurance, puisqu'on ne peut s'assurer contre la réalisation d'un risque qui s'est déjà réalisé. Cette solidarité est-elle légitime ? Bien sûr, elle est essentielle. A-t-elle des limites ? Oui, et le critère éthiquement le plus raisonnable à mes yeux pour les fixer a pour nom diversité non-dominée. Comme j'ai présenté et discuté longuement ce critère ailleurs¹⁰, je ne m'y attarderai pas ici, tout en soulignant que ce premier aspect de la solidarité forte n'est à mes yeux nullement moins important que le second.

C'est cependant vers ce second aspect — la solidarité à l'égard de ceux dont on sait par avance que leurs revenus (ou leurs revenus potentiels) seront moins élevés — que je me tourne maintenant de manière un peu moins sommaire. Il est clair que si les revenus attendus sont inégaux, la logique de l'assurance va conduire à des

⁹ Du reste, comme le demandait Jacques Leclercq (1953 : 46), « Puisque la vie sera toujours trop courte ; puisque, lorsqu'on meurt vieux, l'impression de brièveté est plus forte encore que lorsqu'on meurt jeune, retarder la mort peut-il être le but de la vie ? »

¹⁰ Inspiré d'une suggestion de Bruce Ackerman (1980) dans le contexte de questions soulevées par le génie génétique, ce critère de diversité non-dominée est développé dans Van Parijs (1990) comme une alternative à l'assurance sous voile d'ignorance proposée par Dworkin (1981). Voir aussi Sen (1990), Arneson (1992) et Fleurbaey (1993) pour des commentaires critiques.

niveaux de prime et donc à des ampleurs et à des niveaux de couverture qui peuvent être très différents. Si l'on estime que la justice exige de rendre potentiellement accessible à tous et aux mêmes conditions la même qualité de soins, il faut donc nécessairement aller au-delà de la solidarité faible découlant de simple assurance pour entrer dans le domaine de la solidarité forte. Cette deuxième dimension de la solidarité forte est-elle légitime ? Bien sûr que oui. Mais attention : ne rétrécissons pas trop vite le problème et ne tirons pas de cette affirmation des conséquences qu'elle n'a pas.

Pour éviter de rétrécir abusivement la perspective, il importe de souligner d'emblée que, même du seul point de vue de l'accès à la santé, il est capital que cette solidarité affecte toutes les sphères de l'existence et pas seulement l'accès aux soins de santé. On a suffisamment montré à quel point la misère, le chômage, l'exclusion, la solidarité peuvent gravement affecter la santé physique et mentale des personnes qu'elles touchent. Dès lors, le souci d'exigences éthiques en matière de santé ne justifie nullement qu'on se focalise sur les inégalités en matière d'accès aux soins de santé. Les inégalités de condition au sens le plus large — pas seulement dans l'ordre du revenu mais aussi de l'emploi et du milieu de vie — ne sont pas moins pertinentes¹¹.

En outre, bien sûr, dans le domaine de l'accès aux soins de santé eux-mêmes, il importe d'aller au-delà de l'assurance pour instaurer une solidarité forte entre classes de revenus. Mais attention, il n'en découle nullement qu'il faille distinguer institutionnellement les deux systèmes. On ne ressassera jamais assez la célèbre phrase de Richard Titmuss, l'un des grands théoriciens britanniques de l'Etat-Providence : « A policy for the poor is a poor policy ». Dans ce domaine, comme dans d'autres, il faut lutter pour préserver et étendre le caractère universaliste de nos systèmes de protection sociale, et cela tant en raison des trappes de chômage ou de dépendance qu'il permet d'éviter qu'en raison des démarches et contrôles toujours plus ou moins humiliantes dont il fait l'économie¹².

¹¹ D'études canadiennes mettant en évidence une forte corrélation entre l'état sanitaire et l'homogénéité du tissu social, François Stasse (1993 :14) conclut : « Le premier volet de toute politique de santé devrait consister en une forte contribution à la réduction des inégalités sociales ».

¹² C'est pour moi une source sans cesse renouvelée d'étonnement de constater avec quelle facilité les personnes les mieux intentionnées peuvent se laisser aguicher par des propositions de « ciblage » plus précis ou de « sélectivité » plus grande des prestations sociales en fonction des revenus des bénéficiaires, perdant ainsi de vue le double effet pervers que je viens de rappeler, ainsi que le fait économique fondamental qu'une augmentation du taux d'imposition et un retrait d'allocation à mesure que le revenu croît constituent l'une et l'autre des diminutions du revenu marginal net supposé affecter l'offre des facteurs de production. Tous, heureusement, ne sont pas aveugles aux avantages décisifs de la non-sélectivité du point de vue même de la solidarité forte. Ainsi, Jean-Luc Dehaene, lors de la séance d'hommage à Jean Hallet, racontait l'anecdote suivante : « Je répète toujours la réponse que j'ai faite un jour à Wilfried Maertens qui après son opération, s'étonnait qu'il n'avait presque rien dû payer. Est-ce que c'est normal ?, me demanda-t-il. Je lui ai répondu que oui et que cela signifiait que l'ouvrier de Liège ou l'employé de Bruges [sans oublier, je présume, le chômeur de Bruxelles] pouvaient se faire opérer dans les mêmes conditions que le Premier Ministre ». Bravo ! Encore un petit effort dans cette direction, et nos premiers ministres comprendront même parfaitement ce qui motive la proposition d'introduire une allocation universelle, dûment purgée des nombreux malentendus qu'elle a suscités (voir Van Parijs 1994).

Cette solidarité forte a-t-elle des limites de principe ? Encore oui. Dans le domaine des soins de santé, comme dans les autres, cette limite a selon moi pour nom maximin, ou la maximisation du minimum¹³. Sont seules légitimes, selon ce critère, les inégalités de condition dont la réduction aurait pour conséquence que ceux-là mêmes qui en sont les victimes en pâtiraient. En d'autres termes, la solidarité forte a pour seule limite sa propre contreproductivité : elle ne doit s'arrêter qu'au moment où toute tentative de l'accroître a pour effet de détériorer, fût-ce à terme, ce qu'elle vise à améliorer, à savoir la condition des plus défavorisés. Il y a bien sûr une distance considérable entre de pareils principes et les questions bien concrètes que nous nous posons, par exemple : « Faut-il, oui ou non, accepter le plan global du gouvernement ? ». Mais au moins, un tel principe, s'il s'avère cohérent et défendable au vu de ses implications les plus diverses, nous donne la base indispensable pour nous orienter dans la discussion et pour distinguer les arguments pertinents de ceux qui ne le sont pas.

Que suit-il de cette approche dans le domaine des soins de santé ? Transposons-nous dans une situation dans laquelle les conditions auraient été maximisées, c'est-à-dire dans laquelle il est impossible d'améliorer durablement la situation la plus défavorisée, et supposons qu'un système universel d'assurance de soins de santé ait été instauré conformément à l'approche esquissée tout à l'heure. La seule question de principe qui se pose alors encore est celle de savoir si les personnes dont les revenus sont supérieurs au minimum peuvent utiliser ce surcroît de revenu pour améliorer leur accès aux soins de santé, en particulier par des assurances complémentaires, qu'elles soient individuelles ou collectives, ou s'il y a quelque chose de spécial dans le cas de soins de santé qui fait qu'alors qu'il est légitime de consacrer ce surcroît de revenu à se payer un meilleur logement, une voiture plus sûre ou de plus belles vacances, il est par contre illégitime de l'utiliser pour se payer des opérations plus sophistiquées, des files d'attente moins longues et des consultations plus compétentes.

Ma réponse est que rien, en principe, ne peut justifier pareille asymétrie quant à l'usage légitime que pourraient faire de leur surcroît de revenu les bénéficiaires des inégalités — surcroît supposé incompressible, ne l'oublions pas, sans effet pervers pour les plus défavorisés —, sauf si ces choix devaient mener à autre chose que des modulations à la marge, au développement d'une véritable médecine à deux (ou multiples) vitesses, à une dualisation du système hospitalier, qui rongeraient notre sentiment de partager, face à la vie et à la mort, fondamentalement le même destin et réduiraient drastiquement la possibilité que le fonctionnement d'un système unitaire nous offre de comprendre et partager les espoirs, les angoisses, les douleurs, les émotions d'autres personnes socialement très différentes de nous, au hasard de ces moments souvent intenses, parfois tragiques que l'usage des mêmes hôpitaux, des mêmes centres médicaux nous conduit à partager. Or c'est précisément cette expérience vécue d'appartenir à une même société — pas seulement, mais éminemment, dans la sphère des soins de santé — qui génère ultimement et revivifie constamment les ressources morales et, par là, les conditions

¹³ Tant Paul Schotsmans – lorsqu'il a évoqué le souci prioritaire des plus pauvres – que Luc Bouckaert – lorsqu'il a fait référence à la théorie de la justice de John Rawls (1971) – ont déjà implicitement mis en évidence l'importance de ce critère dans le présent contexte. On trouvera dans Daniels (1985) et Pogge (1989 : § 16) deux approches de la question de la justice en matière de soins de santé inspirées par Rawls (en particulier par son principe d'égalité équitable des chances) mais très différentes de ce qui est proposé ici.

politiques de l'instauration durable de la solidarité forte. A fortiori dans le monde qui est le nôtre, où les inégalités sont — à mon sens en tout cas — bien au-delà de ce que légitime le maximin, il importe de faire preuve, pour ces raisons qui ne sont qu'indirectement éthiques, de la plus grande méfiance face à tout ce qui pourrait conduire à la dualisation par le haut du système des soins de santé et, par là, à la dilution du sentiment d'appartenir tous, les plus riches comme les plus pauvres, à une même société, à une même communauté humaine au sein de laquelle la solidarité forte peut être à l'ordre du jour.

Des limites territoriales ?

Je termine par un mot sur un dernier aspect de notre question, pas du tout évoquée jusqu'ici. Y a-t-il, par principe, des limites territoriales à la prise en charge des soins de santé par la solidarité ?

En ce qui concerne le volet assurance ou solidarité faible, la réponse est une pure question d'opportunité. On aura d'autant plus intérêt à étendre les limites géographiques de la solidarité faible que cela permettra de répartir les risques sur une population plus vaste sans accroître l'hétérogénéité des préférences des populations concernées. En ce qui concerne le volet solidarité forte, en revanche, la réponse doit être un retentissant non. Ou du moins : il n'y a pas d'autres limites de principe à la solidarité forte — en matière de soins de santé comme en toute autre matière — que l'humanité tout entière. Prétendre qu'il y ait quelque vertu éthique à recroqueviller, à ratatiner la solidarité forte sur une ethnie, un peuple, un territoire plus ou moins exigu, c'est en revenir à une éthique qui n'est pas seulement pré-kantienne, mais aussi pré-chrétienne.

Ceci ne veut pas dire, bien entendu, qu'il faut une solidarité forte mondiale ou pas de solidarité forte du tout. Il y a des considérations pragmatiques décisives qui nous contraignent à modérer nos ambitions. Mais cela veut certainement dire que, dans ces rares pays — il faudrait presque dire dans ce rare pays — où l'on est parvenu à instaurer et développer, notamment dans le domaine des soins de santé, une solidarité forte qui traverse les frontières d'ethnies, de peuple, d'entités aujourd'hui largement autonomes, s'il est parfaitement légitime et même souhaitable d'expérimenter des modulations à la marge s'il devait s'avérer qu'en matière de solidarité faible, il y a des différences significatives entre les préférences de part et d'autre de la frontière, ou si ce pouvait être un moyen efficace d'encourager des politiques régionales responsables en matière de santé publique ou d'environnement par exemple, par contre il est capital, et d'une importance historique dépassant de beaucoup le destin d'un seul pays, que cette solidarité forte interpersonnelle et transfrontalière soit non seulement préservée, mais renforcée¹⁴.

¹⁴ Voir, sur cette question, les textes issus de la réflexion sur les enjeux éthiques de la fédéralisation de la sécurité sociale, menée conjointement par le Centrum voor economie en ethiek et la Chaire Hoover d'éthique économique et sociale : Decoster & Schokkaert (1993) et Van Parijs ed. (1993).

On me rétorquera sans doute — sur ce point comme sur les précédents — que tout ce préchi-précha éthique est bien beau — quoique souvent un peu abstrait et parfois franchement compliqué —, mais qu'il aura tôt fait de se fracasser contre les contraintes du marché mondial et des bureaucraties locales, des intérêts et des passions, des stratégies et des rapports de force. Est-il vraiment possible de concilier une conscience lucide de ces contraintes et la conviction ferme que nos engagements éthiques, singulièrement au service d'une solidarité forte, pourront infléchir le cours des choses ?

Mais bien sûr que c'est possible ! Le fait que les Mutualités Chrétiennes aient choisi d'organiser un congrès sur ce thème en est - seulement - un indice. Mais tout ce que je sais de la carrière de celui auquel ce Congrès est dédié en apporte la démonstration.

Références

- Ackerman, Bruce A. 1980. Social Justice in the Liberal State, New Haven & London : Yale University Press.
- Alexander, Larry & Schwarzschild, Maimon. 1987. « Liberalism, neutrality, and equality of welfare vs equality of resources », Philosophy and Public Affairs 15, 85–110.
- Arneson, Richard J. 1992. « Property rights in persons », Social Philosophy and Policy 9 (1), 201–230.
- Daniels, Norman. 1985. Just Health Care, Cambridge : Cambridge University Press.
- Decoster, André & Schokkaert, Erik. 1993. « Federalisering van de sociale zekerheid : Cijfers en waarden », De Gids op Maatschappelijk Gebied.
- Drèze, Jacques H. 1962. « L'utilité sociale d'une vie humaine », Revue française de recherche opérationnelle 23, 3–28
- Drèze, Jacques. 1992. « From the "Value of Life" to the Economics and Ethics of Population : the Path is Purely Methodological », Recherches économiques de Louvain 58 (2), 147–166.
- Dworkin, Ronald. 1981. « Equality of resources », Philosophy and Public Affairs 10, 283–345.
- Fleurbaey, Marc. 1993. « L'absence d'envie dans une problématique post-welfariste », Recherches économiques de Louvain 59 (4).
- Leclercq, Jacques. 1953. Valeurs chrétiennes. Paris & Tournai : Casterman.
- Pogge, Thomas. 1989. Realizing Rawls. Ithaca (N.Y.) : Cornell University Press.
- Rawls, John. 1971. A Theory of Justice, Oxford : Oxford University Press.
- Roemer, John E. 1985. « Equality of talent », Economics and Philosophy, 1, 151–187.
- Sen, Amartya. 1990. « Welfare, freedom and social choice : A reply », in Recherches Economiques de Louvain 56, 451–86.
- Sen, Amartya. 1992. Inequality Reexamined. Oxford : Oxford University Press.
- Stasse, François. 1993. L'Economie de la santé en France, Paris : Fondation Saint Simon, novembre 1993.

- Van Parijs, Philippe. 1990. « Equal endowments as undominated diversity », Recherches Economiques de Louvain 56, 327–356. (Version revue et augmentée à paraître dans Reading Dworkin, J. Burley ed., Oxford : Blackwell.)
- Van Parijs, Philippe. 1991. Qu'est-ce qu'une société juste ?, Paris : Le Seuil.
- Van Parijs, Philippe. 1992. « Assurance, solidarité, équité. Les fondements éthiques de l'Etat-Providence », Cahiers de l'Ecole des sciences philosophiques et religieuses 12, 49–72. (Version revue et augmentée à paraître dans Futuribles, Paris, décembre 1993.)
- Van Parijs, Philippe (ed.) 1992. Ethical Aspects of the economic value of human life, dossier des Recherches économiques de Louvain 58 (2), 121–171.
- Van Parijs, Philippe (ed.) 1993. Fédéralisation de la sécurité sociale : Enjeux eth(n)iques, dossier de La Revue Nouvelle, novembre 1993, 34–82.
- Van Parijs, Philippe. 1994. « Allocation universelle et plein emploi : l'inéluctable alliance », Reflets et perspectives de la vie économique, janvier 1994.