

# Y a-t-il une alternative au dualisme des solidarités ? L'exemple des soins de santé<sup>1</sup>

Philippe Van Parijs

*Chaire Hoover d'éthique économique et sociale,  
Université Catholique de Louvain*

Chapitre 1 de F. Docquier éd. *La solidarité entre les régions. Bilans et perspectives.*  
Bruxelles : De Boeck Université & Larcier, 1999, pp.27-50

Résumé : Comment élaborer un système d'assurance santé équitable dans une société pluriculturelle ? Partant du débat que connaît actuellement la Belgique sur la défédéralisation du système national d'assurance santé, ce chapitre oppose deux perspectives normatives très différentes. La première repose sur une séparation nette entre une notion forte de “solidarité entre les individus d'un même peuple” et une notion bien moins exigeante de “solidarité entre peuples”. Cette conception duale de la solidarité n'est pas seulement articulée par les plus radicales parmi les organisations flamandes prônant la scission du système de santé fédéral. On la trouve également dans le livre que le grand philosophe progressiste américain John Rawls a consacré tout récemment au “droit des peuples”. Il existe cependant une autre approche qui, sans cesser d'être “rawlsienne” — à la fois libérale-égalitaire et respectueuse de la diversité des peuples — n'impliquerait nullement le démantèlement des systèmes de solidarité des Etats plurinationaux en matière de soins de santé. Bien plus plausible dans le monde qui est aujourd'hui le nôtre qu'un dualisme strict des solidarités, cette approche alternative combine l'idée que les dons (définis de façon très large) doivent être distribués selon le critère du “maximin” et l'idée que les handicaps doivent être compensés selon le principe de la “diversité non dominée”. Cela conduit, de façon naturelle, à doter chaque peuple linguistiquement distinct d'une allocation forfaitaire financée au niveau fédéral, tout en permettant à ces entités d'organiser leur propre système d'assurance santé en accord avec leurs conceptions respectives.

## 1- Préambule

---

<sup>1</sup> Traduction par Frédéric Docquier et Jean Houard d'une communication préparée par Philippe Van Parijs (et présentée en son absence par Amartya Sen) pour le colloque “Equity and Health Care”, Harvard University, 9 novembre 1998. (Version originale: “Just Health Care and the Two Solidarities”, Harvard University: Center for Population and Development Studies, Working Paper Series, March 1999.)

La manière dont nous concevons la justice en matière de prestations sociales, et en particulier dans le domaine des soins de santé revêt une importance considérable et ce, pour de multiples raisons. Certaines d'entre elles sont évidentes, d'autres le sont moins. Je me propose ici d'en illustrer l'une des moins évidentes en démontrant que le choix d'une conception de la justice dans notre système d'assurance santé peut affecter de façon cruciale la conquête d'une ville et la survie d'un pays. Pareille possibilité n'est pas de la science-fiction, ce n'est pas le fruit de l'imagination frivole d'un philosophe, elle concerne de près les évolutions institutionnelles qu'a connues la Belgique au cours des années récentes, ainsi que son destin pour les années difficiles à venir.

## **2 Une politique de soins de santé équitable dans un Etat fédéral pluriculturel**

La Belgique est née en 1830 comme un Etat fortement unitaire inspiré du modèle français, avec le français comme seule langue officielle. En 1994, après une longue et laborieuse série de réformes constitutionnelles, la Belgique est devenue un Etat fédéral complexe composé de trois Régions et de trois Communautés linguistiques. Chacune de ces Régions et de ces Communautés est dotée de son propre parlement et de son propre gouvernement. Les Régions assurent la plupart des compétences “ territoriales ” telles que l’infrastructure publique, l’environnement et la politique économique. Les Communautés ont en charge les matières “ non territoriales ” telles que l’éducation, la culture et certains aspects de la politique sociale. Les trois Régions sont la Flandre, 5,9 millions d’habitants, principalement de langue néerlandaise, jouissant actuellement d’une situation économique relativement favorable ; la Wallonie, 3,3 millions d’habitants, principalement de langue française, subissant actuellement une situation économique défavorable ; et Bruxelles, la capitale nationale, un million d’habitants, principalement de langue française, qui a le produit intérieur brut par habitant le plus élevé des Régions d’Europe, à l’exception du Land de Hambourg, mais dont le revenu par habitant est inférieur à la moyenne nationale, plus de la moitié des travailleurs bruxellois étant des navetteurs en provenance des deux autres Régions. Aucune des trois Communautés ne coïncide parfaitement avec une des trois Régions. La Communauté flamande comprend en effet l’ensemble des résidents de Flandre mais aussi la minorité néerlandophone de Bruxelles ; la Communauté germanophone comprend les 60.000 résidents d’une poignée de communes de l’Est de la Wallonie ; enfin, la Communauté française comprend les autres résidents de la Wallonie et la population de langue française résidant à Bruxelles.

En dépit de cette très large décentralisation, l’ensemble du système de protection sociale belge, y compris son système d’assurance santé généralement jugé particulièrement performant, est toujours resté du ressort de l’Etat fédéral. Son financement est assuré par une cotisation proportionnelle de sécurité sociale, perçue à un taux identique dans tout le pays. Mais il y a des raisons de penser que cette situation est particulièrement instable. Au moment où le pays devenait un Etat fédéral, les données statistiques disponibles indiquaient que la population wallonne avait significativement plus recours, par habitant, aux soins de santé financés par l’Etat que la population flamande. Une partie de l’écart s’expliquait par la structure démographique (la population est plus âgée en Wallonie) et par la situation économique, plus défavorable en Wallonie (le taux de chômage y est également plus élevé). Mais les comportements respectifs dans les deux Régions en matière de recours aux soins de santé se sont également avérés plus dispendieux en Wallonie qu’en Flandre. Ainsi, pour un symptôme similaire, on a plus spontanément recours aux tests de diagnostic en Wallonie qu’en Flandre, et, à pathologie donnée, on y consulte plus volontiers les médecins

spécialistes<sup>2</sup>. Il n'est donc pas surprenant qu'une fois ces statistiques connues et judicieusement médiatisées par des politiciens et journalistes flamands, un sentiment d'injustice ait rapidement gagné la Flandre : “ Au nom de quoi devrait-elle financer les ‘goûts’ plus coûteux des Wallons ? ”

Lorsque deux segments statistiquement identifiables d'une population sont couverts par le même système public d'assurance santé, l'existence de nets écarts entre leurs consommations par tête de soins de santé ne fait pas nécessairement problème : ces différences peuvent simplement refléter les inégalités dans les risques objectifs de santé qui ne peuvent être maîtrisés, ni individuellement, ni collectivement, par ceux qui les courent. Toutefois, un problème se pose si, à risques donnés, les deux segments (qu'ils soient définis sur la base d'un critère linguistique, professionnel, territorial ou autre) ont des consommations différenciées.

Si c'est un critère linguistique qui distingue les deux segments considérés, on pourrait penser, pour expliquer les différences de comportement, à des différences culturelles profondes entre les membres des deux groupes. Plus vraisemblablement, dans le cas qui nous occupe, on pourrait les imputer à des contextes institutionnels relevant désormais de la compétence des Régions ou des Communautés. Il se pourrait par exemple que la formation universitaire des médecins francophones favorise davantage le recours à une large gamme de tests diagnostics, ou qu'elle produise une proportion plus élevée de médecins spécialistes (par rapport aux médecins généralistes) au sein de la population wallonne. Quelle que soit la cause de la divergence (à risque objectif donné), la viabilité de tout système d'assurance commun requiert - pour des raisons tant d'efficacité que d'équité - que ces différences soient neutralisées. A première vue, la manière de relever le défi des statistiques gênantes dont il a été question plus haut est relativement évidente : il faut renforcer le contrôle du respect des normes communes, afin de garantir que les organismes mutualistes, les médecins et les patients des deux Régions interprètent de manière plus uniforme ce à quoi le système d'assurance santé, financé par le pouvoir central, leur donne droit dans toute circonstance objective donnée.

Si évidente soit-elle, cette réaction est cependant loin de relever le défi posé, qui est en fait beaucoup plus profond. Tout d'abord, la manière dont les Régions et les Communautés exercent les compétences qui leur ont déjà été dévolues dans des domaines autres que la santé peut elle-même exercer une influence notable sur les ‘besoins médicaux objectifs’. Une mauvaise politique urbaine peut augmenter la fréquence de troubles psychiatriques ; une politique économique et sociale inadéquate peut contribuer à créer un chômage élevé, et ainsi à amplifier les risques de santé qui y sont associés ; une gestion laxiste de l'environnement et du trafic automobile peut accroître le nombre de victimes d'accidents ; le mode de gestion des écoles peut affecter la propension des adolescents à fumer, boire ou consommer de la drogue.

---

<sup>2</sup> Voir Schokkaert et Van de Voorde (1998) pour une analyse statistique récente bien documentée.

Pour que la structure globale du système soit équitable et efficiente, il n'est dès lors pas suffisant d'imposer au système de soins de santé des réactions uniformes aux mêmes besoins objectifs : c'est la détermination même de ces 'besoins objectifs' qui est, au moins partiellement, imputable aux Régions et aux Communautés.

De surcroît, outre qu'elle s'avère insuffisante, l'application uniforme des normes communes est-elle vraiment souhaitable ? N'est-il pas possible que les trois Régions du pays ou ses deux principales Communautés linguistiques développent une conception différente, tant quant à la part globale de leurs ressources qu'elles souhaitent affecter aux systèmes publics de santé que quant au panier de services de santé que ces ressources doivent permettre de fournir gratuitement ou à un taux subventionné à leur population ? Dans quelle mesure le système doit-il couvrir les soins dentaires, la chirurgie esthétique, l'acupuncture, le traitement de la stérilité, l'avortement, la physiothérapie ou le confort hospitalier ? Où se situe la frontière entre la facilitation acceptable et l'accélération meurtrière de la mort d'une personne atteinte d'un mal léthal ? Toutes ces questions suscitent inmanquablement certains désaccords au sein d'une même communauté linguistique. A fortiori, entre communautés linguistiquement distinctes, on comprendra aisément que des traditions culturelles différentes et surtout des débats publics spécifiques puissent être sources d'attitudes divergentes.

### **3- Le dualisme des solidarités**

Ces deux problèmes sont intrinsèquement liés à l'approche 'unitariste' décrite jusqu'ici. Mais il est une approche cohérente, fondée sur des principes nets, qui les résout l'un et l'autre d'un seul coup. Dans le débat belge, elle tend à être associée aux organisations flamandes les plus radicales. Nous allons voir, cependant, qu'elle semble pouvoir s'autoriser d'un appui philosophique parmi les plus respectables. Je qualifierai cette approche de 'dualiste', dans la mesure où elle repose sur une dichotomie tranchée entre 'solidarité entre membres d'un même peuple' et 'solidarité entre peuples'.

La solidarité inter-individuelle au sein d'un même peuple, tout d'abord peut être conçue comme un mécanisme d'assurance sous 'voile d'ignorance' explicitable comme suit : nous acceptons de faire abstraction de notre situation personnelle, parmi toutes celles que pourraient connaître les membres de notre peuple, pour nous demander contre quels types de risque nous souhaitons nous assurer, et à quel degré, dans le contexte d'une conception commune de ce que veut dire 'être malade' et de la nature du traitement que cet état appelle. En d'autres termes, la solidarité inter-individuelle apparaît comme un système de réciprocité contrefactuelle. Si je fais ceci pour vous, ce n'est pas parce que vous me donnerez (que ce soit de manière certaine ou probabiliste) quelque chose d'équivalent en échange, mais parce que je crois que j'aurais pu être dans votre situation et vous dans la mienne (puisque nous appartenons au même peuple), et parce que j'ai la conviction (en tant que membre du même peuple, partageant la même conception de ce qu'est la maladie et de ce qu'elle requiert) que

vous auriez alors fait pour moi ce que je fais aujourd'hui pour vous. Telle que définie par cette caractérisation de la solidarité, la justice est bien entendu beaucoup plus exigeante, d'un point de vue moral, que la simple équité actuarielle. Toutefois, son champ d'application ne franchit pas les frontières du peuple auquel on appartient, lui-même défini par deux critères qui se renforcent mutuellement : l'identification ("j'aurais pu être à votre place") et la communauté de culture ("nous attachons à peu près la même importance aux mêmes choses"). Ceci n'exclut pas toute solidarité entre peuples. Mais, au lieu d'opérer implicitement au travers d'un système de transferts interindividuels, celle-ci devrait se limiter à la protection contre certains risques spécifiques auxquels sont exposées les sociétés elles-mêmes, tels que famines, inondations, épidémies et conditions économiques extrêmement défavorables.

C'est cette approche fortement dualiste qu'a remarquablement articulée la fédération des associations culturelles flamandes, lorsqu'elle a résolument lancé le débat public sur la scission de l'Etat providence belge au début des années 1990<sup>3</sup>. Ses implications sur l'organisation du système des soins de santé sont particulièrement claires. Plutôt que de tenter d'imposer un respect plus uniforme des normes, il faut permettre à chaque peuple, en l'occurrence à chaque Communauté linguistique, de faire ses propres choix et d'en assumer, bien entendu, la totalité des implications financières. L'organisation équitable des soins de santé requiert alors que chaque peuple détermine tant l'extension de la couverture du système que les modalités d'attribution des indemnités, et qu'il finance le tout sur ressources propres. Pareille approche apporte une solution aisée aux deux problèmes laissés irrésolus par l'approche unitariste : ni l'impact de l'usage que fait chaque communauté de ses compétences décentralisées sur l'ampleur des besoins médicaux objectifs, ni le choix éventuel, par une Communauté, de moyens médicaux plus coûteux pour faire face aux mêmes besoins objectifs, ne laissent place, dans ce cadre, aux comportements irresponsables. En outre, cette approche dualiste laisse à chaque Communauté toute liberté d'élaborer sa vision propre de ce qu'est un système de soins de santé qui soit juste et suffisant. Certes, si l'une de deux Communautés gère son système tellement mal qu'elle en devient nécessiteuse, la solidarité entre les Communautés pourra intervenir. Mais cette solidarité résiduelle s'effectuera désormais au travers d'un système transparent de dotations entre les Communautés, et non de façon implicite via un système unitaire de soins de santé.

#### **4- Démantèlement et reconquête**

Si elle était mise en oeuvre de manière cohérente et scrupuleuse, cette conception de la justice dans l'assurance santé modifierait radicalement le destin de la Belgique et, en particulier de sa capitale, Bruxelles. Quelques chiffres permettent d'éclairer mon propos. Alors que les Communautés flamandes et francophones représentent respectivement 59,8 %

---

<sup>3</sup> Voir O.V.V. (1992)

et 40,2 % de la population belge, leurs contributions au financement du système de soins de santé (qui s'élève à un total annuel d'environ 400 milliards BEF) sont de quelque 64,2 % et 35,8 %, pour des parts relatives dans les dépenses totales de soins de santé de 57,4 % et 42,6 %. Le corollaire de tout cela est simple : les transferts nets en provenance de la Communauté flamande financent quelque 10,3% de la consommation des francophones en raison de contributions par habitant plus élevées en Flandre qu'en Wallonie, et 5,6% supplémentaires en raison de dépenses par habitant plus importantes en Wallonie qu'en Flandre. La situation économique et démographique plus défavorable de la Wallonie explique la totalité de l'écart inter-communautaire au niveau des recettes par habitant et une grande part de l'écart plus faible des dépenses par habitant.<sup>4</sup>

Dans le scénario 'unitariste' de l'uniformisation des normes, les transferts nets découlant de différentiels de revenus et de besoins médicaux objectivement différenciés seraient maintenus, la perte pour les francophones se limitant à la fraction de leurs 5,6% d'excès de consommation par habitant attribuable à leurs 'goûts dispendieux'. Par contre, dans le cadre 'dualiste, où chaque Communauté organiserait elle-même son propre système d'assurance santé, les francophones perdraient la totalité des transferts nets actuels en provenance de la Flandre, soit quelque 16% de leur consommation ou encore environ 7.200 BEF par personne et par an). De plus, dans cette approche dualiste, il n'y a aucune raison de s'en tenir aux soins de santé : il est aisé de généraliser ce qui a été dit de ceux-ci à l'enseignement, aux allocations familiales, aux pensions de retraite, ou encore à l'aide sociale. Dans tous ces domaines, il incomberait à chaque peuple de concevoir et de mettre en oeuvre, à l'aide de ses propres ressources, sa propre vision de la solidarité. Ceci impliquerait pour la Wallonie une perte de transferts nets que l'on peut certainement évaluer à 5 % de son produit intérieur brut<sup>5</sup>. Dans une situation où la Belgique a perdu depuis longtemps ses colonies, n'a pas grand besoin d'une armée et vient de renoncer à sa monnaie nationale, il est peu vraisemblable qu'elle puisse survivre au démantèlement de son système commun de protection sociale.

Cette improbabilité peut même devenir une impossibilité, au cas où la vision des dualistes se réalisait, si une solution pouvait être trouvée pour Bruxelles, où les deux Communautés sont étroitement mêlées : le divorce communautaire ne pourra effectivement s'opérer que si un arrangement consensuel peut être trouvé pour l'enfant du couple. Mais précisément, cette même conception dualiste offre fort opportunément les fondements

---

<sup>4</sup> Ces estimations, comme les suivantes, sont basées sur l'étude de d'Alcantara (1995 : 490-491). Elles se fondent sur l'hypothèse que les revenus et les dépenses par habitant à Bruxelles sont répartis dans le rapport 80%/20% entre les communautés française et flamande, la communauté germanophone étant, avec le reste de la Wallonie, incluse dans la communauté française. Une hypothèse différente sur ce point comme sur d'autres et l'usage de données plus récentes (dont celles analysées ailleurs dans ce volume) permettraient d'affiner les estimations. Mais les chiffres retenus permettent de fixer des ordres de grandeur.

<sup>5</sup> Je néglige ici tous les coûts indirects qui pourraient résulter d'une telle réforme, tels que la perte d'emploi en Wallonie liée à l'émigration du pouvoir d'achat de l'autre côté de la frontière linguistique, ou les conséquences économiques d'une réduction drastique du financement du système d'éducation.

théoriques d'une reconquête de Bruxelles par la Flandre, qui permettraient de résoudre le problème de manière fort élégante, sinon indolore. Seule son histoire de capitale d'un Etat francophone explique en effet que Bruxelles, ville jadis néerlandophone, aujourd'hui entièrement entourée de territoire flamand, compte moins de 20% de résidents de langue maternelle néerlandaise parmi sa population. La poursuite de cette francisation de la ville apparaît en outre vraisemblable, à mesure qu'une banlieue flamande, où le logement est moins cher, l'environnement plus agréable et la sécurité mieux garantie, se développe tout autour de la ville, attirant un nombre croissant des membres de la minorité néerlandophone toujours plus ténue de Bruxelles.

Et pourtant, le phénomène peut s'inverser. En voici la recette. Commencez par mettre en oeuvre la conception dualiste de la société présentée plus haut, de telle sorte chacune des deux principales Communautés linguistiques organise et finance au moins son propre système de soins de santé, d'allocations familiales et d'éducation. Ensuite, ne faites surtout pas de la langue maternelle le critère d'appartenance à une Communauté — ce qui serait du reste une forme odieuse d'apartheid —, mais permettez aux ménages bruxellois de choisir librement leur Communauté, et de ce fait, les systèmes de soins de santé, d'éducation et d'allocations familiales auxquels ils veulent adhérer et au financement duquel ils doivent impérativement contribuer. Il est normal que le choix proposé porte simultanément sur les trois domaines mentionnés, puisque l'enseignement est déjà, pour des raisons évidentes, une compétence communautaire (bien que financée par des dotations de l'Etat central) et que les droits aux allocations familiales (financées de façon centralisée et concernant les enfants âgés de 25 ans au plus) dépendent de la satisfaction d'une condition de scolarité. Eu égard à l'écart important du revenu par habitant entre la Flandre et la Wallonie, le rapport prestations/contribution flamand ne peut qu'être financièrement beaucoup plus attrayant que son équivalent francophone : en première approximation, l'écart pourrait atteindre près de 120.000 BEF par an pour une famille de quatre personnes<sup>6</sup>. Un tel écart financier constitue un puissant incitant, pour les ménages bruxellois, à opter pour la Communauté flamande plutôt que pour la Communauté française. Si l'on tient compte, en outre, de l'importance de la langue parlée à l'école et d'une série d'effets dits 'boule de neige', tels que le déclin et la démoralisation des écoles francophones, le retour des Flamands à Bruxelles, etc., la reconquête linguistique de Bruxelles par la Flandre pourrait alors s'effectuer en l'espace d'une ou deux générations. La condition en serait, bien sûr, que des ressources matérielles et des compétences pédagogiques

---

<sup>6</sup> En cas de communautarisation complète de l'enseignement, des soins de santé et des allocations familiales, la Communauté flamande pourrait offrir à ses membres un supplément de prestations par habitant de l'ordre de 12 000 BEF de plus qu'aujourd'hui, tout en laissant les contributions inchangées (ou réduire leurs impôts de 12 000 BEF, tout en maintenant inchangé le niveau des allocations), alors que la Communauté française verrait réduire ses prestations par habitant d'environ 18 000 BEF à contributions inchangées (ou bien croître ses impôts de 18 000 BEF à prestations inchangées). De ce fait, selon son choix d'appartenance communautaire, chaque résident bruxellois aurait accès à un panier de prestations-contributions dont la valeur annuelle moyenne différerait d'environ 30 000 BEF. Les estimations se fondent sur l'Exposé général du budget 1998 (Bruxelles, Services du Premier Ministre, 1997); les séries statistiques (Bruxelles, ONAFTS, 1997); et d'Alcantara, 1995. Le détail des hypothèses est explicité dans le chapitre 2 de Van Parijs (1999).

suffisantes soient canalisées vers les écoles néerlandophones de manière à pouvoir faire face à l'afflux massif d'élèves dont la langue maternelle n'est pas le néerlandais. A ce moment, la Région flamande pourrait tout simplement absorber la Région de Bruxelles-Capitale, qu'elle avait choisie (bizarrement mais - en fin de compte — judicieusement) comme sa capitale officielle lors de la fédéralisation de la Belgique, cette dernière elle-même pouvant alors disparaître.

## 5- “ The Law of Peoples ”

Ceci conclut ma démonstration exemplative de la manière dont une conception donnée de la justice, et en particulier une conception de la justice dans le domaine de l'assurance santé, peut, contre toute attente, déterminer dans une large mesure le destin d'un pays ou la reconquête d'une ville. Si de nombreux éléments de cette démonstration peuvent paraître idiosyncratiques, le défi qu'elle illustre dépasse l'anecdote d'intérêt local. D'une part, les six mille langues utilisées dans le monde n'ont que 211 Etats souverains pour les abriter. D'autre part, la conception dualiste qui est au centre de la démonstration qui précède est bien plus qu'une construction intellectuelle élaborée, dans un coin perdu du monde, par une poignée d'organisations soucieuses de rationaliser des revendications égoïstes. En fait, cette conception dualiste de la justice sociale est par certains côtés très proche de la théorie soutenue par l'un des plus éminents représentants de la philosophie politique de ce siècle, John Rawls. En effet la conception qu'il a développée, sous le titre The Law of Peoples, dans une conférence ultérieurement développée dans un ouvrage (Rawls 1993, 1999) repose une dichotomie entre deux “ positions originelles ” étroitement analogue à la distinction entre deux formes de solidarité discutée plus haut. Il s'agit de deux situations hypothétiques qui permettent de dramatiser l'impartialité inhérente au concept de justice. L'une met en scène, au sein de chaque peuple, les représentants de ses membres et l'autre les représentants des peuples eux-mêmes. En matière de distribution, le reflet de cette dichotomie est l'opposition entre le très exigeant principe de différence (ou un autre principe distributif libéral – égalitaire) au sein de chaque peuple, et d'autre part un de devoir d'assistance entre peuples beaucoup moins exigeant qui s'applique seulement lorsqu'un peuple est confronté à des circonstances particulièrement sévères. Nous ne sommes manifestement pas loin de l'opposition engendrée par le dualisme des solidarités, entre d'une part un système complexe de transferts interindividuels obligatoires au sein de chacun des peuples, et d'autre part une allocation explicite et transparent accordée aux gouvernements des peuples nécessiteux.

Un examen plus attentif – que je n'entreprends pas ici – mettrait certainement à jour d'importantes différences entre les deux approches. Mais celles-ci apparaîtront sur une toile de fond commune : en matière de justice sociale en général et, plus particulièrement, de justice dans le système de soins de santé, il faut nettement distinguer deux catégories de personnes :

- celles auxquelles dont il est imaginable qu'elles puissent siéger dans la même " position originelle ", à la place desquelles nous sommes capables de nous mettre et, avec lesquelles il nous est possible de convenir, sous un voile d'ignorance auto-imposé, de ce pour quoi il s'impose de s'assurer ;

- celles qui appartiennent à d'autres peuples et avec qui, de ce fait, nous ne sommes qu'indirectement reliés par l'obligation beaucoup plus lâche de la solidarité entre peuples.

Non contente de jouir d'une certaine plausibilité intuitive, l'approche dualiste de la fédération des organisations culturelles flamandes semble ainsi pouvoir se prévaloir du soutien inattendu de John Rawls en personne.

Et pourtant, il nous faut y opposer une ferme résistance. Cela non pas parce que la disparition d'un pays aurait quelque chose d'abominable - un pays n'est jamais qu'un artefact qu'il ne faut pas transformer en fétiche – où à la reconquête linguistique d'une cité — qui ne serait en rien plus critiquable que sa conquête antérieure, au cours des deux derniers siècles, en raison de la pression économique et sociale poussant à l'apprentissage de la langue de prestige -. Si je rejette fondamentalement la conception dualiste, c'est pour deux autres raisons. Premièrement, pour un citoyen d'un Etat plurinationnel dont la survie même est en question et, simultanément, d'une entité politique multinationale – l'Union européenne – qui est indéniablement plus qu'une confédération d'Etats, mais qui n'a ni l'intention déclarée, ni la perspective objective de se transformer en un seul pays ou un seul peuple, pour un tel citoyen la notion de " peuple ", sans être dénuée de sens, est bien trop une affaire de degré pour permettre qu'une théorie soit élaborée sur la base de la dichotomie qu'elle permet de formuler. Deuxièmement, tout en réalisant qu'il est difficile, et même dans la plupart des cas peu souhaitable, de mettre en place un système public d'assurance santé couvrant des populations de langues différentes et participant donc, selon toute vraisemblance, à des débats publics distincts, je n'en suis pas moins convaincu que ce serait une grave régression de démanteler le système interpersonnel comparativement généreux qui traverse aujourd'hui les frontières linguistiques interne de la Belgique, tout comme je trouverais hautement regrettable qu'au nom même de la justice, un système comparable ne puisse être institutionnalisé dans des pays où il n'existe pas encore.

Par ailleurs, je crois aussi que les intuitions qui inspirent mon opposition à la conception dualiste ne sont pas du tout incompatibles avec une approche de type 'rawlsien', entendu non seulement comme une approche libérale – égalitaire, mais aussi comme une approche qui respecte l'aspiration de chaque peuple à concevoir, par exemple, son propre système de soins de santé en fonction de sa propre perception de ce qu'est une 'maladie' et du traitement qu'elle appelle. Il y a certainement plus qu'une manière d'articuler, au sens qui précède, une résistance 'rawlsienne' au Rawls de The Law of Peoples. Je propose ci-dessous celle que je tire de la conception libérale - égalitaire de la justice sociale que j'ai tenté de

défendre dans mon livre Real Freedom for All.<sup>7</sup> Je saisis ainsi cette occasion d'en expliciter les implications précises quant à l'accès équitable aux soins de santé et d'en tester la robustesse à cette lumière.

## **6- Maximin des dotations et diversité non dominée**

Pour l'essentiel, la conception de la justice sociale comme "liberté réelle pour tous" associe deux idées simples, que je trouve indépendamment très attrayantes, mais cependant inacceptables isolément l'une de l'autre<sup>8</sup>.

La première de ces idées est l'exigence de répartir ce qui nous est donné selon le principe du maximin. Délibérément ou non, de manière structurelle ou aléatoire, nous recevons d'innombrables dons au cours de notre vie, et cela principalement, de nos jours, sous la forme des emplois que nous occupons et d'autres opportunités qui nous ont très inégalement offertes par le marché, notamment en fonction de nos talents et d'autres caractéristiques personnelles. Il n'y a bien entendu aucune raison de penser que la répartition spontanée de ces dons soit équitable. L'équité ne doit pas signifier que nous recevions tous des dons identiques ou de valeur égale. Mais elle requiert - c'est ma première idée simple - que la valeur des dons reçus par la personne qui en reçoit le moins soit durablement maximisée. Dans une économie de marché, ce critère conduit naturellement à l'idée d'accorder à tous, inconditionnellement, la dotation la plus élevée qu'il soit possible de financer durablement par des prélèvements fiscaux prévisibles. On peut concevoir que cette dotation soit versée en principe en une fois, sauf pour ceux qui souhaiteraient la recevoir en versements réguliers — auquel cas ces versements devraient logiquement être plus élevés pour les hommes que pour les femmes, en raison l'espérance de vie supérieure de ces dernières. Je suis au contraire favorable à des versements étalés sur le cycle de vie de montants identiques pour tous les individus d'une même classe d'âge<sup>9</sup>. Un des arguments qui me permet de motiver ce choix est le suivant : répartir le revenu de base garanti sur l'ensemble de la durée de vie, c'est exactement ce que les individus feraient s'ils étaient amenés à donner leur avis ex ante, de façon rationnelle et dans un contexte d'incertitude où les agents ne connaissent pas la catégorie statistique à laquelle ils appartiennent (hommes ou femmes, etc.). Une autre justification, métaphysiquement plus délicate, repose sur l'idée qu'il

---

<sup>7</sup> Voir Van Parijs (1995). Le premier chapitre de Van Parijs (1996) fournit une présentation succincte de l'idée centrale en français.

<sup>8</sup> Pour rester concis, je ne traite pas ici une troisième idée simple - la propriété universelle de soi-même -, qui constitue une contrainte préalable aux deux autres idées (voir Van Parijs 1995 : chapitre I).

<sup>9</sup> Les arguments qui plaident en faveur d'un paiement régulier sont présentés dans Van Parijs (1995). En particulier, le chapitre II défend cette idée du versement régulier d'une allocation universelle ou "revenu de base" ou "dividende social", s'inscrivant ainsi dans une lignée intellectuelle allant de Mill (1848) à Atkinson (1995), en passant par Meade (1989) et Cole (1935). Cette lignée peut être contrastée avec une lignée plus ancienne proposant une dotation initiale de base, remontant à Thomas Paine (1796), et récemment remise à l'honneur par Ackerman et Alstott (1999).

faut protéger les personnes que nous serons plus tard contre les personnes distinctes que nous sommes plus tôt : une société juste ne peut s'accommoder de la présence de personnes âgées plongées dans la misère par la dilapidation des ressources qui leur avaient été allouées dans leur jeunesse.

Cette première idée simple – la distribution maximin des dotations - correspond assez bien à mes jugements moraux bien réfléchis, ou du moins elle le ferait si l'on pouvait faire abstraction des handicaps ou, plus largement, des différences significatives de capacités individuelles dont la signification ne se réduit pas aux rémunérations inégales auxquelles elles conduisent sur le marché. C'est là où ma seconde idée simple entre en jeu. Elle permet de traiter les cas où l'hypothèse de l'égalité des talents est loin d'être réaliste. Si nos capacités sont inégales, si certains d'entre nous ont des handicaps liés à des déficiences génétiques, à des accidents périnataux, à un milieu familial défavorable ou à toute autre circonstance, la justice sociale ne peut être réalisée en donnant une dotation identique à chaque individu, même si cette dotation est hissée au plus haut niveau possible. La présence de handicaps nécessite donc des compensations plus ciblées en faveur des personnes les moins généreusement dotées. Mais selon quel critère peut-on déterminer ces compensations ?

Je propose comme critère la diversité non dominée<sup>10</sup>. Définissons la dotation globale de chaque personne comme l'ensemble des ressources externes auxquelles elle peut prétendre et l'ensemble des capacités (internes) dont elle est dotée. La condition de diversité non dominée est satisfaite si, pour toute paire de membres de la communauté considérée, cette dernière n'est pas unanime à préférer la dotation globale de l'un de ces deux membres à celle de l'autre ou, en d'autres termes, s'il y a toujours au moins une personne dans la communauté qui préfère la situation d'un des membres à celle de l'autre. Ce critère requiert donc le transfert de ressources externes de la personne A vers la personne B aussi longtemps qu'il n'y a pas au moins une personne qui préfère la dotation globale de B à celle de A.

Il y a au moins quatre perspectives à partir desquelles on peut motiver le choix de ce critère de diversité non dominée. Premièrement, certains peuvent trouver attrayante l'idée selon laquelle une redistribution de A vers B serait justifiée dès l'instant où une majorité d'individus préfèrent la dotation globale de A à celle de B. Mais ceci peut impliquer un transfert de A vers B en dépit du fait que A et B trouvent tous deux la dotation globale de A plus défavorable que celle de B. Si l'on veut exclure ce paradoxe, tout en restant attaché à une approche de type majoritaire, le critère de diversité non dominée s'impose naturellement.

D'autres pourraient être attirés par une notion de justice comme "absence d'envie" : une allocation des dotations est juste selon cette conception si aucun membre de la société

---

<sup>10</sup> Une présentation détaillée de ce critère peut être trouvée dans le chapitre III de Van Parijs (1995), où il est comparé à un certain nombre de critères rivaux. Il constitue une généralisation et une réinterprétation d'une notion proposée par Ackerman (1981) dans le contexte d'une réflexion sur ce que serait une ingénierie génétique "juste".

n'envie la dotation de personne d'autre. Mais ce critère n'est généralement pas satisfiable dès le moment où les individus ont à la fois des talents et des préférences différents. Pour ceux que cette restriction dérange, mais qui veulent autant que possible sauvegarder une approche de la justice en termes d'absence d'envie, le critère de diversité non dominée offre également une option attrayante. Il revient en effet à requérir une absence d'envie potentielle : lorsqu'il est satisfait, il existe dans la communauté considérée des échelles de préférence telles que, pour toute paire de dotations détenues par deux des membres de la société, la personne détenant l'une de ces dotations n'enviera pas celle que détient l'autre pour autant qu'elle adopte l'une des échelles de préférence représentées dans la société<sup>11</sup>.

D'autres encore peuvent être tentés par une conception de la justice en termes d'égalité de bien-être, ou du moins d'égalité de bien-être potentiel ou de chances d'accès au bien-être. Cependant, des raisons de nature épistémologique ou des raisons éthiques profondes peuvent les convaincre que les niveaux de bien-être sont incommensurables entre individus. Ils doivent alors réduire leur ambition d'un ordre complet à un classement très partiel correspondant à l'intersection de tous les classements individuels, ce qui, une nouvelle fois, nous ramène au critère de diversité non dominée.

Enfin, last but not least, ceux qui croient, pour d'autres raisons (le refus de choyer les goûts dispendieux ou de pénaliser les préférences adaptatives), que l'égalité des niveaux de bien-être potentiel ne peut définir l'objectif ultime de la justice sociale, seront tentés de se concentrer exclusivement sur la distribution des biens ou des ressources externes. Ceci conduit cependant à négliger la distribution inique des capacités des agents à transformer ces dotations externes en qualité de vie. La recherche de la justice consiste dès lors plutôt à égaliser les capacités de base des individus. Mais que sont ces capacités de base, et à quels arbitrages est-il éventuellement possible de procéder entre niveaux différents de capacités de base différentes ? Une réponse possible à cette question s'inspire d'une conception perfectionniste de la nature de l'homme et de ses besoins. Mais il existe également une réponse libérale, impartiale : c'est la diversité non dominée<sup>12</sup>.

Pour formuler la version la plus plausible du critère de diversité non dominée, quelques restrictions s'imposent. A tout le moins, il ne faut retenir comme préférences pertinentes que celles qui sont bien informées ou "raisonnables". Il faut également assouplir quelque peu le critère, afin d'éviter qu'il ne recommande des redistributions absurdes ou contre-productives (c'est l'équivalent de la préférence pour le critère leximin sur l'égalité stricte dans le cas d'une variable unidimensionnelle). Ainsi affiné et ajusté, le critère de diversité non dominée justifie aisément la redistribution ciblée des ressources au bénéfice de catégories spécifiques de personnes défavorisées. Cette redistribution peut revêtir la forme de transferts conditionnés à

---

<sup>11</sup> Voir Fleurbaey (1994,1995) et l'annexe de Van Parijs (1995 : chapitre III) pour une discussion plus formelle de ce critère.

<sup>12</sup> Voir, entre autres, Sen (1985) et Van Parijs (1990) et Sen (1990) pour une discussion des rapports entre diversité non dominée et égalité des capacités de base.

la vérification de l'existence d'un handicap particulier, mais elle peut aussi consister en investissements collectifs dans l'enseignement spécial, dans des technologies adaptées, dans des facilités d'accès aux espaces publics pour les personnes moins mobiles, voire même dans la diffusion d'un éthos général d'aide dans le respect : être aveugle peut constituer une expérience différente selon que l'on se trouve dans une société où personne ne prête attention à un mal voyant en difficulté pour traverser une rue ou au contraire dans une communauté dans laquelle on peut toujours compter sur l'aide d'un bras au moment voulu.

Dans sa spécification la plus défendable, le critère de diversité non dominée n'est pas un critère de redistribution très contraignant. Ma conception personnelle de la justice sociale est bien trop égalitaire pour que je le considère apte à caractériser exhaustivement ce que la justice exige. Je le trouve toutefois très attrayant s'il est combiné d'une manière cohérente avec la première idée simple : le critère de diversité non dominée peut alors être vu comme une contrainte qui limite la maximisation durable des dotations externes qui doivent être inconditionnellement allouées à tous, comme une condition sous laquelle opère le maximin des dons.

### **7- L'assurance santé en tant que composante de la dotation de base**

Quelle pertinence tout ce qui précède a-t-il dans la problématique de l'équité en matière de soins de santé ? Il a déjà été souligné que la maximisation des dons conduit naturellement à une allocation de base inconditionnelle. Toutefois, cette allocation doit-elle être intégralement financière ou bien peut-il s'agir d'une allocation prenant partiellement la forme d'un transfert en nature ? De toute évidence, un des dons les plus importants que nous recevons à tout instant est l'air que nous respirons, et personne ne trouverait particulièrement intéressant d'adapter des compteurs d'oxygène à nos narines de façon à prélever une indemnité sur chaque litre d'air inhalé (même si quelques fous du marché doivent avoir soutenu que c'est là ce que l'efficacité exigerait). On peut également argumenter, de manière moins triviale mais tout aussi convaincante, que l'assurance santé peut légitimement être offerte comme une autre composante de cette dotation en nature. L'argumentation qui permet de justifier cette proposition peut être fondée sur l'existence de divers avantages externes sous-jacents à un système d'assurance santé obligatoire pour tous. Ces avantages externes sont liés, par exemple, aux problèmes de "sélection adverse" qui rendent les systèmes volontaires non efficaces, aux aspects de 'bien public' de la lutte contre les épidémies, ainsi qu'aux avantages administratifs associés aux services d'urgence, etc. Dans une perspective modérément paternaliste, cette proposition peut également faire appel à l'hypothèse plausible selon laquelle quiconque serait pleinement conscient de la probabilité des problèmes de santé, de leurs coûts et de leurs autres conséquences, serait prêt à consacrer une part de son revenu de base à une assurance santé de base. La question qui doit nous guider est la suivante : à supposer que j'ignore tout du risque que je cours personnellement de devoir recourir à une

forme spécifique de soins de santé, mais que je connaisse parfaitement les probabilités associées aux différents risques, leurs conséquences et les coûts des traitements requis, quels traitements souhaiterais-je voir couverts, et dans quelle mesure, par l'assurance santé obligatoire, compte tenu du fait que le coût de cette assurance sera déduit du revenu de base alloué à tous<sup>13</sup>. Sous des hypothèses raisonnables relatives à l'aversion pour le risque, au niveau maximum soutenable du revenu de base et à la mesure dans laquelle les membres d'une société donnée partagent la même conception de la santé et de la maladie, ceci doit permettre de justifier une assurance santé de base substantielle<sup>14</sup>.

Ainsi dûment justifié dans son principe, quelle forme concrète ce service d'assurance santé doit-il revêtir ? En principe, il pourrait s'agir d'une allocation de base monétaire nullement diminuée mais assortie de l'obligation pour chacun de s'assurer, aussi bien que, à l'autre extrême, de la fourniture directe et gratuite de soins de santé à tous par des fonctionnaires du secteur public. On peut également envisager des formes intermédiaires dans lesquelles la compagnie d'assurance paie directement les prestataires de soins, ou bien rembourse une partie de leurs dépenses aux patients. Cette assurance doit-elle être universelle ou fonction des ressources individuelles ? Tout comme le revenu de base garanti peut être administré à la manière d'un impôt négatif sur le revenu, l'accès libre ou subventionné au système de santé peut être soit accordé à tous indépendamment du revenu, soit lié négativement au revenu du ménage. De Richard Tawney (" Une politique pour les pauvres est une pauvre politique ") à James Tobin (1977) et Anthony Atkinson (1998), les défauts des systèmes impliquant un contrôle des ressources ont souvent été mis en évidence (stigmatisation, trappe de pauvreté, taux plus faible d'exercice des droits, dynamique de clientélisme). Il peut cependant y avoir des circonstances dans lesquelles il se justifie de déroger à la présomption très forte qui en découle en faveur de l'universalité, que ce soit en raison d'un système fiscal dont l'inefficacité empêche la récupération des allocations versées aux plus riches, soit à cause du poids politique que revêt l'illusion persistante selon laquelle une politique contre la pauvreté focalisée sur les pauvres fait nécessairement un usage plus efficace des ressources disponibles.

C'est sur cette toile de fond que la diversité non dominée peut maintenant intervenir. Mais pour comprendre comment, il importe de préciser l'échelle temporelle pertinente. Les handicaps qui nécessitent des transferts ciblés peuvent être présents à la naissance, mais ils

---

<sup>13</sup> Tout comme la répartition de la dotation de base sur toute la durée de vie, cette allocation d'une partie de la dotation à un ensemble donné de soins de santé se justifie par une 'comptabilité prudentielle sur le cycle de vie' semblable à celle que propose Norman Daniels (1988, 1996).

<sup>14</sup> En principe, il est toujours possible que les individus plus riches, ou plus averses aux risques, complètent cette assurance de base par une assurance privée. Pourquoi devrait-on empêcher certains individus d'opter pour une assurance plus complète, de la même manière qu'ils optent pour des hôtels plus confortables lorsqu'ils partent en vacances ? Mais quid si cet avantage monétaire permet à certains d'obtenir, par exemple, une priorité en matière de transplantation d'organe, ou bien la possibilité de se procurer un organe à l'étranger ? Ma réaction spontanée est d'y voir un répugnant déni de notre égalité fondamentale en tant que membres d'une même société. Mais est-elle cohérente par rapport au cadre théorique proposé ici ?

peuvent aussi apparaître au cours de la vie des individus. Pour déterminer si l'une ou l'autre d'entre elles est dominée, les dotations individuelles doivent donc être comparées sur l'entièreté du cycle de vie, et non à un moment déterminé. C'est pourquoi la diversité non dominée n'implique pas des transferts massifs vers les personnes très âgées. Mais, comme l'on ne peut attendre la fin de la vie pour décider s'il s'impose ou non de verser un transfert ciblé, ces transferts doivent être versés sur la base de présomptions anticipatives. Le principe de diversité non dominée conduit à évaluer différemment le fait de devenir infirme, aveugle ou de mourir à 5 ans et à 90 ans. De ce fait, le principe de diversité non dominée est amené à justifier une allocation des ressources en matière de soins de santé qui peut être sensible à l'âge des patients. Il écarte ainsi les déclarations irresponsables ou hypocrites du type " La vie est sacrée " ou " La santé n'a pas de prix ", sans pour autant impliquer une adhésion instrumentaliste à la maximisation des retombées économiques, ni même du bien-être global.

Telle que justifiée en tant qu'élément de la dotation de base de tout individu, l'assurance santé de base doit permettre d'alléger dans une certaine mesure le fardeau de tous les handicaps, qu'ils soient présents dès la naissance ou qu'ils découlent d'un accident ultérieur. Il en découle selon toute vraisemblance une nette réduction du degré de diversité dominée, non seulement par rapport à une situation dans laquelle il n'y aurait aucune redistribution, mais aussi par rapport à une situation dans laquelle le revenu de base maximum soutenable revêtirait la forme exclusive d'une allocation monétaire uniforme. Mais toute diversité dominée ne disparaîtrait pas pour autant. Même après la correction apportée par des soins qui auront été jugés suffisamment efficaces pour être intégrés dans l'assurance de base, il reste probable que ce que l'on peut augurer des dotations en capacités de certaines personnes au fil de leur existence les feront apparaître, aux yeux de tous, comme défavorisées par rapport à d'autres, ce qui justifiera une redistribution ciblée venant s'ajouter au revenu de base<sup>15</sup>. Comme indiqué précédemment, cette redistribution ciblée ne consiste pas nécessairement en une allocation financière : elle peut parfaitement être allouée sous la forme d'actes médicaux et de soins s'adressant à un état particulier.

Bien entendu, si on veut déduire les implications concrètes des expériences mentales qui définissent aussi bien la diversité non dominée que la prestation d'assurance santé de base, il est nécessaire de recourir à d'innombrables conjectures empiriques qui ne pourront déboucher que sur des règles approximatives. La conjonction des deux approches n'en fournit pas moins à mes yeux un cadre cohérent et plausible susceptible d'orienter l'identification d'arguments pertinents et de politiques raisonnables. Plutôt que de tenter de démontrer que ce

---

<sup>15</sup> Plus l'assurance santé de base est généreuse et efficace, moins les transferts ciblés sont nécessaires. Et moins les transferts ciblés sont nécessaires, plus importante peut être l'allocation de revenu garantie, y compris sa composante de santé. Dès lors, à mesure que les conditions économiques s'améliorent, que l'efficacité du système augmente et/ou que la diversité culturelle s'accroît, on peut s'attendre à ce que la justice sociale requière moins de transferts ciblés. (D'autre part, une amélioration de la qualité des diagnostics génétiques peut rendre possible, ou plus aisée, la détection de cas de diversité non dominée qui auparavant seraient restés non-compensés.

cadre est plus pertinent que ceux proposés, dans un esprit essentiellement semblable, par Norman Daniels (1985, 1988), Erik Rakowski (1991) et d'autres, il me faut maintenant revenir, sur cette toile de fond, à la problématique de l'équité en matière de soins de santé dans une société pluriculturelle.

### **8- L'équité en matière de soins de santé dans une société pluriculturelle**

Comment la diversité culturelle en matière de soins de santé affecte-t-elle le cadre de pensée proposé ? Supposons, par exemple, que l'un des segments de la société concernée considère que la fécondité biologique est essentielle au succès d'une existence de couple, contrairement à l'autre segment de la société. Ceci implique clairement que les expériences mentales présentées ci-dessus déboucheront sur des résultats différents selon qu'ils seront appliqués à la société tout entière ou distinctement à chacun des segments de celle-ci. Les traitements de la stérilité feront partie de l'assurance santé de base dans l'un des deux groupes, et non (ou à degré moindre) dans l'ensemble de la société. En outre, le fait de ne pas pouvoir avoir d'enfant sera considéré comme un handicap, à compenser par des moyens appropriés, dans le premier cas, mais pas dans le second, où il sera dès lors plus aisé, toutes choses égales par ailleurs, de satisfaire la condition de diversité non dominée. Cet exemple illustre le problème général suivant : plus les sociétés sont culturellement diversifiées, plus maigre l'ensemble de prestations de santé qui sera justifié soit au titre de composante de la dotation de chacun, soit au titre de transferts ciblés aux membres de la société considérés comme handicapés<sup>16</sup>. A la limite, des niveaux extrêmement importants de diversité culturelle impliqueraient une assurance santé insignifiante et permettraient de satisfaire le critère de diversité non dominée même en l'absence de tout transfert. En d'autres termes, maintenir des segments de population culturellement fort diversifiés dans un même ensemble risque de bloquer l'institutionnalisation d'un système d'assurance santé généreux, alors que la division de la société sur une base culturelle permettrait à chaque segment de développer en toute justice un système distinct et plus généreux.

Ce rétrécissement de l'assurance santé commune ne se traduit cependant nullement en une réduction correspondante du niveau global de redistribution. Car tout ce qui n'est plus redistribué de façon ciblée doit maintenant l'être sous une forme universelle, et tout ce qui

---

<sup>16</sup> Voici un autre exemple qui illustre bien l'amplitude de l'interprétation qu'on peut donner au principe de diversité non dominée. Dans divers pays, une aide financière est accordée aux personnes abritant sous leur toit un parent handicapé (père, mère, enfant, conjoint, etc.) et qui se sentent moralement obligées de sacrifier une partie de leur temps professionnel aux soins et à la garde de ce parent, parfois au prix de sacrifices importants. Dans une société où ce devoir moral est fortement reconnu, la diversité non dominée justifie cette aide dès l'instant où on étend le concept de dotation personnelle à la situation d'une personne en un sens plus large, y compris le fait qu'un de ses proches est handicapé. Mais il suffit que certaines personnes ne reconnaissent pas ce devoir moral pour que le critère de diversité non dominée cesse de faire sentir sa contrainte. Plus la société est culturellement diversifiée, plus il est probable que ceci se produise et moins il est dès lors probable que l'aide publique aux personnes s'occupant de proches handicapés puisse se justifier.

n'est plus redistribué en nature doit l'être en espèce<sup>17</sup>. Or, alors que nos expériences mentales justifiant un niveau juste d'assurance santé et articulant le principe de diversité non dominée sont d'autant plus opérantes que la société est culturellement homogène, il n'en est rien pour celle qui sous-tend la justification du revenu de base. Pour fonder des exigences redistributives fortes, elle ne requiert nullement que les personnes concernées aient les mêmes préférences, mais seulement qu'elles se considèrent comme les bénéficiaires rivaux de dons qu'elles sont en mesure d'accaparer à des degrés divers pour des raisons qu'elles savent arbitraires. Le fait que nous soyons en quête des mêmes emplois, des mêmes débouchés, des mêmes fournitures ou des mêmes investissements, que nous soyons vulnérable aux mêmes externalités, que nous soyons soumis à des frontières politiques qui protègent le niveau de vie de certains et en empêchent d'autres d'améliorer leur sort, tout cela contribue à rendre incontournable l'hypothèse sous-jacente et souligne la nécessité d'une distribution plus équitable de ces dons. Certes, la mesure dans laquelle chaque personne se verra garantir l'accès à ce qu'elle souhaite dépend de la structure des prix, et donc de la structure générale de préférences, y compris de la constellation culturelle de la société. Mais quelle que soit la diversité existante, il n'y a aucune raison de supposer que l'accroissement de celle-ci réduirait la valeur réelle du niveau maximum soutenable du revenu de base.

Dans cette perspective, il est certainement concevable de permettre à différents segments plus homogènes de la société de développer leur propre système d'assurance santé. Un moyen commode de le faire, en supposant que le niveau de couverture (contrairement aux caractéristiques des risques couverts) est approximativement le même dans les divers segments, consisterait à attribuer aux gouvernements de ces divers segments une dotation forfaitaire financée sur une base nationale et permettant de financer directement ou de rembourser les services de santé que les expériences mentales pertinentes justifient. Appliquée à la situation de la Belgique décrite en commençant, une telle conception accueillerait avec sympathie le désir d'une Communauté de développer son propre système d'assurance santé selon ses propres souhaits, au cas où elle s'en sentirait empêchée par une diversité culturelle engendrée par la distinction des langues et la séparation corollaire des débats publics. Mais il n'en découle aucunement que la Communauté la plus pauvre soit tenue de financer son système d'assurance santé à l'aide de ses seules ressources, sauf dans la mesure où elle souhaite permettre une couverture des besoins plus importante que l'autre Communauté. Ceci réduit évidemment l'attrait d'un système séparé pour ceux dont l'unique objectif n'est pas d'obtenir plus d'autonomie, mais bien de réduire les transferts nets. Il se peut cependant qu'il conserve suffisamment d'avantages pour compenser les économies

---

<sup>17</sup> La première de ces modifications entraîne une petite baisse de la redistribution nette, puisque les contributeurs deviennent également les bénéficiaires, ce qui n'est pas le cas de la deuxième modification. Certes, il est concevable que l'inclusion des soins de santé dans le revenu de base des individus puisse accroître le niveau maximum soutenable de ce dernier (par exemple, étant donné ses effets sur la lutte contre les épidémies), mais il est vraisemblable que les composantes de l'assurance santé qui auraient cet effet seraient également justifiées sous l'hypothèse d'une diversité culturelle accrue.

d'échelle associées à un système commun autant que les complications administratives liées à la séparation.

Même dans le cas où une telle séparation serait étendue à d'autres secteurs de l'Etat providence, ses implications sur le destin de l'Etat belge et de Bruxelles serait fort différentes de celles esquissées plus haut à propos de l'approche dualiste. Premièrement, un Etat fédéral fort serait bien entendu toujours essentiel pour assurer une redistribution juste des ressources, c'est-à-dire un système combinant une fiscalité (ou parafiscalité) progressive à travers tout le pays et une répartition des recettes aux Communautés sur la base de leur population, en tenant éventuellement compte, par exemple, des liens entre les besoins médicaux et la structure par âge, de façon à capter à tout le moins cette dimension des risques objectifs de santé. Par ailleurs, le mécanisme qui conduit à la reconquête de Bruxelles serait ainsi annihilé. Même au cas où les ménages bruxellois seraient appelés à opter pour le système de protection sociale (soins de santé, prestations familiales, enseignement) d'une des deux Communautés, les avantages financiers seraient insuffisants pour précipiter une conversion massive de la population bruxelloise vers la Communauté flamande<sup>18</sup>.

Plus importantes, de mon point de vue, sont deux autres différences par rapport au scénario dualiste. Premièrement, à l'heure où la volonté de construire une nation francophone unique n'est plus d'actualité, à l'heure où la reconnaissance des deux langues a depuis longtemps conduit à l'institutionnalisation des deux Communautés linguistiques et à la divergence de leurs débats publics, l'approche dualiste justifie sans ambiguïté le démantèlement du système de transfert transrégionaux en Belgique. A l'opposé, dans l'approche alternative présentée ci-dessus, le système de transferts n'a nul besoin d'être démantelé, mais uniquement reconfiguré dans un sens plus forfaitaire et ce, pour éviter que l'autonomie accordée aux Communautés ne donne lieu à des compensations iniques ou des incitations inefficaces. C'est exactement ce genre de reconfiguration – plutôt que l'extension de la solidarité nationale à un échelon supérieur via la construction d'un Etat providence européen – que requièrent des entités politiques multinationales plus larges telles que l'Union européenne.

Deuxièmement, tout en reconnaissant que des entités politiques plus homogènes peuvent et doivent rechercher une solidarité plus fine, cette approche alternative est loin d'attribuer à la notion de 'peuple' l'importance cruciale que lui accorde l'approche dualiste. Dès l'instant où des interdépendances existent entre les peuples, par exemple sous la forme d'une mobilité potentielle, l'exigence d'un système équitable de redistribution des ressources

---

<sup>18</sup> Assigner des personnes partageant un même territoire à deux systèmes de santé et d'enseignement fermement séparés peut être indésirable pour d'autres raisons. Si modérée soit-elle, il s'agit d'une forme permanente d'apartheid (au contraire de la forme temporaire qu'on observerait dans le scénario de reconquête) qui empêcherait les citoyens de la ville de concevoir et de mettre sur pied un projet de société cohérent, avec la dimension spatiale que celui-ci implique. Dans le chapitre II de Van Parijs (1999), je soutiens qu'il est de plus en plus aberrant de penser l'avenir du « peuple » de Bruxelles comme s'il s'agissait simplement de la juxtaposition de segments des communautés flamande et francophone de Belgique.

transperce les frontières des Etats et des Communautés culturelles. Cette exigence appelle au maintien et au développement d'institutions capables de collecter de part et d'autre de ces frontières une part importante des ressources qui, en leur absence seraient accaparées par certains du simple fait qu'ils ont eu la chance de naître en tel ou tel endroit, de parler telle ou telle langue, d'avoir des talents qui s'avèrent rentables, de s'être dotés en temps et lieux opportuns des qualifications adéquates, etc. Et elle appelle à l'allocation équitable des ressources ainsi mobilisées au niveau central, soit directement aux individus, soit au travers des autorités décentralisées qui ont dans leurs attributions les systèmes d'enseignement et de soins de santé. A ces niveaux plus locaux, l'homogénéité culturelle devrait durablement rester plus grande, surtout si les autorités politiques ont le pouvoir et la volonté d'imposer l'utilisation d'une langue commune à ceux qui souhaitent s'installer de façon permanente sur le territoire. En raison de cette plus forte homogénéité, la justice permet – requiert même - à ce niveau, une dotation en nature plus généreuse et une redistribution plus ciblée.

Voilà donc ce que j'avais à l'esprit plus haut, en évoquant une approche 'rawlsienne' – non seulement libérale-égalitaire, mais aussi peoples-friendly — qui récuse toute dichotomie tranchée entre solidarité au sein d'une société et solidarité entre les peuples ni n'encourage le démantèlement des systèmes de transferts traversant aujourd'hui les frontières entre les peuples. L'adoption de cette approche alternative exige que l'on ne pense pas les systèmes d'assurance santé et les autres aspects de notre protection sociale exclusivement en termes de "solidarité", fondamentalement entendue comme la couverture d'un risque (contrefactuel) et éventuellement formulée à l'aide d'une expérience mentale du type de la "position originelle". A cette notion de solidarité, l'approche alternative fait cependant une place, en l'occurrence sous les traits fins de la diversité non dominée. Mais le fait que cette dernière doive désormais opérer sur la toile de fond d'une distribution équitable des ressources externes bouleverse profondément les enjeux — et fournit un cadre normatif solide en vue de la défense, de la réforme et du développement du système généreux de redistribution dans un contexte de mondialisation croissante.

## 9- Références

- Ackerman, B.A. et A. Alstott (1999), The Stakeholder Society, New Haven: Yale University Press.
- Ackerman, B.A. (1980), Social Justice in the Liberal State, New Haven & London: Yale University Press.
- Atkinson, A.B. (1998), Poverty in Europe. Oxford: Blackwell.
- Cole, G.D.H. (1935), Principles of Economic Planning, London: Macmillan.
- d'Alcantara, G. (1995), “ Interregionale verschillen ”, in De sociale zekerheid verzekerd? (Marc Despontin & Marc Jegers eds.), Brussel: VUB Press, 485-507.

- Daniels, N. (1985), Just Health Care, Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, N. (1988), Am I My Parents' Keeper ? An Essay on Justice Between the Young and the Old, Oxford: Oxford University Press.
- Daniels, N. (1996), “ The Prudential Lifespan Account of Justice Across Generations ”, in N. Daniels, Justice and Justification, Cambridge: Cambridge University Press, 257-83.
- Fleurbaey, M. (1994), “ L'Absence d'envie dans une problématique post-welfariste ”, Recherches économiques de Louvain 60 (1), 9-42.
- Fleurbaey, . (1995), “ Three Solutions for the Compensation Problem ”, Journal of Economic Theory 65, 505-521.
- Meade, J.E. (1989), Agathotopia: The Economics of Partnership, Aberdeen: University Press, David Hume Institute. 1989.
- Mill, J.S. (1848), Principles of Political Economy, London: Longmans, Green & Co, 1904.
- Overlegcentrum voor Vlaamse Verenigingen (OVV) (1991), “ Standpunt: Sociale zekerheid, een niet-federale bevoegdheid ”, Brussels, October 1991, 6 p. (Trad. française: "La sécurité sociale: une compétence non fédérale", La Revue nouvelle 11, 1993, 65-68.)
- Paine, T. (1796), “ Agrarian justice ”, in The Life and Major Writings of Thomas Paine (P.F. Foner ed.), Secaucus (New Jersey): Citadel Press, 1974, 605-623.
- Rakowski, E. (1991), Equal Justice. Oxford: Oxford University Press.
- Rawls, J. (1993), “ The Law of Peoples ”, in On Human Rights (Stephen Shute & Susan Hurley eds.), New York: Basic Books, 1993, 41-82.
- Rawls, J. (1999), The Law of Peoples. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Schokkaert, E. et C. Van de Voorde (1998), “ Interregionale financieringsstromen, defederalisering en solidariteit in de Belgische ziekteverzekering ”, in Acta Hospitalia, à paraître.
- Sen, A. (1985), Commodities and Capabilities. Amsterdam: North-Holland.
- Sen, A. (1990), “ Welfare, Freedom and Social Choice: A Reply ”, in Alternatives to Welfarism. Essays in Honour of Amartya Sen, special issue of Recherches Economiques de Louvain 56, 451-86.
- Tobin, J., J.A. Pechman et P.M. Mieszkowski (1967), “ Is a Negative Income Tax Practical? ”, The Yale Law Journal 77 (1), 1-27.
- Van Gompel, J. (1998), “ Interregionale financiële stromen in België herbekeken ”, KuLeuven, december 1998, 18p.

- Van Parijs, Ph. (1990), “ Equal Endowments as Undominated Diversity ”, in Alternatives to Welfarism. Essays in Honour of Amartya Sen, special issue of Recherches Economiques de Louvain 56, 327-356.
- Van Parijs, Ph. (1995), Real Freedom for All. What (if Anything) Can Justify Capitalism ?, Oxford: Oxford University Press.
- Van Parijs, Ph. (1999), La Dynamique des peuples et les exigences de la justice. De la Belgique comme avenir de l'Europe, Conférences prononcées dans le cadre de la Chaire Francqui aux Facultés Universitaires Saint Louis, mars 1999, à paraître.