

LE FINANCEMENT EQUITABLE DES SOINS DE SANTE : APPROCHES RECENTES¹

Bruno Gilain²

Université catholique de Louvain

Abstract

Le financement des soins de santé doit-il être pris en charge par la collectivité, afin de garantir à tous l'accès aux soins de santé, et dans ce cas, quelle doit être la limite de cette prise en charge collective ? Pour étudier cette question, le texte présente deux théories libérales égalitaires de la justice – celle de Norman Daniels, en terme de besoins et celle d'Eric Rakowski, en terme de choix responsable – qui conduisent à des principes plausibles pour un financement équitable des soins de santé. La confrontation de ces deux théories doit à la fois mettre en avant les forces et les faiblesses de chacune d'entre elles, et apporter un éclairage sur les multiples dimensions à prendre en compte. Le texte indique ainsi, en particulier, la place que le calcul coût-bénéfice, central dans l'approche économique, peut et doit recevoir dans une approche plausible du financement équitable des soins de santé.

¹ Ce texte est basé sur le chapitre 4 d'un mémoire de licence et maîtrise en Sciences Economiques, intitulé « Le financement équitable des soins de santé : principes éthiques et analyse économique » ; cfr. Gilain (1995).

² Chercheur FDS à l'IRES et à la Chaire Hoover, Louvain-La-Neuve. Tel. 010-47.39.78

Table des matières

Introduction	3
1. Utilitarisme, libertarisme et libéralisme–égalitaire	6
1.1 L'utilitarisme appliqué au domaine des soins de santé	6
1.2 Le libertarisme et ses implications dans le domaine des soins de santé	10
1.3 Le libéralisme–égalitaire : introduction par le biais de la théorie de Rawls	13
2. La théorie de Daniels : égalité équitable des chances et soins de santé	21
2.1 Fonctionnement normal de l'espèce et égalité des chances	21
2.2 Application aux soins de santé	23
2.3 Conclusions	30
3. Rakowski et l' <i>equality of fortune</i>	31
3.1 <i>Equality of fortune</i>	32
3.2 Application au domaine de la santé	36
3.3 Réflexions critiques	44
3.4 Conclusions	51
4. Comparaison Daniels — Rakowski	53
Conclusion générale	60
Bibliographie	62

Introduction

Que ce soit dans les médias ou la littérature plus spécialisée, partout le message est le même : les dépenses de santé atteignent des proportions que les états ne sont plus prêts ni capables de soutenir. Dans l'ensemble des pays industrialisés des réformes plus ou moins profondes des systèmes de santé sont envisagées et mises en oeuvre.

Dans un tel contexte, la question du financement équitable des soins de santé se pose avec une acuité nouvelle. *La collectivité doit-elle prendre en charge le financement des soins de santé, et si c'est le cas, quelle doit être la limite à cette prise en charge ?*

Cette question se pose, *dans sa dimension éthique*, d'au moins deux façons. Il s'agit d'abord, directement, d'une question que doit aborder toute théorie de la justice. Les soins de santé ont-ils une importance particulière sur le plan moral ? Qu'elle est la distribution globale des soins de santé la plus juste ? Mais la nécessité d'une réflexion éthique dans la recherche de ce que serait un système optimal de soins de santé, découle aussi de ce que l'approche économique nous laisse avec plusieurs questions sans réponse. Comment faut-il agir par rapport aux individus ne pouvant obtenir d'assurance sur un marché libre parce qu'ils présentent des handicaps et maladies préexistantes et chroniques, ou parce qu'ils présentent un risque élevé de maladie de sorte qu'ils se voient imposer des primes exorbitantes. Dans le prolongement direct de ceci, que faire pour tous ceux dont les ressources sont insuffisantes pour accéder au système de soins ? L'exemple des Etats-Unis avec ses 35 millions d'individus sans assurance (ou insuffisamment assurés) est là pour nous rappeler qu'il ne s'agit pas que de théorie. Il est clair que la réponse apportée à ces questions détermine, au même titre que les considérations d'efficacité économique, ce que devrait être ou comprendre le système de santé optimal.

Posée en ces termes, la réflexion philosophique se ramène à une question centrale : comment évaluer d'un point de vue moral les limites existantes ou envisageables à l'accès aux soins de santé ? En d'autres mots, *faut-il garantir à tous un accès aux soins de santé et si oui, jusqu'à quel point ?*

Une façon traditionnelle de présenter le sujet est de parler de *l'équité dans l'accès aux soins de santé*. Formulé en termes vagues, cet objectif rencontre en fait très peu d'opposition³. Mais c'est parce que le terme "équité" n'est qu'une étiquette cachant une position morale à préciser. Ainsi par exemple, la position libertarienne défend, sous certaines conditions, qu'un système de marché ne permettant qu'à un nombre restreint de personnes d'accéder aux soins est

³ Certains auteurs affirment que la majorité des gens considèrent que le but premier du système de santé est de promouvoir l'équité ; cfr. Le Grand (1987), p.4.

parfaitement équitable. Pour une bonne part, les théories et arguments moraux qui se penchent sur la distribution des soins de santé s'efforcent avant tout de donner un contenu à la notion d'accès équitable.

Une affirmation courante qui prétend préciser la notion d'accès équitable s'énonce : « que chacun soit traité de la même façon à moins qu'il n'y ait des *différences moralement pertinentes* ». Tout le problème est alors de définir ce qu'est une différence moralement pertinente. Si l'on peut clairement rejeter des différences de race et de religions, qu'en est-il des *différences d'âge, de chance de guérison, de capacité à payer, de responsabilité dans la maladie, ou de coût du traitement* ? Voilà une série de questions qui donne corps à la réflexion éthique sur l'accès aux soins de santé.

Un aspect crucial de la question est évidemment la notion même d'accès aux soins de santé. Pour certains, il s'agit de l'existence de docteurs, hôpitaux, et autres services médicaux en suffisance. Pour d'autres, l'accès inclut le fait que les personnes aient les moyens nécessaires, c'est-à-dire les moyens financiers, les moyens de transport, le temps, etc., pour se procurer ces services. L'aspect essentiel est toutefois la question des moyens financiers, lesquels impliquent jusqu'à un certain point les autres moyens. Il paraît évident que l'existence de services médicaux sans moyens financiers pour se les procurer ne peut être considérée comme un "accès". Cet accès comprendrait donc toujours au moins deux dimensions : disponibilité des soins et moyens de se les procurer. Une dernière dimension importante concerne l'attitude et la motivation des gens. Les personnes qui se méfient du système de soins hésiteront à se faire soigner. Il s'agit en partie d'un problème d'information. Cet aspect peut aussi se ramener à une question de financement, dans la mesure où les moyens financiers favorisent l'accès à l'information et permettent de procéder à "des essais". Tout ceci justifie que dans cette réflexion sur l'accès aux soins de santé, je me concentre sur l'aspect financement des soins⁴. Un dernier élément qui renforce encore ce choix est l'impact certain de l'usage des soins de santé sur les budgets familiaux et sur le budget de l'état. Quelle place lui donner ? Que vise-t-on avant tout : garantir à tous la possibilité de se faire soigner ou plutôt les prémunir contre l'appauvrissement que peut entraîner l'usage des soins de santé ? Faut-il tendre vers l'égalisation des états de santé ou celle des conséquences financières de la maladie ? On passe finalement ici d'une réflexion quant à l'accès à un bien particulier à des considérations distributives plus larges. Il reste que la question de l'accès équitable aux soins de santé conduit directement à celle du *financement équitable* des soins de santé.

L'objet de ce travail est de chercher à répondre aux questions éthiques que soulève le financement des soins de santé. Pour ce faire, je me réfère aux théories contemporaines de la

⁴ Au sens où, par rapport à la problématique des soins de santé en général, je me concentre sur la question de la prise en charge financière des soins de santé par la collectivité et donc sur la question de l'équité dans l'accès aux soins en termes distributifs. Je néglige par contre la question du mode de production des soins.

justice. Je me place plus précisément dans le cadre du *libéralisme égalitaire*, que j'introduis par l'intermédiaire de la théorie de Rawls. Cette approche constitue en effet l'option la plus plausible par rapport aux approches alternatives que sont l'utilitarisme et le libertarisme, dont les faiblesses ont fait l'objet d'une littérature abondante et que je situe ici brièvement dans leurs implications pour la distribution des soins de santé⁵. Dans ce cadre, j'étudie deux théories susceptibles d'apporter des principes consistants en matière de financement équitable des soins de santé, à savoir, d'une part la théorie de Norman Daniels qui repose sur un principe d'égalité des chances très rawlsien, et d'autre part la théorie d'Eric Rakowski qui défend aussi l'égalité des chances, mais sous une forme cependant très différente du fait de la place particulière accordée à l'autonomie et à la responsabilité individuelle. Je procède enfin à une comparaison des deux approches afin de mettre en évidence leurs forces et faiblesses respectives, et afin de faire le point sur leur apport quant aux choix difficiles à faire dans l'élaboration du financement équitable des soins de santé. Au fil de cette comparaison, apparaîtra en particulier que le calcul coût-bénéfice, outil central dans l'approche économique, conserve un rôle important à jouer pour guider ces choix, même lorsque l'on rejette l'utilitarisme comme théorie de la justice.

A l'aube de cette réflexion, une distinction peut être utile. Le domaine des soins de santé abonde de questions éthiques du type suivant : *faut-il continuer à soigner un patient entré en phase terminale et sans plus d'espoir de guérison ? ; lequel parmi un ensemble de candidats doit recevoir la transplantation du seul organe disponible qui lui sauvera la vie ? ; etc.* Ce qui caractérise ces questions c'est qu'elles portent sur des décisions concernant un groupe spécifique d'individus ; on parle de questions d'ordre "*micro*" par opposition aux questions d'ordre "*macro*" qui concernent la collectivité. Dans ce deuxième groupe de questions on trouve par exemple : *Quels types de services de santé doivent exister dans notre société ? ; Qui y aura accès et sur quelle base ? ; Comment en distribuer le financement ? ; etc.* Ces questions d'ordre macro ont un lien évident avec la distribution des ressources (et du bien-être) dans la société et y répondre requiert donc un fondement en termes de justice sociale. Mon étude en termes de financement optimal des soins de santé et d'accès aux soins de santé porte donc avant tout sur ce dernier type de questions. Cependant, comme il apparaîtra au fil du travail, la définition d'une position éthique par rapport à ces questions d'ordre macro conduit en pratique à envisager un certain nombre de questions d'ordre micro. Il est dès lors intéressant de voir comment s'articulent ces dimensions différentes du domaine des soins de santé, c'est-à-dire comment les principes développés dans une dimension peuvent se révéler plus ou moins pertinents dans l'autre.

⁵ Je ne développerai dans ce texte que très sommairement les raisons de mon choix en faveur du libéralisme égalitaire. Le lecteur intéressé peut se référer à Van Parijs (1991) pour une critique plus détaillée de l'utilitarisme et du libertarisme, et leur confrontation au libéralisme égalitaire.

1. Utilitarisme, libéralisme et libéralisme égalitaire

1.1 L'utilitarisme appliqué au domaine des soins de santé

L'utilitarisme peut de façon très générale se résumer dans le principe : « le plus grand bonheur du plus grand nombre ». Plus précisément, le but unique commun à toutes les théories utilitaristes est de *maximiser le bien-être collectif* ou *agrégé*⁶ que l'on définit habituellement comme la somme du bien-être (ou de l'utilité) des individus qui composent la collectivité considérée⁷. La mise en oeuvre de ce principe implique que, pour toute décision à prendre, on établisse l'ensemble des *conséquences associées aux différentes options possibles*, que l'on évalue ensuite ces conséquences du point de vue de l'utilité des individus affectés, et enfin que l'on choisisse l'option (ou les options) qui correspond au bien-être agrégé le plus élevé possible.

L'approche utilitariste soutiendra donc un accès égal aux soins de santé, un système d'accès universel à un ensemble minimum de soins ou encore, un pur système de marché *en fonction de l'impact attendu sur le bien-être global* de la société. Ainsi présenté, le principe ne permet pas de choisir le système le plus juste. Cette *indétermination* résulte directement du fait que l'utilitarisme n'offre pas de critère de distribution équitable comme tel, le système devant être évalué de par ses conséquences en terme d'utilité. *La question est avant tout empirique*. Le choix dépend entre autres du contexte social dans lequel s'inscrit la politique de santé. On peut cependant avancer quelques généralités supplémentaires.

Il y a tout d'abord le fait qu'un certain nombre de *biens* sont particulièrement *importants pour l'utilitarisme parce que source abondante d'utilité*. Les soins de santé en font manifestement partie : directement en réduisant la souffrance (sous toutes ses formes) et indirectement en offrant aux individus dont la santé est améliorée une plus grande capacité à produire de l'utilité pour eux-mêmes et pour les autres. On a donc *a priori* le sentiment qu'un système garantissant *l'accès universel à un ensemble de soins caractérisés par leurs effets bénéfiques flagrants* est une bonne option pour l'utilitarisme. Mais il est probable qu'une telle garantie connaîtra des *limites*, dans la mesure où il existe aussi d'autres biens – tels que l'éducation, l'alimentation et le logement des plus pauvres

⁶ Le parallèle avec l'objectif premier de la politique économique à savoir, la maximisation du bien-être social, est immédiat. La science économique s'inscrit en effet dans le paradigme utilitariste. On parle ainsi en particulier, de la *welfare economics*, l'économie du bien-être. Il est donc intéressant, dans cette étude des théories de la justice, de commencer par celle qui se rapporte le plus directement à l'approche économique.

⁷ Dans ce cadre, on distingue un ensemble de théories qui diffèrent selon leur définition du bien-être (de l'utilité), selon qu'elles appliquent le test d'utilité aux actes individuels ou aux règles et politiques, selon les individus qu'elles prennent en compte, ou encore selon qu'elles poursuivent la maximisation du bien-être collectif comme moyenne des utilités plutôt que comme somme. Sans entrer dans le détail de ces distinctions, je précise toutefois que l'utilitarisme contemporain que je prends comme référence ici, définit l'utilité comme « la satisfaction de n'importe quel désir *rationnel* des individus concernés, c'est-à-dire de la satisfaction de tout désir ne reposant pas sur une erreur ». L'utilité à prendre en compte est donc celle qui résulte de la satisfaction de toutes les préférences individuelles qui reposent sur une information complète et un jugement correct. C'est l'intensité de celles-ci qui détermine leur pondération ; cfr. Van Parijs (1991), pp. 33-34.

— qui peuvent contribuer largement à accroître le bien-être collectif. A ce stade on est encore très loin de la description d'un système de financement optimal. Il convient de préciser entre autres *quels* sont les *soins* qui doivent faire l'objet d'une telle garantie, et surtout, *comment ils doivent être distribués*. En particulier, faut-il que *tous* aient un droit *égal* à ces soins de santé de base ? La question est à nouveau empirique.

Pour ce qui est du *type de soins* privilégiés, il s'agit de façon très générale des soins dont on sait que l'impact en termes d'utilité est élevé. Il est clair que les mêmes soins n'auront jamais exactement le même impact sur l'utilité de tout le monde, la réaction à un traitement donné est toujours jusqu'à un certain point relative au patient. C'est une donnée cruciale pour répondre à la question de la distribution des soins. Une certaine généralisation est pourtant possible. On privilégiera ainsi logiquement la médecine préventive par rapport à la médecine curative, là où les deux types de dépenses sont suffisamment substituables. On peut en effet s'attendre à ce que dans certains cas⁸, la médecine préventive soit moins coûteuse. De plus l'utilité attachée à une vie dépourvue de maladie (idéalisons) est certainement supérieure à celle d'une vie marquée par des processus de maladies et traitements avec ou sans guérison au bout. Un exemple⁹ type est celui des soins périnataux : dépistage génétique lorsque l'on connaît l'existence d'un risque, information préalable sur les risques éventuels (ne pas concevoir d'enfant lorsque la femme est atteinte de certaines maladies par exemple), examens pendant la grossesse, accouchement, soins pédiatriques pendant les premiers mois, etc. Ces soins sont importants en termes utilitaristes parce qu'ils ont un impact déterminant sur les chances qu'aura l'individu d'avoir une bonne santé pendant une vie entière, source d'utilité. Pour ce qui est de la médecine curative proprement dite, un critère essentiel pour guider le choix des traitements à privilégier sera celui du rapport coût-bénéfice associé à ceux-ci¹⁰. On peut ainsi imaginer la définition d'un *rapport coût-bénéfice*

⁸ Il convient d'être prudent à ce niveau. Certaines formes de prévention, telles que les campagnes de vaccination, sont probablement supérieures à la médecine curative sur le plan des coûts et des résultats. On ne peut pas en dire autant des diverses formes de dépistages systématiques et coûteux de certaines maladies. Au-delà du slogan « prévenir c'est guérir » (sous-entendu à moindre coût humain et financier), le calcul utilitariste ne donnerait pas d'office l'avantage à la prévention.

⁹ Cet exemple est tiré de Buchanan (1983), p. 218. Je tiens à souligner que l'exemple se veut très indicatif, sans que chaque élément en soit définitivement assuré. Lorsque Buchanan évoque des tests en cours de grossesse, on peut naturellement s'interroger sur la solution qu'il préconise lorsque des malformations importantes sont détectées. Je ne tiens cependant pas à entrer dans une discussion sur, par exemple, le caractère moral ou non d'un avortement dans ce cas, cela n'étant pas le propos ici.

¹⁰ Un problème majeur dans cette optique est évidemment de définir une mesure adéquate du bénéfice des soins de santé. Le concept le plus célèbre développé à cette fin par les économistes de la santé est le très controversé concept de *qaly* (quality adjusted life years). Partant de l'idée que les soins de santé servent à rallonger la vie et à en améliorer la qualité, on mesure les résultats de différents traitements sur base de leur impact sur l'espérance de vie et sur la qualité de la vie. L'utilité traduisant les préférences pour différents états est exprimée comme une valeur à situer entre 0 et 1. A titre d'exemple, une personne ayant besoin de béquilles pour se déplacer peut voir son état évalué à 0.5 (sur l'échelle de 0 à 1) par les représentants de la communauté. Une telle mesure combine donc une évaluation subjective (en termes de bien-être produit) et objective (en termes de santé) du bénéfice de chaque traitement. Pour une évaluation critique de l'usage des *qalys*, voir entre autres Boitte (1994), chap. 9 ; Broome (1991), (1988) et (1985) ; et Culyer (1989), pp. 53-54 pour un aperçu plus sommaire des critiques importantes.

minimum que tout traitement devrait présenter pour pouvoir être pris en charge par la collectivité. Alternativement, on peut aussi envisager une formule selon laquelle les soins de santé seraient classés par ordre décroissant de bénéfice (ou de coût–bénéfice) attendu. Le budget alloué aux soins de santé serait alors fixé, lequel définirait la barre séparant les soins couverts (au-dessus de la barre, c’est-à-dire les soins les plus bénéfiques) et les soins non couverts.

En ce qui concerne la *distribution des soins* qui nous intéresse plus particulièrement, on peut essayer de voir jusqu’où irait l’utilitarisme dans le sens de l’égalité, en cherchant un argument qui justifierait un accès garanti égal¹¹ pour tous. L’argument le plus susceptible d’aller dans ce sens consiste à supposer que la *loi de l’utilité marginale décroissante*¹² s’applique aux soins de santé. Les limites d’un tel raisonnement sont cependant importantes. C’est ainsi que des différences entre les fonctions d’utilité des individus peuvent conduire, au contraire, à des inégalités flagrantes. Ce serait particulièrement vrai pour le domaine des soins de santé, parce que les besoins en soins de santé sont beaucoup plus hétérogènes que les besoins pour la plupart des autres biens, et parce que les réactions aux mêmes soins diffèrent parfois fortement entre les individus. Un exemple¹³ est à ce titre plus évocateur. Supposons que deux individus retirent une même utilité de la santé elle-même, mais que leur états de santé respectifs répondent différemment à un niveau donné de soins de santé. Ceci parce que l’un des individus, riche, a toujours été mieux nourri et logé que l’autre individu, pauvre, de sorte qu’en cas de maladie, il répond beaucoup mieux au traitement existant. Dans ce cas, si les deux individus sont également malades, l’utilitarisme exigera que l’on distribue plus de soins au riche, ou qu’on lui distribue les soins de santé en priorité. Il s’agit manifestement d’un résultat contre-intuitif.

De plus, le système utilitariste va tendre à attribuer les soins de santé en priorité aux individus les plus jeunes et les mieux constitués, aux dépens des individus les plus faibles — *malades chroniques, incurables, handicapés, personnes âgées* — dont la vie est source de moins d’utilité¹⁴. Un exemple extrême est celui des enfants nés avec de graves pathologies¹⁵, condamnés sans intervention chirurgicale très coûteuse et qui, dans le meilleur des cas, vivront avec des handicaps. Le calcul utilitariste est dans ce cas implacable : la contribution de ces enfants à l’utilité collective ne sera sans doute jamais très grande, tandis que la charge imposée à la société

11 Je ne spécifie pas d’avantage ce que serait ce critère d’égal accès dans la mesure où il s’agit simplement, à ce stade, d’étudier une *tendance égalitaire* possible.

12 Cette loi stipule qu’au plus on dispose d’un bien, au moins l’utilité attachée à une unité supplémentaire de ce bien est élevée. Lorsque cette loi s’applique, on aurait *a priori* une tendance égalitariste dans la mesure où distribuer à ceux qui ont le moins augmente le bien-être agrégé dans des proportions plus importantes que distribuer aux mieux lotis.

13 Cet exemple est emprunté à Le Grand (1987), p. 14–15.

14 Que ce soit directement du fait d’une moindre qualité ou espérance de vie ou, indirectement, du fait d’une moindre capacité à produire des “biens” sources d’utilité.

15 Buchanan donne l’exemple des enfants nouveau-nés atteints du syndrome de Down qui sont de toute façon attardés mentalement et qui souffrent généralement de troubles cardio-vasculaires ou gastro-intestinaux mortels en l’absence d’intervention chirurgicale (cfr. Buchanan (1983), p. 221).

sera substantielle ; il n'y a donc pas de raisons de maintenir ces enfants en vie. Ce raisonnement doit logiquement être appliqué de façon plus large (et parfois plus nuancée) aux catégories mentionnées : malades chroniques, incurables, handicapés, personnes âgées. De sorte qu'ici encore, on aura une tendance à la discrimination tout à fait contraire à l'intuition. Cette discrimination est immédiate si la distribution des soins de santé repose sur une évaluation des bénéfices associés aux traitements pour des individus bien définis. C'est l'idéal pour un utilitarisme consistant. Elle est moins immédiate si le financement des soins de santé est organisé sur base d'une sélection des traitements les plus bénéfiques pour des conditions de santé en général¹⁶ (une option à tout le moins plus réaliste). Cependant, même dans ce cas, une discrimination est inévitable parce que certaines conditions médicales sont spécifiques aux catégories les plus faibles de la population, de sorte que les traitements associés à ces conditions seront jugés peu bénéfiques¹⁷. On peut prendre comme exemple les soins, uniquement palliatifs, pour les malades du SIDA, ou certains traitements pour des maladies associées à la sénilité.

De façon générale, il y a donc de bonnes raisons de croire que *l'utilitarisme endosse des inégalités importantes dans l'accès aux soins de santé, en privilégiant les besoins de certains individus, pour des motifs intuitivement injustes.*

Ceci me conduit finalement à la critique qui apparaît à beaucoup comme la plus importante. Appliquer le calcul utilitariste au domaine de la santé, c'est afficher un *mépris intolérable envers le caractère sacré de la vie*. Comment peut-on comparer deux individus et n'en sauver qu'un au nom de sa contribution (dont il n'est d'ailleurs en grande partie pas responsable) plus grande au bien-être collectif ? L'utilitarisme se révèle ici totalement inacceptable, parce qu'il ne considère les hommes que comme des instruments passifs pour la réalisation d'un idéal de bien-être collectif qui les dépasse et n'attache d'importance à la vie que comme une source plus ou moins grande d'utilité. Comment reconnaître une théorie qui affirme presque sans détour que la vie d'un handicapé *vaut moins* que celle d'un bien portant ?

Les critiques traditionnelles soulevées à l'égard de l'approche utilitariste trouvent donc, lorsque celle-ci est appliquée au domaine des soins de santé, une consistance particulière. Il y a d'abord le fait que l'utilitarisme n'intègre explicitement aucune exigence d'égalité autre que celle qui découlerait d'un impact positif sur le bien-être global. Or, en matière de santé, nombreux sont les exemples qui suggèrent que le calcul utilitariste justifierait que l'on distribue en priorité les soins de santé aux mieux lotis et ce, au détriment des plus faibles (pauvres, handicapés, etc.). Il s'agit évidemment d'un résultat tout à fait contraire à l'intuition. Il y a ensuite le fait que l'utilitarisme fait de l'homme un instrument dans la poursuite du plus grand bien-être collectif possible justifiant, si cela est utile, le mépris de la vie humaine. Pour toutes ces raisons, il faut

¹⁶ C'est le cas, lorsque l'on classe par ordre décroissant de bénéfice, des *paires de conditions et traitements*.

¹⁷ Cfr. Broome (1994), pp. 36–37, qui expose très bien le problème à partir d'un exemple concret de politique de financement des soins de santé basée sur une hiérarchisation des soins en fonction de leur bénéfice net.

admettre que l'utilitarisme, pourtant au fondement même du raisonnement économique et très proche de nos intuitions dans la vie de tous les jours, est incapable d'apporter une vision convaincante de ce que doit être une société juste et, en particulier, de ce que serait un accès équitable aux soins de santé.

La théorie libertarienne qui adopte une position radicalement différente constitue-t-elle une alternative plus convaincante ?

1.2 Le libertarisme et ses implications dans le domaine des soins de santé

Le courant libertarien, dont le plus célèbre porte-parole est Robert Nozick, se centre entièrement sur la liberté individuelle. Dans cette optique, il n'est pas question de poursuivre un objectif *collectif* premier, tel que la maximisation du bien-être, duquel découlerait les règles et institutions justes. Il s'agit par contre de faire droit à la liberté de chacun de poursuivre son idéal de vie quel qu'il soit, et cette liberté ne peut être bridée par aucune contrainte d'ordre collectif. La seule contrainte à la liberté d'un individu est de respecter celle des autres.

La société *juste* est une société organisée par un *système de droits de propriété* bien protégés, comprenant le droit de disposer de soi-même et de tout objet que l'on *possède légitimement*. Il s'agit de droits (ou libertés) *négatifs*, qui protègent chacun contre toute ingérence de l'extérieur. Il est alors essentiel de spécifier comment un individu peut posséder quelque chose légitimement. C'est ce que fait Nozick dans les deux premiers principes de sa théorie de la justice¹⁸ : primo, toute personne peut devenir le propriétaire légitime d'un objet qui n'était auparavant la propriété de personne, par exemple en y mêlant son travail, pour autant que, par cette appropriation, il ne détériore la situation d'aucune autre personne (principe de l'appropriation originelle) ; secundo, tout homme peut devenir le propriétaire légitime d'un bien au cours d'une transaction volontaire avec le propriétaire légitime précédant (principe de transfert). Enfin Nozick prévoit un troisième principe (principe de rectification) qui spécifie comment doivent être corrigées les violations (passées) des principes précédents.

Dans une telle vision de la société, il n'y a pas à proprement parler de justice distributive dans le sens où *il n'y a pas de schéma de distribution privilégié*, que ce soit en fonction de la réalisation d'un objectif premier (tel que le bien-être collectif maximum) ou en fonction de critères particuliers (tels que les besoins). Est juste *toute distribution* des ressources qui découle d'un ensemble de transactions volontaires, *pour autant que la distribution initiale de ces ressources soit juste*, c'est-à-dire en accord avec les principes présentés¹⁹. Les libertariens sont dès lors amenés à privilégier le

¹⁸ Je reprends à peu de chose près la formulation de Van Parijs (1991), p. 141.

¹⁹ Il s'agit donc d'une conception *historique* de la justice au sens où une situation est juste si elle résulte d'une procédure juste, par opposition à une conception qui évaluerait la justesse d'une situation en tant que telle par rapport à certains critères ou certaines finalités.

système de marché et à rejeter toute intervention de l'état à des fins redistributives. Tout impôt, hormis celui qui finance l'état dans son rôle de police, est à proscrire.

Une *exception* est toutefois envisagée. Elle résulte du problème que pose *l'appropriation originelle* des biens. Comment devient-on (a-t-on pu devenir) le premier propriétaire légitime d'un bien extérieur ? Les réponses à cette question sont multiples, je m'en tiendrai donc à celle de Nozick. L'élément clef dans le principe d'appropriation originelle de Nozick, c'est l'exigence qu'en s'appropriant un bien extérieur (que personne ne possède déjà), on ne diminue le bien-être de personne. Déterminer la légitimité des propriétés actuelles en remontant de façon abstraite jusqu'à leur naissance est sans doute un jeu difficile. Mais il est évident que nombre d'appropriations originelles n'ont pas respecté ce principe, de sorte que l'on peut justifier un impôt sur les biens y attaché comme une compensation pour la perte de bien-être qu'elles ont engendré pour les non-propriétaires. C'est ce que prévoit le troisième principe de Nozick. Cette concession qui augmente la crédibilité de l'approche constitue en réalité une faiblesse importante du libéralisme dans la mesure où elle peut justifier des impôts significatifs sur les revenus et déboucher finalement sur un rôle social de l'état au nom de la rectification des injustices du passé, tout à fait contraire au système que prônent les libéraux.

Qu'implique cette théorie dans le domaine des soins de santé ? Pour le libéralisme, il n'est pas pertinent sur le plan moral de souligner que les malades ne sont le plus souvent pas responsables de leur maladie. En effet, « *les besoins ne définissent pas les droits* »²⁰. Les seuls droits reconnus par les libéraux sont les droits des propriétaires de biens sur leur propriété, qui ne peut ni être taxée ni appropriée au nom d'un dessein collectif tel que, en particulier, le financement de soins de santé pour tous. Le système le plus juste est un système d'accès aux soins en *fonction de la capacité à payer*. Cela n'implique pas pour autant que les libéraux défendent le système de marché tel qu'il existe aujourd'hui. Celui-ci est en effet marqué par nombre d'institutions qui se sont développées en raison de la nature particulière du bien "soins de santé"²¹ et qui sont cependant inacceptables pour les libéraux. Il s'agit par exemple des restrictions dans l'accès à la profession. De même, les libéraux rejettent les politiques de subsides à la recherche médicale financées par l'impôt. Comme tel, le système est donc *dépourvu de tout mécanisme redistributif*, de toute solidarité.

Il faut néanmoins tenir compte de ce que j'ai dit à propos du problème de l'appropriation originelle. J'ai en effet souligné que les injustices passées justifiaient un prélèvement fiscal correcteur, dont l'ampleur est cependant indéterminée. Et si nombre de gens doivent leur difficulté actuelle d'accès au système de soins à des privations injustes dans le passé²², alors les

²⁰ Cfr. Nozick (1974).

²¹ Je renvoie à l'article classique de Arrow (1963) pour une description des implications économiques de la nature particulière du bien "soins de santé" et des institutions qu'elles justifient. Voir aussi, pour un article récent, McGuire (1989). Je développe ce sujet dans Gilain (1995), chapitre 2.

²² Buchanan (1983) donne l'exemple des Noirs et des Indiens américains.

ressources collectives ainsi prélevées peuvent servir à pallier cette difficulté. Mais il ne s'agit jamais que d'un *droit spécial*²³ reconnu à une certaine partie de la population. On est loin de justifier un système d'accès universel à un ensemble minimum de soins.

On pourrait toutefois se rapprocher d'un tel résultat en restant dans la réflexion sur l'appropriation originelle. Une question que d'aucuns sont en droit de se poser est celle de savoir si les professionnels de la santé possèdent légitimement leurs connaissances. Le savoir médical s'est constitué au fil du temps, avec une accélération certaine de l'accumulation des découvertes et autres formes de progrès au cours de ce dernier siècle. Cette accumulation est vraisemblablement associée à des investissements collectifs importants dans la recherche. Vu sous cet angle, il semble qu'une part au moins de l'expertise médicale revient de droit à la collectivité. Des compensations seraient donc justifiées qui pourraient logiquement prendre la forme d'un accès universel à un ensemble de soins de base²⁴.

Il faudrait, pour être complet, considérer une autre situation justifiant une redistribution dans le domaine des soins de santé. Il s'agit de toutes les activités, entre autres de production, qui ont un impact négatif sur la santé de certains. Les personnes affectées de cette façon ont droit à une compensation qui devrait normalement prendre la forme de moyens d'accès aux soins nécessaires. Plus généralement, on invoque ici le principe libertarien qui veut que nul n'a le droit de porter atteinte à la liberté et donc à l'intégrité physique d'autrui. Dans le cas contraire, une compensation s'impose. Tout le problème est alors, à nouveau, de déterminer quel est l'ensemble des cas qui tombe sous ce principe. Il sera sans doute réduit, comprenant essentiellement des situations de pollution évidente.

Malgré ces nuances importantes, il reste cependant clair que le libéralisme s'oppose à toute idée d'accès universel garanti aux soins de santé en fonction des besoins. Ceci illustre bien ce qui constitue la faiblesse majeure de cette théorie : en se limitant à une théorie de droits de propriété, le libéralisme s'en tient à une conception purement *formelle* de la liberté. Quelle est, en effet, la liberté d'un individu qui ne posséderait que lui-même, et devrait donc pour survivre compter sur le bon vouloir des autres et, par exemple, travailler à corps perdu quinze heures par jour pour un salaire de misère ? Ne s'agit-il pas d'une forme de dépendance très proche de l'esclavage ? Il est clair que la liberté n'a de sens que si lui sont associés les moyens de la mettre en oeuvre. Une

²³ *Ibidem*, p. 210.

²⁴ Ce résultat serait sans doute mal reçu par les libertariens qui ne reconnaissent pas le droit à l'état de mener une politique d'investissement dans la santé. L'argument repose donc sur une situation concrète qu'ils jugent injuste. On peut cependant remarquer l'espèce de raisonnement circulaire auquel conduit le problème de l'appropriation universelle : si les connaissances médicales sont en partie dues à la société, on peut justifier par là un certain prélèvement fiscal sur la profession médicale. Ces sommes peuvent alors être affectées, par exemple, à la recherche médicale ! De sorte que les résultats de demain justifieront les prélèvements de demain, etc. Or il est permis d'imaginer que, dans le passé, à une époque où les épidémies faisaient des ravages dans la population entière, un investissement collectif dans la recherche médicale a constitué une réponse efficace à un désir partagé par tous. Je crois donc que la question de l'appropriation originelle qui amène à justifier un rôle social de l'état que le libéralisme ne peut pas reconnaître constitue réellement une impasse pour la théorie.

bonne santé constitue assurément l'un de ceux-ci. Or la société juste telle qu'elle est décrite par les libertariens ne garantit pas à chacun une telle liberté, appelons-la liberté *réelle*²⁵. On peut en conclure que le libertarisme tout entier construit sur une idée de primauté de la liberté individuelle n'assure en fin de compte pas à tous le respect véritable de leur liberté, véritable au sens où il s'agirait de plus qu'une simple liberté formelle vide de substance.

On peut donc en rester là avec le libertarisme qui ne convainc pas d'avantage que l'utilitarisme. En effet, s'il part d'une reconnaissance de la liberté individuelle qui manque à l'utilitarisme, le libertarisme ne va cependant pas suffisamment loin dans ce sens. Il se limite en effet à défendre un système de droits négatifs sans aucune exigence particulière quant à la distribution des biens. La liberté qu'il défend n'est donc que formelle : on garantit à chacun le droit de poursuivre son idéal de vie sans intrusion étrangère, mais on ne garantit à personne les moyens nécessaires à l'exercice de ce droit. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine des soins de santé où il rejette tout système d'accès universel à, au moins, un minimum de soins qui serait fonction des besoins. Or il est clair que l'exercice de la liberté dépend crucialement de la santé. Le libertarisme, dans son refus de prendre en compte la dimension d'égalité, ne parvient donc pas à répondre à nos attentes et ce, sur le plan même de la liberté.

Hors l'utilitarisme qui n'aborde la question de la justice qu'en terme de bien-être collectif, justifiant par là des inégalités inacceptables et réduisant la vie humaine à une source plus ou moins grande d'utilité, hors le libertarisme qui fait de la justice une question de respect des libertés individuelles mais rejette toute idée de justice distributive, nous laissant avec une conception de la liberté vide de sens, il reste un dernier type de théorie : le libéralisme égalitaire qui, comme son nom en témoigne, consiste en un effort pour intégrer à la fois l'idée de respect de la liberté tout en accordant une place réelle à l'égalité.

1.3 Le libéralisme égalitaire : introduction par le biais de la théorie de Rawls

L'ouvrage de John Rawls²⁶, *A Theory of Justice*, paru en 1972, marque le renouveau de la philosophie politique contemporaine. Rawls apporte en effet une alternative de taille à l'utilitarisme quasiment incontournable jusque là.

Rawls définit la justice de la façon suivante : « une institution est *juste* lorsqu'elle n'opère aucune distinction *arbitraire* entre personnes dans l'attribution des droits et des devoirs et

²⁵ Van Parijs (1991) distingue la liberté *formelle* telle que la comprennent les libertariens, qui résulte d'un ensemble de droits négatifs, et la liberté *réelle* qui combine ces droits avec les moyens de la mettre en oeuvre. Partant de cette distinction et reconnaissant l'importance de la liberté tout en déplorant le sort que les libertariens lui réserve, il développe alors une approche réal-libertarienne qui, dans le cadre d'un système de droit de propriété bien établi, vise à assurer à tous la liberté réelle la plus grande possible ; voir à ce sujet Van Parijs (1991), p. 224 et suivantes, et Van Parijs (1994).

²⁶ On trouve dans Van Parijs (1991) un exposé clair de la théorie rawlsienne et de sa place par rapport aux autres théories classiques de la justice ; voir en particulier les pages 16–20 et le chap. 3.

lorsqu'elle détermine un équilibre *adéquat* entre revendications concurrentes portant sur les avantages de la vie sociale »²⁷. Et pour Rawls, la justice ainsi définie est la qualité première des institutions sociales et occupe une place centrale dans tout idéal politique. La question cruciale est alors de spécifier ce que l'on doit entendre par *distinction arbitraire* et par *équilibre adéquat* dans la distribution des avantages de la vie sociale. C'est là que se situe tout le débat, les convictions étant multiples et souvent contradictoires. Le but premier de Rawls est donc d'arriver à définir les principes nécessaires à la mise en place des *institutions de base* dans la société, lesquelles comprennent l'ensemble des institutions politiques, juridiques, économiques et sociales. A titre d'exemple, ces institutions comprendraient, entre autres aux Etats-Unis²⁸, la constitution, la propriété privée des moyens de production, les marchés concurrentiels et la monogamie.

Rawls propose une conception de la *justice comme équité*, une qualité que posséderaient les institutions de base d'une société dès lors qu'elles sont établies selon des principes qu'accepterait tout individu *avant de connaître ses besoins et caractéristiques personnelles*. En pratique, Rawls suggère l'exercice mental suivant : il nous demande d'imaginer qu'un ensemble d'individus représentatifs de la société "à fonder" se rencontrent afin de définir les règles de base de cette société. Il s'agit de ce qu'il appelle *la position originelle*. Ces individus sont pour ce faire placés derrière un "*voile d'ignorance*" les empêchant de connaître leurs caractéristiques personnelles (race, sexe, âge, etc.) et leur statut social. Ils doivent donc choisir les politiques les plus aptes à rencontrer leurs intérêts tels qu'ils sont estimés derrière le voile d'ignorance. Rawls affirme que leurs choix seront unanimes dans la mesure où la *raison* ne peut dicter qu'un ensemble *unique* de règles lorsqu'elle opère sous de telles contraintes sur la connaissance.

Ce procédé devant conduire à un contrat social idéal joue deux rôles notables :

- 1) Il permet de *réduire* le problème de la justice sociale qui concerne la distribution des avantages (et charges) sociaux entre les individus (et classes, et générations) à *une question de choix individuel rationnel* dans des conditions²⁹ censées refléter les problèmes que les principes de justice doivent résoudre et une conception de l'homme en tant qu'individu autonome et rationnel³⁰. Et puisque la raison sous voile d'ignorance implique des choix univoques, on

²⁷ Van Parijs (1991), p. 71.

²⁸ L'exemple est donné par Buchanan (1983), p. 223.

²⁹ Ces conditions reflètent entre autres les *circonstances de la justice*, c'est-à-dire les conditions nécessaires pour que la question de la justice ait un sens. Il s'agit essentiellement d'une certaine rareté des ressources et d'une motivation supérieure de tous les individus à poursuivre en priorité leurs intérêts personnels. Voir à ce sujet Van Parijs (1991), pp. 241 et suivantes.

³⁰ Rawls qui accorde une place majeure à la rationalité individuelle suppose vraisemblablement que tout homme est fondamentalement mû par ses intérêts propres et guidé par sa raison. Cette vision de l'homme (cette anthropologie) que partage la théorie économique traditionnelle est à mon sens trop réductrice. On peut cependant considérer que cette approche permet de définir un cadre dans lequel d'autres dimensions de l'humain peuvent s'insérer. Rawls parle en effet de la primauté de la justice, mais ne nie pas pour autant l'existence d'autres aspects importants de la vie tels que la vertu. La question est alors de savoir si une place existe réellement dans la société juste telle qu'il la voit pour des dimensions différentes et irrationnelles de l'humain.

peut donc affirmer que les principes élaborés par une personne rationnelle dans de telles circonstances correspondent à ce que l'ensemble des individus dans la société déciderait. Si les problèmes interpersonnels peuvent être ainsi résolus en déterminant ce qu'un seul individu choisirait, même dans des conditions artificielles, la tâche est grandement simplifiée.

- 2) La place accordée à la raison et aux intérêts individuels d'une part, la contrainte du voile d'ignorance sur les connaissances d'autre part, fondent la valeur morale des principes ainsi obtenus. Ces principes seront équitables parce qu'à la fois *rationnels* et *impartiaux*, d'où le concept de *justice comme équité*.

Appliquant lui-même cette procédure, Rawls arrive à un nombre limité de principes. Le premier principe, garantit à tous un ensemble égal de libertés civiles et politiques (*principe d'égalité de liberté*). Le second traite de la justice distributive. Il régit en fait la distribution de ce que Rawls appelle les *biens premiers*, qui sont « ces conditions et moyens généraux dont nous avons tous besoin pour réaliser les buts que nous poursuivons dans notre vie, quels qu'ils soient »³¹. Ces biens premiers comprennent entre autres la liberté, la richesse, le pouvoir et les dotations naturelles (talents, capacités,...), ainsi que les bases sociales nécessaires au respect de soi. Ce principe autorise les *inégalités* économiques et sociales à deux conditions : primo, qu'elles soient attachées à des positions que tous ont des chances équitables d'occuper (*principe d'égalité équitable des chances*)³² ; et secundo, qu'elles contribuent à améliorer le sort des membres les moins avantagés de la société (*principe de différence*)³³.

Afin d'éviter le conflit que peuvent susciter les exigences des différents principes, Rawls leur attribue une hiérarchie : vient d'abord le premier principe, puis au sein du second, le principe d'égalité des chances a priorité sur le principe de différence. Les *priorités* ainsi définies sont *lexicographiques*, ce qui signifie que l'on ne peut mettre en oeuvre un principe que lorsque les exigences du (des) principe(s) prioritaire(s) sont rencontrées. Ainsi ordonnés, les deux derniers principes se ramènent à un principe distributif plus général : l'ensemble des biens premiers doivent être distribués de façon égale, à moins que certaines inégalités soient à l'avantage des plus défavorisés. Le critère de justice dans la distribution est donc un critère de *maximin*, c'est-à-dire que l'on doit choisir les institutions et politiques qui maximisent les avantages socio-économiques des plus défavorisés (le minimum). En pratique, cet écart, par rapport à la stricte égalité, traduit un souci de réalisme économique. Il prend en compte les effets désincitatifs des

³¹ Cfr. Van Parijs (1991), p. 18.

³² Ce principe concerne les chances d'accéder aux *différentes fonctions dans la société*. Il exige en particulier que des facteurs tels que la race, le sexe et l'origine sociale n'affectent pas ces chances, ce qui implique de veiller à ce que tous aient la possibilité (à capacités égales) d'accéder aux différents niveaux d'enseignement ; cfr. Van Parijs (1991), p. 85.

³³ Ce sort est donc déterminé par la propriété d'un ensemble plus ou moins important de biens premiers. Une question que l'on peut naturellement se poser ici est de savoir ce que contient exactement cet ensemble : doit-on par exemple y inclure le fait d'être en plus ou moins bonne santé (Rawls qualifie la santé de bien premier naturel ? Et il y a-t-il des priorités entre ces biens premiers ? C'est là une des difficultés non résolues dans la théorie de Rawls ; cfr. Van Parijs (1991), p. 82.

redistributions sur l'offre de travail et l'accumulation du capital et, par là, sur la production économique dans son ensemble. L'idée est donc qu'il convient de redistribuer les avantages socio-économiques jusqu'au point où une redistribution supplémentaire fait plus de tort que de bien aux plus démunis, par la chute de la production qu'elle entraîne³⁴.

Il est important de voir que dans le cadre de l'objectif de justice distributive ainsi défini, les considérations d'efficacité économique sont pertinentes. Le libéralisme égalitaire définit une limite à la poursuite de l'égalité, inscrite ici dans un critère de maximin qui intègre une *articulation des objectifs d'équité et d'efficacité*. Il justifie ainsi la poursuite de l'efficacité ou encore les mesures de réduction des inefficacités, qui permettent par rapport à la limite qu'implique le maximin dans la réalité d'augmenter les moyens disponibles pour les plus défavorisés. Cette façon de concevoir l'importance de l'efficacité se retrouve de manière assez similaire chez Daniels et Rakowski, les auteurs auxquels je m'attacherai dans le cadre libéral égalitaire (voir les paragraphes suivants).

Avec ces trois principes et la façon dont ils sont ordonnés, Rawls offre *a priori* une alternative attrayante tant à l'utilitarisme qu'au libertarisme. Contrairement à l'utilitarisme, Rawls soumet la poursuite de l'efficacité économique et de l'égalité au respect des libertés individuelles, évitant par là de réduire l'homme à un instrument pour la poursuite de fins collectives. Contrairement au libertarisme, Rawls, qui reconnaît l'importance première de la liberté négative (celle de ne pas se faire agresser ou voler), ne s'arrête pas là et va aussi loin qu'il est efficacement possible de le faire dans le sens de l'égalité, afin de donner à tous le contenu le plus dense possible à la liberté. Ce souci d'articuler les valeurs de liberté, égalité et efficacité reflète assez bien nos intuitions en matière de justice. Il est commun à toutes les approches libérales égalitaires.

Quelle évaluation offrir de la théorie rawlsienne ? La difficulté ici réside en ce que cette théorie est extrêmement complexe dans sa construction et ces multiples implications. Quantités de commentaires et critiques ont été soulevés, qui portent aussi bien sur la méthode proposée que sur les principes eux-mêmes. Il serait bien fastidieux d'essayer d'en faire ne fût-ce qu'un recueil très synthétique³⁵. Un certain nombre de ces critiques me semblent pouvoir être négligées parce que dépendant directement de théories dont les manquements sont évidents. D'autres critiques, par contre, sont certainement dignes d'intérêt et suggèrent des pistes possibles pour améliorer l'approche introduite par la théorie de Rawls³⁶. Il reste que la théorie de Rawls

³⁴ A la limite, si l'on cherchait par la redistribution à obtenir *à tout prix* l'égalité, il s'en suivrait une paralysie complète de la production et il n'y aurait plus rien à distribuer du tout.

³⁵ Pour un aperçu des principales critiques envers la théorie de Rawls, voir, par exemple, Pooge (1989) et un ouvrage collectif (1978) édité par N.Daniels et intitulé « Reading Rawls ». On peut également consulter Van Parijs (1991), pp. 262 et suivantes, qui présente un ensemble de critiques générales des marxistes, écologistes et communautariens pertinentes pour une évaluation critique de l'approche libérale égalitaire (et en particulier de l'approche rawlsienne).

³⁶ C'est ainsi, par exemple, que Van Parijs (1991) s'attache surtout à souligner en quoi l'approche rawlsienne offre l'alternative la plus plausible aux deux extrêmes que sont l'utilitarisme et le libertarisme. Même si la théorie de Rawls ne doit pas être gardée comme telle, elle est certainement digne d'intérêt dans la mesure où elle crée l'espace libéral égalitaire dans lequel de nombreux développements s'inscrivent avec des chances renouvelées d'arriver à des principes dignes d'intérêt.

constitue une référence incontournable dans le paysage de la philosophie politique actuelle et le pilier du libéralisme égalitaire, lequel propose *a priori* une conception cohérente de la justice articulant liberté, égalité et efficacité. Afin de ne pas surcharger ce travail, je propose dès lors de ne pas développer ici une étude critique de la théorie rawlsienne proprement dite, mais de la prendre comme définissant en première instance *le cadre de l'approche libérale égalitaire*³⁷.

On peut cependant à ce stade justifier le choix de l'approche libérale égalitaire de préférence à l'alternative utilitariste ou libertarienne. Le libertarisme se concentre exclusivement sur les droits individuels au nom de la liberté. Mais il ne s'intéresse nullement au *sort réel des individus* et est donc dépourvu de toute dimension de solidarité. C'est ainsi que, par exemple, la justice n'exige aucun transfert, aucune aide pour les handicapés. Le libéralisme égalitaire, par contre, ne s'en tient pas à cette conception purement négative et formelle de la liberté mais *intègre une dimension positive d'égalité à promouvoir*. Celle-ci porte (d'une façon à préciser pour chaque théorie) *sur le sort de chacun*, au sens des moyens dont il dispose pour mettre en oeuvre sa liberté. Une telle approche est plus à même de rencontrer nos intuitions, certainement dans le domaine des soins de santé. Sur ce plan, le libéralisme égalitaire rencontre l'utilitarisme qui lui aussi implique la prise en compte du sort des individus, mesuré alors en terme d'utilité³⁸.

Le libéralisme égalitaire rejette cependant *l'instrumentalisation de la vie humaine* inhérente à l'utilitarisme, rejoignant sur ce point le libertarisme. En effet, contrairement à l'utilitarisme qui fait de l'homme un instrument dans la poursuite de la maximisation du bien-être agrégé, le libéralisme égalitaire *fait des individus les sujets de l'égalité à poursuivre*.

Ce faisant, le libéralisme égalitaire présente encore un autre avantage important par rapport à l'utilitarisme et en fait par rapport à l'ensemble des théories qui travaillent en termes de bien-être. Le fait de se concentrer sur le bien-être des individus expose en effet ces théories à des résultats contraires à l'intuition. Dans le cas de l'utilitarisme au sens strict, la maximisation du bien-être collectif conduit par exemple à attribuer les soins de santé en priorité aux individus normalement constitués au détriment des handicapés. Ceci s'explique parce que la capacité productive et la

³⁷ Un certain nombre de critiques importantes formulables à l'égard de la théorie rawlsienne et des principes qu'elle véhicule seront du reste développées dans le cadre de la discussion qui suit sur les approches de Daniels et Rakowski.

³⁸ On peut intégrer cette distinction entre le libertarisme et le libéralisme égalitaire dans une distinction plus générale suggérée par Van Parijs (1991) entre les théories *propriétaristes* et les théories *solidaristes*. Les premières, dont le libertarisme constitue le meilleur exemple, voient la société juste comme « une société qui ne permet à personne d'extorquer à un individu *ce qui lui revient* en un sens prédéfini ». Pour les secondes, dont fait partie le libéralisme égalitaire, la société juste est « une société organisée de telle sorte qu'elle ne traite pas seulement ses membres avec un *égal respect*, mais aussi avec une *égale sollicitude* ». La justice consiste alors à *distribuer* selon un ou plusieurs *critères* à définir *la variable choisie par la théorie*, c'est-à-dire le *distribuendum*. Il s'agit par exemple de distribuer de *façon égale* les *richesses* entre tous. Dans le cas de la théorie de Rawls, il s'agit de distribuer les *biens premiers* selon un critère de *maximin*. Et dans le cas de *l'utilitarisme*, qui *rejoint ici le libéralisme égalitaire*, il s'agit de distribuer les *utilités* de façon à *en maximiser la somme*. Mon rejet du libertarisme correspond donc à un rejet de l'approche *propriétariste* dépourvue de toute dimension de solidarité et par là incapable de rencontrer nos intuitions, en particulier dans le domaine des soins de santé. Cette distinction est importante car je soutiens que seule une approche *solidariste* permet d'aborder adéquatement le problème social des soins de santé.

qualité de vie des premiers sont supérieures, de sorte qu'ils constituent une "source plus importante d'utilité" que les seconds. Les approches *a priori* plus concernées par l'égalité et le sort de chacun, qui poursuivent l'égalité du bien-être³⁹ (ou de l'accroissement de bien-être) de chacun, ne sont pas exemptes non plus de résultats contraires à l'intuition. Un cas exemplaire est celui des personnes qui développent des goûts dispendieux, c'est-à-dire des goûts qui exigent beaucoup plus de ressources que d'autres pour arriver à un niveau donné de bien-être. L'égalité en termes de bien-être exigerait que l'on redistribue des individus aux goûts plus simples à satisfaire vers ces individus aux goûts dispendieux, que l'on redistribue par exemple d'un individu au revenu modeste mais très heureux avec ce qu'il a vers un individu nettement plus riche mais malheureux parce qu'il désire tellement plus encore. Le reproche essentiel adressé ici à l'égard des approches en termes de bien-être est qu'elles ne rendent pas les individus *responsables de leur préférences et de leur choix de vie*. L'ensemble des théories libérales égalitaires que j'aborde dans ce travail répondent à ce problème en faisant porter l'objectif d'égalité non pas sur le bien-être même des individus, mais sur les *moyens* nécessaires à chacun pour poursuivre son idéal de *vie*. Si, à moyen égaux, des individus différents accèdent à un bien-être inégal du fait de préférences différentes, ils doivent en assumer la responsabilité. C'est cela que j'entends désigner en disant de façon très générale que les approches libérales égalitaires poursuivent toutes une *certaine distribution des chances*⁴⁰.

Pour ces diverses raisons, le libéralisme égalitaire offre le plus de chances d'arriver à des principes de justice dans le financement des soins de santé capables de rencontrer nos intuitions les plus fortes et de guider utilement les débats

Avant de passer à l'étude de la théorie de Daniels, je présente rapidement en guise d'introduction, une première application possible de la théorie de Rawls au domaine des soins de santé.

Une question préalable est de se demander dans quelle mesure une telle application est possible. En effet, Rawls se donne comme objectif d'établir la structure de base de la société, mais au delà tout arrangement social obtenu dans ce cadre-là respecte les exigences de la justice. Il n'est pas évident que le système de santé doive être compris comme faisant partie de cette structure de base⁴¹. En fait, Rawls fait de la santé un *bien premier naturel* parce que sa distribution serait en grande partie hors du contrôle de la société. Qui plus est, Rawls dans l'idéalisation qu'il

³⁹ On parle en anglais de l'*Egalitarian Welfarism*.

⁴⁰ Il est important de voir que la notion de distribution des *chances* me sert ici à désigner une caractéristique commune aux approches libérales égalitaires *qui ne se réduit pas* au principe d'égalité des chances de Rawls. Chaque théorie adopte en effet une manière propre d'envisager la distribution des chances : le distribuendum n'est pas unique. Il peut par exemple s'agir du revenu, des biens premiers ou encore d'une notion de ressources comprenant aussi bien les ressources humaines (talents et capacités) que matérielles, etc. Le critère de distribution des chances non plus n'est pas unique. Mais une convergence certaine existe entre toutes ces approches.

⁴¹ Cfr. Wikler (1983), p. 132.

utilise pour construire sa théorie, fait l'hypothèse que tous les citoyens disposent de *capacités physiques et psychologiques normales*. Il n'envisage donc pas explicitement la distribution des soins de santé comme une question de justice prioritaire. Il n'est dès lors pas certain que la théorie de Rawls puisse prendre en compte les différences importantes qui existent dans les besoins de santé sans être sensiblement modifiée⁴². Cependant, le fait d'être un bien naturel n'implique pas que la santé soit complètement hors de portée de l'action sociale. Les soins de santé dont il est question ici constituent en effet l'un de ses déterminants essentiels et peuvent (doivent ?) faire l'objet d'une politique de distribution. Cela a donc du sens d'essayer de voir comment amener la théorie de Rawls à intégrer explicitement les soins de santé.

Pour obtenir de la théorie rawlsienne des indications quant à ce que serait une juste distribution des soins de santé, il faut nécessairement partir de l'un de ses principes. La façon peut-être la plus naturelle de procéder consiste à *appliquer le principe de différence à la **santé**, ou aux **soins de santé***.

Dans le premier cas, on part du fait que la distribution de la santé peut être influencée par celle des soins de santé, pour faire de la santé un bien premier dont la distribution est soumise au principe de différence. Dès lors, dans la mesure où la santé peut être traitée *indépendamment des autres biens*, il faut que les personnes qui s'écartent le plus du fonctionnement humain normal⁴³ dans la société le fassent dans une proportion minimisée au maximum. Les soins de santé devraient donc être rendus disponibles directement en *fonction des besoins*, afin de ramener au maximum la santé de tous vers le niveau jugé normal. Une telle approche risque cependant d'avoir des *implications inacceptables*. En effet, dans un tel système, l'existence de besoins extrêmes en matière de santé — ceux des plus démunis sur ce plan — menacerait l'économie toute entière. Les ressources à utiliser pour améliorer au maximum la santé de certains malades graves seraient énormes et cependant toujours insuffisantes pour ramener de façon appréciable ces individus vers la norme. Cependant, le principe de différence implique que l'on tienne compte de l'effet incitatif (ou plutôt désincitatif) de cette redistribution de ressources sur la production. La redistribution doit cesser dès lors qu'elle a, par le jeu des incitants, un impact négatif sur *l'ensemble des biens premiers* que l'on peut fournir *aux plus désavantagés*. D'où la critique de certains que le système conduirait plutôt à accepter des inégalités trop importantes sur le plan de l'accès aux soins de santé. Ceci signifie en fait que l'allocation des ressources sociales aux soins de santé ne peut pas être guidée uniquement par les besoins de santé. Il faut tenir compte à la fois de l'impact des redistributions sur la production et des exigences en ce qui concerne les autres biens premiers. Le problème important auquel on est confronté est que l'on ne dispose pas d'un *index*

⁴² Ibidem.

⁴³ En disant cela, j'adopte implicitement une certaine définition de la santé comme « absence de déviation par rapport au fonctionnement normal de l'espèce », qui sera au centre de l'approche de Daniels. Le choix de cette définition n'est cependant pas important à ce stade, dans la mesure où il n'est pas directement déterminant pour les conclusions quant à cette approche.

des biens premiers définissant les poids respectifs à leur attribuer. Il est donc impossible de savoir jusqu'où devraient aller les redistributions de soins de santé (ou des moyens financiers pour y accéder) et il est même impossible de déterminer qui sont les plus défavorisés. Cette première application justifierait donc un *système d'accès en fonction des besoins, mais dans des proportions qu'il est impossible de préciser*.

Le deuxième cas consiste lui à faire des *soins de santé eux-mêmes* des biens premiers. Cela semble raisonnable parce que de nombreux soins en présentent les caractéristiques : ils facilitent, voire rendent possible la poursuite des fins que l'on se donne et nous permettent de critiquer et réviser nos conceptions de ce qu'est une vie bonne⁴⁴. Cette approche se heurte néanmoins aux mêmes problèmes que la précédente : elle conduit à justifier un système devant permettre à tous d'accéder à un ensemble de soins de santé et en particulier devant maximiser l'ensemble des soins des plus défavorisés, mais en l'absence d'un index des biens premiers, il est impossible de déterminer quelle serait l'étendue de ce système. Le problème est particulièrement marqué pour le cas des soins de santé vu que certains traitements ont un coût tel que, si l'on s'obligeait à les fournir, l'ensemble des ressources disponibles pour la distribution des biens premiers y passerait. De plus, il y a toujours la question de savoir comment définir le sort des plus défavorisés : faut-il considérer uniquement la consommation de soins de santé ou faut-il tenir compte de la consommation de l'ensemble des biens premiers ?

Une difficulté supplémentaire que soulève une telle approche réside dans le fait que le critère *d'accès en fonction des besoins* auquel on arrive est intuitivement inacceptable parce qu'il ne tient aucun compte des *responsabilités individuelles* dans la genèse des besoins de santé. Faut-il considérer indifféremment les besoins de deux personnes atteintes d'un cancer des poumons si l'une d'entre elles est un fumeur invétéré ? Ou, d'une toute autre manière, si un chauffard ivre renverse un piéton, est-il juste que le chauffard soit soigné en priorité s'il est dans l'accident qui s'ensuit plus gravement blessé ou s'il est dans un même état mais beaucoup plus pauvre que le piéton⁴⁵ ?

Cette première application de la théorie rawlsienne au domaine des soins de santé suggère l'importance de la santé ou des soins de santé pour la justice, mais elle ne la définit cependant pas avec précision. Il est dès lors impossible de déterminer la place que doivent recevoir les soins de santé par rapport aux autres biens premiers. La théorie de Daniels vers laquelle je me tourne maintenant propose une façon de résoudre ce problème.

⁴⁴ Voir Buchanan (1983), p. 224.

⁴⁵ Cet exemple est développé par Le Grand (1987) qui s'attache à montrer qu'un critère d'accès équitable aux soins de santé doit, pour s'accorder au sentiment général, inclure la dimension de responsabilité personnelle. Je ne me prononcerai pas ici sur cette affirmation, mais j'y reviendrai avec l'approche de Rakowski (§ 3).

2. La théorie de Daniels : égalité équitable des chances et soins de santé

L'intuition de départ dans la théorie de Daniels est que la santé constitue un élément essentiel à la poursuite de tout projet de vie et une condition préalable à la jouissance des autres biens premiers. Il fait pour cette raison reposer la distribution des soins de santé sur un critère d'égalité des chances, ce qui revient à leur accorder une priorité importante par rapport aux autres biens susceptibles de faire l'objet de choix distributifs. On peut donc voir dans sa démarche une deuxième façon d'appliquer la théorie rawlsienne aux soins de santé. Précisons dès lors les fondements de cette approche, avant d'en étudier les implications pour le financement des soins.

2.1 Fonctionnement normal de l'espèce et égalité des chances

Daniels part d'une définition stricte⁴⁶ de la *santé* comme *absence de maladie*, la maladie étant une déviation par rapport au *fonctionnement normal de l'espèce*⁴⁷. Il suppose que la science biomédicale est capable d'apporter, malgré les difficultés, un modèle correspondant à cette vision de la santé, qui trace une ligne de démarcation claire entre maladie et santé. Cette distinction doit nous permettre de faire la différence entre l'usage de soins de santé destinés à prévenir et soigner les maladies et l'usage de soins destinés à d'autres fins sociales.

Cette définition étroite permet à Daniels de faire de la santé un besoin *objectif*⁴⁸ et même un besoin prioritaire parce que l'état de santé conditionne directement la poursuite de la plus grande partie de nos activités et des besoins y afférents. Il estime de ce fait que les besoins⁴⁹ associés au maintien de la santé (au fonctionnement normal de l'espèce) constituent des besoins importants, les soins de santé en faisant naturellement partie. Certains objecteront toutefois que de nombreuses activités ne sont pas rendues impossibles par la maladie. Qu'y a-t-il donc de si important dans la santé ? La réponse de Daniels réside dans le lien entre un fonctionnement

⁴⁶ Il s'agit d'une définition stricte de la santé par opposition à la définition beaucoup plus ouverte de l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui comprend la santé comme un état général de bien-être physique, mental et social, incluant ainsi directement ou indirectement tous les biens sociaux dans la santé. Ce choix pour une définition plus stricte de la santé se justifie parce qu'il permet de placer une ligne de démarcation entre les biens pertinente pour guider les choix éthiques à faire.

⁴⁷ Cfr. Daniels (1985), p. 28.

⁴⁸ La difficulté lorsque l'on veut définir les besoins réside dans la distinction à faire entre besoin et désir (ou préférence). On a souvent tendance à inclure dans nos besoins tout ce qui concourt à la poursuite de nos buts dans la vie. Il est cependant clair qu'il faut être plus précis si l'on veut définir des priorités en matière de distribution. C'est ce que fait Daniels en se limitant à une définition stricte et la plus objective possible de la santé. Il est alors en effet plausible de parler de la santé comme d'un besoin.

⁴⁹ Malgré la définition étroite de la santé qu'il adopte, les besoins s'y rapportant forment encore un ensemble assez large. Il comprend : une alimentation adéquate et un logement ; des conditions de vie saines ; la possibilité de faire de l'exercice, de se reposer, et d'autres aspects similaires du style de vie ; *des soins médicaux préventifs et curatifs*, et des services non-médicaux d'assistance sociale ; cfr. Daniels (1985), p. 32.

normal (relatif à l'espèce) et les chances de chacun de pouvoir vivre sa vie comme il l'entend. De façon plus précise, Daniels introduit la notion d'*ensemble normal de chances* dans une société donnée. Il le définit comme l'ensemble des plans que des individus raisonnables sont susceptibles d'adopter pour leur vie étant donné les caractéristiques de la société dans laquelle ils se trouvent⁵⁰. Et — c'est là une prise de position — il affirme que *tout individu a un intérêt fondamental à préserver sa part dans cet ensemble*. L'importance morale que Daniels attache à la maladie ne résulte donc pas vraiment du caractère désagréable de la souffrance et des handicaps, mais est fondée sur le lien direct qui existe entre la santé et l'opportunité de choisir entre un ensemble normal de plans de vie et de les poursuivre : « tout écart par rapport au fonctionnement normal de l'espèce du fait de la maladie et autres accidents réduit les chances d'un individu par rapport à la part de l'ensemble normal qui serait la sienne, *étant donné ses talents et capacités*⁵¹, s'il était bien portant »⁵².

Il est important de voir pourquoi Daniels parle de protéger l'ensemble *normal* des plans de vie envisageables pour les individus et non les plans de vie qu'ils adoptent en réalité. Il s'agit en fait d'une façon de *rendre les individus responsables de leurs choix* de vie (dans l'esprit du libéralisme égalitaire introduit au § 1.3). Un exemple peut être éclairant à ce niveau. Imaginons deux individus identiques quant à leurs capacités, l'un ayant choisi d'être professeur, l'autre d'être peintre. Supposons qu'ils soient atteints d'une même maladie qui les privent de l'usage de leurs mains. Dans l'approche de Daniels, l'ensemble *normal* des projets possibles pour ces deux individus est réduit de la même manière, et leur besoin de santé est donc identique. Si par contre il fallait définir leur besoin à partir de leur choix de vie respectif, il est clair que la perte de l'usage des mains constitue un handicap beaucoup plus grand pour le peintre que pour le professeur. Il serait cependant injuste de privilégier le besoin du peintre simplement parce qu'il a fait un choix de vie malchanceux. C'est donc pour éviter ce genre de discrimination qui découlerait de la prise en compte des choix effectifs des individus que Daniels adopte la notion d'ensemble normal des projets de vie.

Ayant établi l'importance morale des soins de santé sur base de leur impact sur l'ensemble des chances qu'un individu doit normalement posséder, on peut alors chercher à définir le principe de justice à appliquer au soins de santé.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 33.

⁵¹ Cette précision est cruciale parce qu'elle signifie que les manques de talents, mais aussi et surtout les handicaps, ne doivent pas être compris comme des écarts par rapport à l'ensemble normal des chances de ces individus et ne constituent donc pas des besoins de santé. Je reviendrai sur ceci dans la discussion des critiques importantes à formuler à l'encontre de la théorie de Daniels.

⁵² Cfr. Daniels (1985), p. 34 (je souligne).

2.2 Application aux soins de santé

Daniels propose d'utiliser un *principe d'égalité équitable des chances*. Rawls souligne l'importance de l'éducation pour faciliter la réalisation de son principe d'égalité des chances. Sur base du développement précédent, Daniels suggère que l'on élargisse ce principe pour traiter les soins de santé de la même façon. Les institutions sociales doivent être établies de façon à assurer à chacun les mêmes chances d'accès aux différentes fonctions dans la société considérée et une part égale dans l'ensemble normal des chances pour cette société. L'implication essentielle en ce qui nous concerne est qu'il y a une *obligation morale à fournir à tous les soins de santé qui permettent de maintenir intact l'éventail des chances auquel ils ont droit*. Daniels distingue dans ce cadre quatre catégories de soins⁵³ : il y a d'abord les soins préventifs qui minimisent les risques d'écarts par rapport à la norme de santé. Ils comprennent un vaste ensemble d'institutions de santé publique (conditions de travail, normes alimentaires, éducation à la santé, etc.), et environnementales ; il y a ensuite le domaine des soins curatifs destinés à ramener les patients vers la norme de santé ; un troisième ensemble comprend les institutions destinées à apporter des soins médicaux et sociaux aux malades chroniques et handicapés légers ainsi qu'aux personnes âgées ; il y a enfin les soins destinés aux malades en phase terminale et aux handicapés physiques et mentaux sérieusement atteints, bien que ces soins soient impuissants à ramener ces individus vers la norme. Ceci signifie que l'approche n'est sans doute pas directement valable pour justifier l'accès à ce dernier type de soins⁵⁴.

Dans la hiérarchie établie par Rawls, le principe d'égalité des chances a priorité sur le principe de différence. En fondant l'importance des soins de santé sur un principe d'égalité des chances, Daniels évite le problème de la définition d'un index des biens premiers et s'assure que les soins de santé recevront une haute priorité. Sa théorie présente deux avantages supplémentaires. Elle permet de définir les *besoins* en soins de santé par rapport à un principe moral qui ne se limite pas aux besoins médicaux. Et elle apporte un critère pour déterminer les priorités entre les différents services de santé possibles : la justice n'est ici concernée que par les soins ayant un impact sur les opportunités. Les autres soins⁵⁵, aussi désirables soient-ils, sont affaire de choix personnel ou de charité, mais ne sont pas à prendre en charge par la collectivité au nom de la justice. Un tel critère de sélection des soins devant faire l'objet d'un système d'accès universel serait supérieur à la notion très vague de minimum décent ou à la constitution plus ou moins arbitraire d'une liste de soins de base.

Une critique soulevée à l'encontre de l'approche de Daniels souligne que l'éventail des chances qu'il veut garantir à tous — à savoir l'ensemble des plans de vie que des individus de

⁵³ *Ibidem*, pp. 47–48.

⁵⁴ Je reviendrai sur ce problème lors de la discussion des difficultés majeures que rencontre cette approche.

⁵⁵ Voir Daniels (1985), pp. 30–31, pour une idée du type de soins envisagés ici. Il parle en particulier des soins cosmétiques et des avortements.

santé moyenne peuvent adopter— est différente de celle visée par Rawls dans son principe d'égalité des opportunités. La théorie de Daniels ne serait pas réellement rawlsienne et ne pourrait donc pas tirer crédit de cette nature. Mais en fait Daniels ne serait pas vraiment préoccupé par la nature rawlsienne ou non de sa théorie. Ce qu'il fait, c'est construire une argumentation en faveur de l'équité dans l'accès aux soins de santé, qui serait un résultat nécessaire pour toute théorie de la justice incluant un principe d'égalité des chances semblable à celui que l'on a présenté ici⁵⁶.

Un certain nombre de critiques plus sérieuses méritent d'être discutées ici. On peut d'abord se demander si ce qui fait l'importance des soins de santé est réellement leur impact sur l'ensemble normal des chances. Quantité de soins sont avant tout demandés parce qu'ils réduisent la souffrance. De plus, la maladie serait un signe de la fragilité de l'existence humaine et la solidarité envers les malades prend dans de nombreuses cultures une signification religieuse et morale. Pourquoi dès lors aller chercher leur sens dans un impact sur les chances qui est loin d'être perceptible spontanément ? Daniels envisage cette critique et reconnaît jusqu'à un point sa pertinence. Il y répond en affirmant que la plupart des soins que l'on juge intuitivement importants (parce qu'ils réduisent la souffrance, par exemple) sont pris en compte de par leur impact sur les opportunités⁵⁷. Et surtout il entend se concentrer sur l'effet des soins le plus pertinent du point de vue de la justice distributive⁵⁸.

Beaucoup plus gênant est le problème suivant. L'intérêt de la théorie de Daniels réside dans ce qu'il rattache l'importance des soins de santé à un principe de justice premier, l'égalité équitable des chances. On en dérive un argument en faveur d'un accès égal en fonction des besoins, lesquels sont définis par rapport à la *norme de santé* relative à la société considérée. Plus précisément, sont à garantir les soins qui, de par leur impact sur la santé, contribuent à maintenir ou rétablir l'égalité des chances. Le problème qui se pose ici est *qu'il existe un ensemble d'individus dont les besoins de santé sont importants, qui ne peuvent a priori pas être pris en compte par la justice telle qu'elle est définie ici*. Il s'agit des *handicapés physiques et mentaux*, et des *malades médicalement condamnés*. Je commencerai par le cas des handicapés.

Le problème est que les handicaps de ces personnes sont *permanents*. Il s'agit bien d'un écart par rapport à la norme de santé mais les soins de santé sont impuissants à réduire cet écart. Les besoins des handicapés ne pourraient dès lors pas faire l'objet d'une théorie de la justice en

⁵⁶ C'est ainsi, par exemple, que l'on peut situer ici la justification apportée par la théorie réal-libertarienne de Van Parijs à un système garantissant l'accès universel à un ensemble étendu de soins de santé. Son argument repose en effet sur un principe affaibli d'égalité des opportunités inscrit dans une approche théorique cependant bien distincte de celle de Rawls. Van Parijs développe en effet un principe selon lequel les opportunités doivent non pas être égalisées, mais "leximinées". Le leximin est une variante du maximin développé par Rawls (§ 1.3), selon laquelle, au lieu de n'accepter les inégalités que si elles profitent aux plus démunis, on accepte les inégalités qui n'endommagent pas le sort des plus défavorisés ; voir Van Parijs (1994).

⁵⁷ Dans ce travail, j'utilise les termes de chances et d'opportunités comme synonymes.

⁵⁸ Daniels (1985), p. 50.

matière de santé. Ce rejet des handicapés hors des considérations de la justice se présente en réalité déjà dans le développement même de la théorie. Daniels, fidèle en cela à Rawls, considère que la part à laquelle chacun a droit dans l'ensemble des chances normal pour la société considérée « *est déterminée de façon fondamentale par ses talents et capacités* » (Daniels (1985), p. 33). Ceci signifie en d'autres termes que le principe d'égalité des chances utilisé n'implique pas que l'on compense les individus pour un manque de talent ou un handicap irrémédiable. Il s'agirait là de caractéristiques personnelles à ne pas prendre en compte à ce niveau. Que la théorie de Daniels conduise à rejeter cette catégorie de personnes de la sphère de la justice pour en faire une question de charité ne peut manquer de nous inquiéter. Il semble intuitivement peu acceptable de faire dépendre le sort des handicapés de la charité individuelle.

Daniels indique cependant que, là où la médecine est impuissante à restaurer les fonctions manquantes, il existe des soins sociaux pouvant faire fonction de substitut⁵⁹. On pourrait donc quand même invoquer l'impact de ces soins sur les possibilités de vie de ces personnes même si le chemin emprunté n'est pas celui du « fonctionnement normal de l'espèce ». Cependant, cet élargissement des soins pris en compte par Daniels semble surtout s'appliquer aux handicapés physiques. Ces derniers sont en effet parfaitement capables de faire des projets. L'aide qu'on peut leur apporter pour pallier leurs déficiences physiques contribue donc à augmenter leurs chances de poursuivre ces projets.

Ceci n'est pas vrai pour les handicapés mentaux. La nature de leur handicap se traduit entre autres par l'impossibilité de faire des projets pour leur vie. On ne peut donc pas justifier leur accompagnement en se référant à l'idéal d'égalité des chances exprimé en termes de plans de vie envisageables. La difficulté résulte de ce que ces individus n'ont souvent aucune autonomie, de sorte qu'une approche en termes de choix de vie n'est pas appropriée. Il est néanmoins évident que l'accompagnement de ces individus est absolument nécessaire pour leur survie et, au-delà, contribue à la réalisation d'une vie la plus riche possible. On pourrait donc faire le lien avec l'ensemble des chances qui leur sont offertes, tout en sachant que la dimension de choix est ici fictive⁶⁰.

De plus, Daniels souligne que des compensations peuvent être justifiées par d'autres moyens. Ainsi, selon la théorie rawlsienne, le principe de différence exige que la distribution des avantages socio-économiques bénéficie en premier lieu aux plus défavorisés. Il y a de bonnes raisons de penser que les handicapés seront parmi les premiers concernés. Ceci semble indiquer qu'au principe d'égalité des chances devrait s'ajouter un principe supplémentaire.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 84–85. Il donne, entre autres, l'exemple des chiens pour aveugles.

⁶⁰ Daniels n'apporte pas à ma connaissance de développement explicite pour définir et justifier le statut des besoins des handicapés mentaux. Il paraît cependant bien considérer qu'il s'agit de besoins de santé au même titre que les autres : « les maladies mentales couvrent une classe importante de maladies qui génèrent des besoins de santé majeurs (...) » ; *ibidem*, p. 29.

Le problème que posent les malades irrécupérables est dans une certaine mesure similaire à celui que posent les handicapés. Il n'est pas justifié de financer des soins curatifs impuissants à rétablir ces individus dans la norme de santé. Par contre, on peut justifier des soins palliatifs qui améliorent la qualité de leur vie pour les jours qu'ils ont encore à vivre. Ne plus souffrir et "partir accompagné" peut en effet correspondre au dernier projet d'une personne incurable.

Cette discussion semble conduire à la conclusion qu'une prise en charge des soins, même non médicaux, pour les handicapés et les malades incurables, peut se justifier malgré les difficultés, dans le cadre de la théorie de Daniels. Il reste que l'application de celle-ci est dans ce cas moins claire et sujette à plus d'interprétations. En particulier, elle pose la question de savoir jusqu'où il faut compenser un handicap. Cette question me conduit à ce qui me paraît être la limite la plus importante de cette théorie.

Le principe d'égalité des chances, s'il nous offre des critères pour répondre aux questions importantes de l'équité dans le domaine des soins de santé, nous laisse cependant avec une *double indétermination*. Dans un contexte de rareté des ressources, il est en effet nécessaire de trouver des principes ou intuitions *supplémentaires* pour répondre aux deux questions suivantes : (1) *jusqu'à quel point les soins de santé doivent-ils recevoir la priorité sur les autres biens susceptibles de faire l'objet de politiques sociales*, en particulier ceux qui sont également régis par le principe d'égalité des chances (essentiellement l'éducation) ? (2) dans la mesure où le budget (supposé optimal) attribué aux soins de santé est insuffisant pour satisfaire l'ensemble des besoins, *comment choisir entre les besoins concurrents* ? Abordons ces questions dans l'ordre.

(1) La première question touche en réalité à deux problèmes distincts qui découlent directement du principe utilisé. Le principe d'égalité des chances tel que Daniels l'entend revient à exiger que l'on garantisse à chacun une part équitable dans l'ensemble normal des opportunités relativement à la société considérée. Cet ensemble comprend tous les projets que des individus raisonnables pourraient adopter pour leur vie. La question est de savoir *qui peut juger du caractère raisonnable d'un projet* ? Si, pour être inclus, un projet doit être raisonnable pour tous, quels que soient leurs talents et capacités, la liste serait extrêmement modeste, bien trop aux yeux de Daniels. Mais si, à l'inverse, il suffit qu'un seul individu juge un plan raisonnable pour qu'il soit pris en considération, le principe serait au contraire beaucoup trop exigeant. On aurait dans l'ensemble des projets à garantir des projets requérant des capacités exceptionnelles, bien au-delà des capacités de la majorité. Une application sans limite du principe d'égalité des chances conduirait à l'épuisement des ressources sans pour autant que le principe ne soit satisfait⁶¹.

On pourrait toutefois répliquer que le principe s'applique en fait par rapport à la *norme de santé* telle qu'elle est définie par la science biomédicale. Il s'agirait donc en pratique de ramener au maximum la santé de tous vers cette norme. Mais, même s'il ne fallait poursuivre que ce but plus modeste, sans restriction, la consommation des ressources serait énorme, du fait de *l'existence de*

61 Voir Buchanan (1983).

malades graves ou chroniques aux besoins quasi-illimités. Ceci sans tenir compte du problème particulier que posent les *handicapés* (voir point précédent).

Le concept d'ensemble normal des chances lié à celui de fonctionnement normal de l'espèce pose un problème supplémentaire. Avec *le développement rapide des technologies*, les possibilités de la médecine s'étendent sans cesse, entraînant avec elles la conception qu'à la société de la normalité. Le poids sur les ressources augmente dès lors, à la fois du fait d'une extension de l'ensemble *normal* (c'est-à-dire correspondant à un état de santé jugé normal) des chances à garantir, et du fait du *coût* souvent élevé des nouvelles techniques à prendre en compte.

Le concept d'égalité des chances (même limité à son rapport avec la santé définie de façon restrictive) nous laisse donc avec une *indétermination importante quant aux ressources qui doivent être allouées aux soins de santé.* Il s'agit en fait, selon moi, d'un problème propre à *toutes* les approches qui se basent sur un principe d'égalité *des chances.*

Daniels apporte néanmoins deux éléments de réponses. Il concède tout d'abord, dans la lignée de Rawls, que *les redistributions liées à la réalisation du principe sont limitées par leur impact négatif sur la production*⁶². Il s'agit de l'articulation propre au libéralisme égalitaire des exigences d'égalité et d'efficacité, qui peut être définie par le critère du maximin⁶³ (voir § 1.1). Il affirme ensuite qu'il

⁶² Cfr. Daniels (1985), p. 54. Il faut cependant noter que Rawls ne soumet pas son principe d'égalité des chances à cette limite, c'est-à-dire au maximin. Daniels s'écarte donc quelque peu de Rawls lorsqu'il envisage une telle limite à la poursuite de l'égalité des chances. Je crois que l'on peut justifier cet écart de la façon suivante. Le principe d'égalité des chances de Rawls exige essentiellement qu'existent des *institutions* garantissant l'égalité des chances d'accès aux différentes fonctions possibles dans la société. Cela signifie essentiellement un système d'enseignement accessible à tous (voire obligatoire) et des lois contre la discrimination (raciale, sexiste, etc.) dans l'accès aux emplois. La satisfaction de son principe n'exige donc pas de redistributions importantes. Par contre, si l'on inclut comme Daniels les soins de santé dans le principe d'égalité des chances, la satisfaction du principe exige alors des redistributions substantielles, et il devient nécessaire d'envisager une limite.

⁶³ J'aimerais ici faire *trois remarques* au sujet du concept de *maximin*. (1) Le principe du maximin est selon moi critiquable jusqu'à un point. La prise en compte des effets incitatifs des redistributions sur la production introduit une restriction importante à la poursuite de l'égalité des chances. L'idée de ne pas adopter de politique contreproductive est valable. Mais la question est de savoir *quel est le bien-fondé des effets incitatifs que l'on veut prendre en compte.* Imaginons un système tel qu'une poignée d'individus ou de firmes privées possèdent la majorité des ressources d'un pays. Supposons de plus que ces individus ou firmes peuvent quitter le pays avec leur fortune s'ils estiment qu'on les taxe trop. Le libéralisme égalitaire justifie-t-il dans ce cas que la solidarité possible entre les citoyens de ce pays soit entièrement soumise au bon vouloir des plus fortunés ? (2) En théorie, le maximin désigne un niveau précis de redistribution (et de prélèvement) possible. Il me paraît cependant probable qu'en pratique les comportements individuels par rapport aux prélèvements sur leur revenus (formellement des élasticités), comportements qui dépendent peut-être en partie de l'usage qui est fait de ces prélèvements, varient dans le temps et entre les pays. Et ceci implique que *le niveau de prélèvement possible correspondant au maximin est variable.* Le fait que le niveau de prélèvement aux États-Unis ait été par tradition toujours plus faible qu'en Europe pourrait ainsi traduire une limite différente quant à ce qu'il est possible de réaliser pour la justice. N'est-il pas envisageable par exemple que l'importance accordée à la solidarité soit culturellement plus grande en Europe et que cela soit inscrit dans les comportements économiques individuels ? Ceci impliquerait aussi qu'il serait jusqu'à un point possible d'entretenir ou de stimuler cette culture et par là d'influencer les comportements individuels, et *in fine* les possibilités de politiques sociales. (3) Dans le même ordre d'idée, on peut s'attendre à ce que le niveau de cette limite dépende en partie des biens, en particulier des soins de santé, qu'il permet de garantir aux plus défavorisés. Il est raisonnable de supposer qu'un pays ne se satisfera pas d'un niveau de redistribution tel que les pauvres n'ont pas accès aux soins de santé les plus élémentaires. Et pourtant, le sort des individus sans assurance-santé aux États-Unis soulève des doutes. Beaucoup plus graves sont les inégalités permises à l'échelle du monde. Comment justifier que les plus défavorisés sur terre n'aient pas les moyens de satisfaire même leurs besoins les plus élémentaires ? Faut-il accepter de nouveau que les caractéristiques des

convient, en pratique, de se baser sur les *connaissances empiriques* dont on dispose pour *évaluer les effets sur la répartition des chances de différentes allocations des ressources*⁶⁴.

Il reste que, si cette limite⁶⁵ placée à la poursuite de l'égalité des chances doit nous permettre d'éviter un usage excessif des ressources sociales pour les seuls besoins de santé, elle n'en reste pas moins *indéterminée*. Ce serait peut-être la difficulté majeure de l'approche de Daniels et finalement de la démarche libérale égalitaire dans son ensemble.

(2) Dans le contexte actuel de croissance des besoins et par là des dépenses en soins de santé à un rythme supérieur à celui des ressources disponibles, la question du *choix entre les besoins* risque de devenir de plus en plus pressante. Or Daniels n'offre pas de critère suffisant pour guider ces choix⁶⁶. Il semble seulement suggérer que les besoins des personnes les plus gravement malades sont prioritaires⁶⁷. Il s'agirait d'un *critère d'importance des besoins*. Mais ce critère pose problème. Imaginons par exemple deux groupes A et B d'individus souffrant d'une même maladie pour laquelle les ressources manquent. Supposons de plus que le groupe A soit constitué d'individus souffrant de problèmes médicaux supplémentaires, dont ne souffrent pas les individus du groupe B. Faut-il dès lors privilégier les malades du groupe A sous prétexte qu'ils présentent d'autres problèmes médicaux en plus ? Cela paraît discutable. Ou encore, imaginons que les ressources disponibles ne permettent de financer qu'un traitement parmi deux traitements existants. Le premier s'adresse à des malades graves qu'il soulage mais ne guérit pas. Le second est destiné à des malades moins gravement atteints qu'il permet de guérir. Faut-il encore dans ce cas privilégier les médicalement moins bien lotis ? Quels sont ici les besoins les plus importants ? Ces deux exemples illustrent l'insuffisance d'un critère lié à l'importance des besoins, lorsque la rareté des ressources impose des choix.

Au terme de cette discussion une dernière question se pose encore. Dans la mesure où Daniels envisage une limite à la prise en charge publique des soins de santé, il convient de se demander s'il faut autoriser l'existence d'un *marché d'assurances complémentaires* permettant aux personnes qui en ont les moyens d'avoir accès aux soins non pris en charge par la solidarité, ainsi que de se faire soigner dans des conditions plus confortables. Daniels indique que *son approche*

systèmes existants — dans ce dernier cas, une certaine conception de la nationalité — limitent la poursuite de l'égalité des chances dans des proportions aussi troublantes ? Ces quelques remarques indiquent qu'au-delà d'un nécessaire réalisme limitant, au moins à court ou à moyen terme, la possibilité d'action dans le sens de plus de justice, *une action sur les déterminants de cette limite serait aussi bienvenue*. Je renvoie pour une discussion possible des problèmes que pose une limite de ce type à Van Parijs (1994c), pp. 303–322.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ Dans ce travail, je désigne cette limite comme *la limite à la prise en charge des soins de santé par la solidarité*. En effet, cette prise en charge va au-delà de la simple convergence d'intérêts — qui est la motivation naturelle des systèmes d'*assurances* — pour inclure une dimension de solidarité à l'égard des plus faibles. L'expression de prise en charge des soins par la solidarité veut traduire la dimension morale (ou immorale) des différents systèmes de financement des soins de santé.

⁶⁶ Voir Buchanan (1983), p. 237.

⁶⁷ Voir Daniels (1985), p. 35. Il confirme cela dans une contribution plus récente, où il définit cette priorité à donner aux besoins les plus importants comme la "*rule of rescue*" ; voir Daniels (1991), p. 187.

*n'est pas incompatible avec un tel système "à plusieurs tiers"*⁶⁸ et que l'égalité des chances n'exige pas que tous aient accès aux soins de santé dans les mêmes conditions de confort. Mais il reconnaît aussi que des arguments *autres* que son principe d'égalité équitable des chances peuvent justifier que l'exigence d'égalité d'accès soit étendue à l'ensemble des soins de santé.

Ainsi, l'expérience tend à montrer que des dépenses plus importantes *en ambulatoire* permettent de diminuer les dépenses *en hospitalier*. Je pense en particulier au rôle que peuvent jouer la prévention et les traitements précoces, pour éviter des traitements beaucoup plus lourds, aux effets moins certains et au coût nettement plus élevé⁶⁹. Or, dans le contexte des limites aux sommes disponibles pour les soins de santé, l'approche de Daniels conduit à privilégier les soins destinés à réduire des écarts importants par rapport au fonctionnement normal. Ceci signifie entre autres qu'on privilégiera les soins curatifs aux dépens des soins préventifs et des consultations, si les moyens manquent. Cependant, si l'on peut montrer que les soins en ambulatoire permettent une réduction importante des dépenses en hospitalier, cela constitue alors un argument possible en faveur d'un régime d'assurance universelle couvrant l'ensemble des soins de santé. L'accroissement de la couverture garantie à tous permettrait finalement d'augmenter les moyens disponibles pour les plus défavorisés⁷⁰.

Un argument d'un autre ordre, valable pour **toute théorie libérale égalitaire**, mérite encore d'être mentionné ici. Il s'agit cette fois d'un argument en faveur, non pas d'une assurance élargie, mais bien *d'une restriction de la liberté d'accès aux assurances complémentaires*⁷¹. Il consiste à dire que l'existence d'assurances complémentaires ne doit pas conduire au développement d'une médecine à deux vitesses et, en particulier, à une dualisation du système hospitalier. Celle-ci rongerait notre sentiment de partager, face à la vie et à la mort, le même destin et réduirait fortement la possibilité qu'un système unitaire offre de comprendre et de partager les douleurs et émotions d'autres personnes socialement très différentes de nous, par l'usage des mêmes hôpitaux et centres médicaux. Or c'est dans cette difficile expérience partagée que les individus issus de milieux très différents peuvent trouver le sentiment d'appartenir à une même société. Et ce sentiment d'appartenance est essentiel pour qu'existe une cohésion sociale véritable et que la

⁶⁸ Cfr. Daniels (1985), p. 79–84. On parle en anglais de "multi-tiered system".

⁶⁹ Certaines études suggèrent par exemple que les HMOs (Health Maintenance Organisations) ont un niveau de dépenses en couverture de santé de leur affiliés plus bas que celui d'autres types d'assureurs parce qu'elles développent une médecine plus axée sur la prévention et les traitements en ambulatoire ; cfr. Maning (1987). Une autre étude aux Etats-Unis rapporte que les individus bénéficiant du régime "medicaid" (les pauvres) et les non-assurés seraient affectés par des appendicites avec éclatement plus fréquemment que ceux qui disposent d'une assurance-santé privée. Une explication suggérée est que les individus défavorisés sur le plan de l'assurance-santé retardent souvent le plus possible le moment de se faire soigner, négligeant par là les soins préventifs et les consultations de sorte que, lorsqu'ils sont soignés, leur cas est déjà grave et nécessite des soins intensifs ; cfr. Braveman (1994). Ceci confirme, même si ce n'était pas le but premier de l'étude, l'importance de l'accès à un certain nombre de soins non-invasifs.

⁷⁰ Un tel argument, qui fait intervenir des considérations d'efficacité, demanderait certainement à être appuyé par des études empiriques destinées à confirmer la nature et l'importance du lien entre les différents types de dépenses.

⁷¹ Voir Van Parijs (1994b), p. 66, pour une formulation de cette argument.

solidarité soit légitime et mobilisatrice. La capacité d'un état à mobiliser les ressources pour une politique de solidarité et de justice est directement liée au maintien (ou au ravivement) d'une telle cohésion sociale. Cet argument que l'on peut qualifier de communautarien⁷² rejoint l'idéal libéral égalitaire de la justice de manière instrumentale : *on défend finalement une entorse à l'exigence de liberté individuelle, parce qu'elle contribue à entretenir le climat social nécessaire à la poursuite des exigences fondamentales de la justice.*

Un tel argument serait sans aucun doute accueilli très différemment en fonction des pays et de leurs traditions. Il nécessiterait des études afin d'essayer de préciser l'importance du phénomène en cause. Il me paraît néanmoins intéressant parce qu'il apporte une justification possible à des mesures qui limiteraient les libertés individuelles de choix en matière d'accès aux soins de santé, d'une façon qu'aucune théorie libérale égalitaire n'envisage directement⁷³.

Cet argument pourrait en particulier trouver sa place dans l'approche de Daniels qui n'accorde pas explicitement d'importance à la liberté individuelle par rapport à l'objectif prioritaire d'égalité.

2.3 Conclusions

Daniels nous propose une façon plausible de justifier une distribution équitable des soins de santé en mettant l'accent sur la fonction principale (du point de vue de la justice) des soins de santé — le maintien d'un fonctionnement normal pour l'espèce — et en soulignant l'impact de ce fonctionnement sur l'ensemble des chances dont devraient bénéficier tous les membres de la société. Il nous offre également un critère pour définir les soins de santé à prendre en compte : leur effet sur la santé et par là sur l'ensemble des chances des individus concernés doivent être réels. Cette approche justifie aussi qu'un ensemble de services non-médicaux soit inclus dans le *droit à la santé* tel qu'on peut l'entendre ici. On peut donc estimer que Daniels apporte une *justification solide à l'instauration d'un système d'accès universel aux soins de santé.* Mais, dans un contexte de *rareté des ressources*, l'ampleur que devrait prendre un tel système est *indéterminée* et on ne dispose pas de critères suffisants pour choisir les soins devant être pris en charge en priorité. Ce problème traduirait entre autres une difficulté à traiter de façon efficace les questions que pose le développement incessant des technologies médicales. Des critères supplémentaires seraient vraisemblablement nécessaires pour avancer sur ce terrain.

⁷² Voir Van Parijs (1991), pp. 268–273, pour une discussion plus générale de la critique communautarienne envers le libéralisme égalitaire.

⁷³ Je montre dans Gilain (1995), chapitre 6, comment cet argument pourrait être utilisé pour justifier de telles mesures dans le cadre d'une politique de santé.

Tout comme pour l'application précédente de la théorie de Rawls aux soins de santé, l'approche de Daniels débouche sur un critère d'équité dans l'accès aux soins de santé en *fonction des besoins* (définis ici par rapport aux opportunités). La critique de Le Grand (voir § 1.3) envers un tel critère peut donc être reformulée ici. Il reproche à ce critère de ne pas prendre en compte les responsabilités individuelles, ce qui serait contraire à l'intuition⁷⁴. Je me propose dès lors de passer à une troisième théorie de la justice s'inscrivant toujours dans le cadre libéral égalitaire, mais intégrant de façon explicite le rôle des choix individuels face à la maladie : l'approche de Rakowski.

3. Rakowski et l'*equality of fortune*

Pour justifier l'étude de la théorie de Rakowski, je pars du constat que les approches en terme de besoins, dont celle de Daniels, négligent les dimensions de choix individuel et de mérite qui paraissent pourtant intuitivement devoir intervenir dans une théorie de la justice. L'importance de cette négligence peut être mise en avant par des exemples qui illustrent certaines de ses implications peu désirables (voir § 1.3). On peut aussi insister sur cette lacune d'une autre façon. La société occidentale, capitaliste repose sur un certain ethos du travail et du mérite. L'un de ses mythes dominants est celui de la réalisation de soi, de l'"achievement" américain, qui veut que l'on devienne quelqu'un à force de volonté et de courage. La valorisation de la liberté individuelle y est directement liée. Ce mythe de la liberté individuelle et du bonheur à mériter serait tout à fait central dans le fonctionnement du marché. De même que le marché (parfait, et abstraction faite de toute question de justice distributive) est vu comme l'instrument idéal pour permettre à chacun de poursuivre ses objectifs personnels.

L'intérêt que présente l'étude de la théorie de Rakowski est donc double. D'une part, il s'agit de voir ce que la prise en compte explicite du mérite et de la liberté de choix peut apporter à l'approche libérale égalitaire, et plus particulièrement à l'approche en terme d'opportunités développée par Daniels. Les implications des deux approches sont-elles très différentes ? Une réponse négative pourrait me conforter dans le sentiment que l'approche en termes d'opportunités offre une façon plausible d'aborder les questions de justice distributive dans le domaine des soins de santé. Une réponse positive impliquerait par contre une réévaluation de la théorie de Daniels pouvant déboucher sur une forme d'amendement ou sur un rejet pur et simple en faveur (ou non) de la théorie de Rakowski.

⁷⁴ Daniels reconnaît que la question de la responsabilité individuelle dans la maladie se pose mais il ne propose cependant pas de façon de l'aborder ; cfr. Daniels (1985), p. 56.

D'autre part, la théorie de Rakowski me semble correspondre particulièrement bien à l'idéal de réalisation de soi véhiculé par le marché et omniprésent dans nos sociétés occidentales. Son approche s'efforce en effet de concilier le sentiment dominant que « ce que l'on mérite est à soi » et le sentiment tout aussi fort que la justice est synonyme d'égalité. Pour ce faire, Rakowski s'appuie autant que possible sur le rôle bénéfique du marché concurrentiel. Sa théorie de la justice offre donc un réel intérêt pour tout économiste convaincu des bienfaits de la concurrence et soucieux de les mettre au service de la justice.

3.1 *Equality of fortune*

Rakowski développe une théorie de la justice baptisée *equality of fortune* qui, comme celle de Daniels, repose sur un principe d'égalité des chances. Sa démarche suit cependant une logique différente. Il défend en effet la thèse centrale selon laquelle « personne ne devrait avoir de *ressources et opportunités*⁷⁵ moins importantes que les autres simplement en vertu d'un manque de *chance dont il n'a pas délibérément choisi de courir le risque* » (Rakowski (1993), p. 1, je souligne). L'égalité des chances chez Rakowski consiste en fait en une égalité face à la bonne ou la mauvaise fortune. Ceci apparaîtra plus clairement au cours du développement. Les deux valeurs centrales qu'il s'efforce d'articuler sont donc l'égalité des chances et la liberté individuelle. Après la justification d'une approche en termes d'égalité des chances, le reste de son travail consiste à chercher la réponse adéquate aux écarts par rapport à cette exigence d'égalité, écarts qui surgissent⁷⁶ inévitablement dans le temps, naturellement ou du fait des actions humaines. Une bonne partie de ces écarts sont en pratique liés aux maladies et aux accidents, ainsi qu'à des différences de dotations internes (talents et capacités), de sorte que son analyse conduit directement à des principes d'équité dans l'accès aux soins de santé.

Je ne m'étendrai pas sur les raisons de son choix pour une approche en terme d'opportunités dans la mesure où elles sont similaires aux raisons qui m'ont conduit au rejet de l'utilitarisme et du libertarisme en faveur du libéralisme égalitaire (voir § 1.3).

⁷⁵ Je rappelle que j'adopte tantôt le terme d'opportunité, tantôt celui de chance, pour traduire l'idée d'*opportunities*. Si je préfère par moment utiliser le terme d'opportunité (qui pourrait être jugé comme une traduction trop littérale de l'anglais), c'est parce qu'il me semble mieux refléter l'idée que le terme de chance qui nécessite pour plus de clarté que l'on spécifie chances face à la vie. Les termes de chances et malchances traduisent d'abord, selon moi, l'idée de fruits du hasard.

⁷⁶ Il s'agit en partie d'une image. Comme on le verra, Rakowski développe sa théorie en partant de la situation idéale d'égalité pour évaluer les inégalités existant réellement *comme* surgissant progressivement dans le temps. Cette méthode se comprend dans la mesure où Rakowski attache de l'importance au mérite. La conception de la justice qui y correspond est alors une conception historique de la justice : sont justes les situations qui s'obtiennent au cours d'une procédure juste et à partir d'une situation juste.

Fondamentalement il s'écarte du libéralisme parce que, selon lui, *tout homme doit faire l'objet d'une même considération morale*⁷⁷. Il rejette également l'utilitarisme et toutes les approches en termes de bien-être qui conduisent à des inégalités injustifiables, entre autres en privilégiant les personnes aux désirs plus difficiles à satisfaire.

Cependant, malgré cette lacune irrémédiable, les théories *welfaristes* apporteraient un message essentiel : « l'ensemble des biens et opportunités qui peuvent faire l'objet d'une répartition tirent leur valeur de ce qu'ils peuvent contribuer au bien-être de ceux qui les possèdent. Aucune théorie de la justice distributive qui ambitionne de faire preuve d'une considération égale pour tous ne peut ignorer l'impact d'un système d'allocation sur le bien-être de ceux qu'il gouverne » (Rakowski (1993), p. 43). La question serait alors de trouver comment combiner cette conviction avec la thèse également importante selon laquelle les individus doivent être tenus responsables des actes qu'ils posent dans la mesure où ils affectent les ressources disponibles. C'est à cette question que la théorie de Rakowski entend répondre.

Pour ce faire, Rakowski propose de partir de la *situation idéale* dans laquelle tous les êtres humains seraient également talentueux, sains de corps et d'esprit, adultes, et dans laquelle un stock limité de ressources est à répartir, et de se demander quel serait le mode de répartition le plus équitable. Sa première réponse est évidente : *tout le monde devrait en effet avoir accès à une part d'égale valeur*. Pour établir le système de distribution des ressources correspondant le mieux à cette affirmation, il faut au préalable répondre à un ensemble de questions. Qu'est-ce qui compte comme ressources à distribuer ? Comment ces ressources seront-elles évaluées ? Plutôt que de nous attarder sur ces questions, voyons directement la solution préconisée par Rakowski. De façon très générale, sa réponse consiste à opter pour *un système de marché à partir d'une distribution initiale des ressources strictement égalitaire*⁷⁸. Ceci s'explique par les propriétés du marché concurrentiel (parfait) qui garantit que chacun pourra tendre vers l'état qu'il préfère en échangeant des biens, étant donné que les biens échangés seront valorisés à leur coût d'opportunité et qu'en même temps ce processus ne détériorera le sort de personne par rapport à la situation initiale d'égalité des dotations. Il n'est pas garanti qu'une fois l'équilibre obtenu, tout le monde aura le même bien-être final, tout comme il n'est pas garanti que tous tirent la même satisfaction de leur dotation initiale. Mais il s'agit là de différences non-pertinentes pour la justice. Ce qui compte c'est que chacun ait une part des ressources d'égale valeur pour la

⁷⁷ Cfr. Rakowski (1993), p. 22. Cette affirmation est fondamentale. En effet, l'approche de Rakowski qui part d'un idéal d'égalité pour évaluer la légitimité des inégalités existant dans la société ressemble a priori à ce que pourrait être une approche libérale cherchant à compenser les inégalités liées à des appropriations originelles illégitimes (cfr. § 1.2, ou à Van Parijs (1991)). Cependant, les libéraux ne reconnaissent en rien l'affirmation selon laquelle tous les hommes doivent faire l'objet d'une même considération morale ou plutôt ils n'en déduisent pas, contrairement à Rakowski, que tout homme a droit lorsqu'il commence sa vie aux mêmes chances que les autres.

Remarque : j'utiliserai par la suite la notation R., p. 22 au lieu de Rakowski (1993), p. 22, pour abrégé la référence complète.

⁷⁸ Rakowski envisage un certain nombre de systèmes possibles quant à la façon de distribuer les dotations initiales et d'organiser les échanges, mais tous reviennent à un système de marché ; cfr. R., p. 70.

collectivité. Rakowski estime en effet que les désirs, s'ils sont en partie propres à la personnalité d'un individu, n'en sont pas moins contrôlables et donc ultimement sa responsabilité.

Le véritable travail commence dès lors que l'on envisage *les écarts inévitables par rapport à cette situation idéale* où chacun possède une part des ressources de valeur égale. Il est clair qu'en fonction des usages que chacun fera de ses ressources et *de la chance plus ou moins grande qu'il aura au cours de sa vie*, les situations vont diverger de plus en plus et les inégalités se creuser. De même, et parallèlement à l'idée d'une évolution dans le temps inévitablement différente pour chacun, il faut aussi tenir compte des *différences interpersonnelles* mises entre parenthèses dans l'idéalisation utilisée au départ (les différences de talents, de capacités, d'âges, etc.). L'étude de ces écarts par rapport à la situation idéale concerne directement (mais pas exclusivement) la problématique des soins de santé qui nous occupe.

En pratique, l'analyse des deux types de différences s'effectue selon la même méthode. La question fondamentale est de savoir si la justice exige des transferts de ressources après que chacun s'est vu attribuer une dotation initiale égale, afin de corriger les inégalités non prises en compte dans l'idéalisation ou émergeant dans le temps. La réponse de Rakowski repose sur une distinction⁷⁹ à laquelle il accorde la plus grande importance, à savoir la distinction entre ce qu'il appelle l'option luck et la brute luck (que je traduirai littéralement par chance optionnelle et chance brute). La chance optionnelle désigne les gains ou pertes d'un individu qui résultent d'un risque délibérément couru alors qu'il pouvait être anticipé et était donc évitable. La chance brute au contraire consiste en la façon dont se réalisent des risques qui ne pouvaient en aucune manière faire l'objet d'un choix volontaire⁸⁰. Quel serait l'usage que Rakowski entend faire de cette distinction ? En faisant dans un premier temps abstraction des différences d'intelligence et de capacité de raisonnement, il adopte la position suivante : « toutes les inégalités dans les dotations qui peuvent être attribuées aux effets des chances et malchances optionnelles sont moralement inattaquables, pour autant que toute personne ayant voulu courir les risques associés à ce type de chance en ait eu l'occasion. Mais toutes les inégalités qui résultent de chances brutes différentes doivent être éliminées, à moins qu'une victime de malchance brute abandonne son droit à une compensation ou qu'une personne ayant bénéficié d'une chance brute soit autorisée à garder son avantage par les personnes qui ont un droit à une part de cet avantage ; et pour autant, de plus, que ceux qui ont souffert de malchance brute retirent un avantage significatif à la marge des transferts destinés à ramener l'égalité par rapport au coût marginal imposé à ceux qui financent la compensation, et qu'aucune compensation ne soit excessivement lourde⁸¹ » (Rakowski (1993), p. 74, je souligne). Rakowski justifie sa position de la même façon que précédemment. Tout

⁷⁹ Il emprunte cette distinction à Dworkin (1981) dont l'approche lui sert de référence principale.

⁸⁰ *Ibidem*, p. 73.

⁸¹ On remarque tout de suite l'articulation typique des approches libérales égalitaires entre la recherche de l'égalité et un souci de réalisme économique. Toutefois Rakowski attribue cette limite à un principe moral séparé devant éviter que certains aient à faire des sacrifices énormes dont les bénéficiaires ne retireraient qu'un avantage insignifiant.

homme “arriverait sur terre” égal aux autres, sans aucun mérite particulier. Ceci implique que, abstraction faite de toutes les différences interpersonnelles, chacun reçoive une part des ressources d'égale valeur. Le marché est considéré comme un moyen efficace de permettre à chacun de tendre vers une situation plus proche de ses préférences, tant qu'il garantit à tous les mêmes informations et les mêmes chances. Dans le cas contraire, des compensations sont envisagées. A partir de là, Rakowski affirme que la chance doit être traitée de façon similaire. Si une opportunité de risquer son temps, ses ressources, voire sa vie est ouverte à tous, alors quiconque décide de la saisir peut légitimement garder l'entièreté des bénéfices qu'il en retire. Mais de même, si la chance tourne en sa défaveur, il ne peut pas demander assistance ou compensation au nom de la justice⁸². Par contre, les victimes de malchances brutes contre lesquelles elles ne peuvent se prémunir doivent être indemnisées afin de maintenir leur part de ressources et opportunités, autant qu'il est humainement possible de le faire et à un coût raisonnable. Seule cette procédure permettrait de maintenir l'égalité et de conduire à une distribution des ressources jugées acceptable par une communauté d'individus qui se considèrent moralement égaux⁸³. On pourrait décrire l'objectif de Rakowski comme un objectif d'égalité équitable afin de bien indiquer que certaines inégalités, dont il faut garder la nature à l'esprit, sont autorisées.

Ceci dit, le plus important reste à faire. Il faut maintenant essayer de classer les divers événements de la vie en fonction de la distinction entre la chance brute et la chance optionnelle pour essayer d'en déduire le système de redistribution optimal. Concrètement, je m'attacherai aux événements propres au domaine de la santé, à savoir ceux qui sont liés aux risques de maladie et d'accident, et ceux qui sont liés à la dotation interne propre à chacun, en particulier le fait d'être handicapé ou non. Cependant, un dernier préambule consiste à décrire rapidement un certain nombre de situations que Rakowski analyse en termes de chance optionnelle, afin de donner une vision plus globale du système de redistribution tel que Rakowski le conçoit.

L'exemple parfait de chance optionnelle est la *loterie*. Tout homme qui décide d'y participer prend consciemment un risque dans l'espoir d'un gain important. En cas de succès, il est légitime qu'il garde ce gain. Cependant, pour que ceci soit vrai, il faut que tout le monde ait les mêmes chances face au jeu. Or, dans la réalité, les riches ont beaucoup plus de chance et de jouer et de gagner. Ils ont en effet plus d'argent à consacrer au jeu sans conséquence pour leur

⁸² Une limite de ce discours vient assez vite à l'esprit. Ce système, s'il était réellement appliqué à la lettre semblerait bien inhumain. On devrait effectivement imaginer que des individus mourraient dans les salles d'attentes des hôpitaux parce qu'ayant choisi de ne pas s'assurer contre la maladie, ils seraient victimes d'un risque volontairement couru et ne pourraient donc pas recevoir d'aide. Il s'agit bien sûr d'une extrême mais qu'il convient d'envisager. En pratique tout individu demandant des soins d'urgence reçoit assistance et personne n'envisagerait sérieusement qu'il n'en soit pas ainsi (sauf peut-être dans des situations de choix très particulières). Dans cet exemple on aurait un argument en faveur d'une assurance obligatoire pour les gros risques. Il pourrait s'agir d'une variante de l'argument paternaliste auquel Rakowski fait fréquemment allusion en disant qu'il peut être important mais qu'il ne le prend pas en compte. Je reviendrai plus explicitement sur ce type de questions lorsque j'étudierai les implications de l'approche pour les risques de santé.

⁸³ Cfr. R., p. 75.

train de vie. Pour Rakowski, cette inégalité doit être compensée. Il envisage différentes possibilités pour ce faire, par exemple un système de taxation progressive. L'important ici n'est pas de définir le système idéal de compensation mais de montrer comment un rôle redistributif de l'état se justifie dès lors que chacun n'a pas les mêmes possibilités de tenter la chance.

Les *activités dangereuses* librement choisies sont affaire de chance optionnelle et les accidents qui en découlent ne peuvent conduire à une prise en charge collective. Il est évident que *l'égalité des fortunes* n'exige pas ici que l'on mette tout le monde sur un pied d'égalité. Si des inégalités existent qui sont justifiées parce que résultant de risques librement courus, elles n'exigent pas de compensation. La situation est selon moi à distinguer de la précédente où il s'agissait par contre d'offrir à chacun les mêmes chances de tenter la chance pour des *gains* substantiels.

Rakowski considère que le *chômage* devrait idéalement faire l'objet d'un marché d'assurances privé qui fixerait des primes différentes en fonction de l'ardeur témoignée par les assurés à travailler ou chercher du travail. Le risque de ne pas avoir d'emploi serait donc en partie affaire de chance optionnelle. Il reconnaît toutefois que les différences de talents (pouvant inclure beaucoup de choses) impliquent des chances différentes sur le marché du travail, de sorte que des compensations sont à nouveau justifiées. On y reviendra lorsque l'on parlera des différences de talents. De plus, une certaine couverture minimale pourrait être exigée afin d'éviter que certains n'abusent de la charité des autres en ne s'assurant pas et en ne cherchant pas réellement à travailler.

Rakowski envisage encore les *catastrophes naturelles (dans des lieux prédisposés)*, les *pertes commerciales*, et les *inventions industrielles* comme rattachées en grande partie à la chance optionnelle. Le système le plus juste combinerait à nouveau des assurances privées, avec des redistributions éventuelles là où la chance brute intervient directement ou indirectement au travers de chances inégales face aux risques en question.

Le message essentiel est donc que toutes ces situations impliquent des risques que chacun doit pouvoir librement courir. Dans la mesure où l'on analyse les inégalités en termes de conséquences de la façon dont tourne la chance et donc en termes de risque, le système idéal afin de permettre à chacun de choisir les risques qu'il veut courir lorsque c'est possible est un système d'assurance libre. Certaines mesures de redistributions doivent intervenir là où tous ne sont pas égaux devant le risque. Passons maintenant sans plus tarder à l'étude de ce que l'on peut tirer de cette théorie en matière de santé.

3.2 Application au domaine de la santé

La maladie et les accidents constituent sans doute la forme la plus évidente de malchance brute. En effet, pour autant qu'un individu n'ait pas augmenté ses chances de contracter la maladie par un comportement consciemment nocif ou pratiqué en connaissance de cause une

activité à haut risque d'accident, ces événements sont clairement des manifestations de malchance brute⁸⁴. Cette malchance détériore le sort de la victime par rapport à celui de ses pairs de deux façons : financièrement, parce que sa capacité à gagner sa vie est au moins momentanément réduite et parce que les dépenses de santé sont souvent très élevées ; mais aussi parce qu'il perd une partie de ses capacités à vivre une vie satisfaisante. Rakowski parle explicitement de conditions préalables à la poursuite d'une existence heureuse et cite comme exemple des organes fonctionnant bien, l'absence de souffrances excessives et d'anxiété anormalement intense, une espérance de vie donnée (R., p. 88)⁸⁵. La justice exigerait donc que les victimes de la malchance brute voient cette malchance compensée au maximum par ceux qui ont été épargnés. Quelle peut être l'importance du sacrifice à exiger des biens portants et quels types de maladies et accidents justifient une compensation ? Telle est la forme que prend alors la question de la justice distributive en matière de soins de santé⁸⁶.

Pour y répondre Rakowski distingue deux groupes d'individus qui diffèrent de part leur autonomie : les adultes normaux capables de faire un choix rationnel et responsable, et le groupe des enfants et malades mentaux incapables de faire un tel choix. Cette distinction se justifie vu l'importance que Rakowski entend donner à la liberté individuelle, dès lors qu'elle est capable de prendre une expression responsable.

Le cas des adultes normaux

Dans le cas des adultes, Rakowski suggère qu'il convient dans la mesure du possible de transformer la chance brute en chance optionnelle. Il insiste en effet sur le fait que l'exigence d'égalité ne doit pas supprimer l'autonomie individuelle. Il faut en particulier que tous ceux qui veulent courir le risque de recevoir moins de compensations et, par là, payer des primes d'assurances plus faibles puissent le faire⁸⁷. Rakowski affirme qu'en première instance, un

⁸⁴ Rakowski considère toutefois que les *maux mineurs* (minor ailments) qui sont répartis de façon assez uniforme sur l'ensemble de la population ne doivent pas être traités comme des instances de malchance brute. Il serait en effet dans ce cas impossible de distinguer si ces ennuis de santé relèvent de la responsabilité individuelle ou pas ; cfr. R., p. 318.

⁸⁵ On peut remarquer que Rakowski semble accorder à la santé une importance similaire à celle que lui reconnaît Daniels. Tous deux insistent sur la santé comme une condition préalable à la poursuite de toute vie.

⁸⁶ On remarque que Rakowski ne parle pas de l'accès aux soins en termes de redistribution riches-pauvres. La pauvreté est en réalité liée à toutes les formes d'inégalités analysées en termes de chance. Dans la mesure où des compensations sont prévues pour tous les cas de malchance brute, on doit supposer que le problème de la pauvreté ne se pose pas comme tel. Il est analysé indirectement dans l'évaluation des compensations à laquelle on procède maintenant.

⁸⁷ Rakowski ajoute cependant une *condition* pour que ces individus soient autorisés à moins contribuer au système que ceux qui gardent leur droit à une pleine compensation. Il faut que de nombreux individus partagent ce désir de moindre contribution ou, dans le cas contraire, qu'ils autorisent ceux qui le désirent à moins contribuer. Il ajoute que cette condition est facilement remplie dès lors que la population envisagée est importante parce que ceux qui désirent une couverture plus étendue peuvent facilement former leur propre groupe d'assurance et ne pas souffrir de ce que certains individus ne participent pas au système. Il en conclut qu'un système d'assurance concurrentiel peut bien servir la justice dans le domaine des soins de santé ; cfr. R., p. 89. On peut s'interroger

marché concurrentiel d'assurance est la meilleure façon de poursuivre l'idéal de justice combinant égalité et choix individuel autonome. On pourrait donc se ramener à un système de chance optionnelle. Le système américain tel qu'il existe encore aujourd'hui procède largement de cette logique.

Un obstacle de taille à cette solution réside toutefois dans le phénomène inévitable de la sélection des risques. Le marché concurrentiel fixera des primes variables en fonction des risques. Si Rakowski estime qu'un tel système est idéal pour rendre responsables de leur choix les gens qui courent volontairement des risques élevés⁸⁸, il reconnaît qu'il est aussi fondamentalement injuste parce qu'il pénalise tous ceux qui souffrent de fragilité congénitale et autre prédisposition à la maladie et à l'infirmité dont ils ne sont pas responsables. La solution pourrait être de réglementer les primes afin que seuls les risques optionnels fassent l'objet d'une surprime.

Mais un tel système de prime unique (hors risque optionnel) se heurte au problème de la *sélection adverse* qui conduit à un phénomène d'éviction progressive des bons risques par les mauvais associé à un relèvement des primes. De plus, si les mauvais risques sont répartis de façon inégale entre les compagnies d'assurance, imposer un système de prime unique pénalise injustement celles qui concentrent le plus de mauvais risques et doivent, dès lors, soit fixer une prime plus élevée et être moins compétitives que les autres compagnies d'assurance, soit travailler avec une rentabilité plus faible. Enfin, il est possible que les mauvais risques se concentrent surtout chez les assureurs qui offrent les conditions les plus intéressantes, de sorte que ce serait ces assureurs – les plus efficaces – qui seraient mis en difficulté voire disparaîtraient du marché. D'une façon ou d'une autre l'évolution serait défavorable pour l'ensemble des consommateurs.

Rakowski envisage alors un certain nombre de solutions possibles à ce problème mais aucune n'est parfaite. La première consiste à accorder aux individus à hauts risques (non optionnels) un *crédit fiscal* correspondant à la surprime qu'ils doivent payer pour s'assurer. Le problème d'un tel *système de subsides*, c'est qu'il est soumis au phénomène de *hasard moral* : les assureurs sont stimulés à demander des primes excessives aux clients subsidiés ; et les individus à hauts risques ne sont pas incités à chercher les meilleures conditions possibles. Rakowski suggère un certain nombre de formules pour inciter les acteurs à un comportement concurrentiel, mais toutes sont imparfaites car elles impliquent que les mauvais risques soient en partie pénalisés, ce qui constitue

sur la raison pour laquelle Rakowski juge nécessaire d'envisager la nécessité d'une autorisation. A mon sens, l'explication logique est que la justice *exige la possibilité pour tout individu d'obtenir une compensation pour ses problèmes de santé*. Ceci implique qu'un système d'assurance concurrentiel n'est une solution valable que si une partie suffisamment importante de la population participe pleinement au système et le rend ainsi accessible à tous à un prix raisonnable.

⁸⁸ Rakowski va très loin dans ce qu'il estime être un risque choisi. Il parle ainsi des fumeurs, des métiers à risque et même des gens qui mangeraient trop ! (R. p. 89). Je crois que l'on touche là à l'une des *limites de ce type d'approche hyper-rationalisante*. Jusqu'où doit s'étendre la responsabilité individuelle ? Doit-on fixer des primes moins élevées pour ceux qui mangeraient *light* ? !

une injustice. Une deuxième solution est de *subsidier directement les assureurs*. Rakowski s'étend très peu sur cette option qu'il juge comparable à la première. Elle me paraît néanmoins préférable dans la mesure où elle permet un système de subsides *forfaitaires*, ce qui réduit le problème du hasard moral. Ce système exige une bonne évaluation des risques pour le calcul des forfaits et l'interdiction aux assureurs de refuser les mauvais risques dont ils craignent des dépenses supérieures au forfait. La dernière solution envisagée est celle de *l'assurance publique libre* qui supprime les inégalités entre firmes (de façon radicale !) au prix d'une réduction dans la possibilité de choix des consommateurs. Elle évite aussi les frais administratifs inhérents aux systèmes envisagés précédemment. Mais un tel système présente l'inconvénient de ne faire supporter le subside aux mauvais risques que par les individus qui désirent s'assurer. On avantagerait ici injustement les personnes aimant le risque. De plus, un tel système libre ne supprime pas le problème principal de la sélection adverse.

En *conclusion*, Rakowski estime que le système permettant le mieux de répondre à sa conception de la justice comme « absence d'inégalités involontaires » dans le cas des adultes capables de choix responsables est un système d'assurance offrant à *tous* dans *les mêmes conditions* de se prémunir contre les ennuis de santé. Il s'agit donc de transformer la chance brute en chance optionnelle. En pratique le choix du système le plus efficace et le plus désirable pour la société considérée est une question empirique. Rakowski favorise les options privées qui laissent aux individus la possibilité de choisir leur assureur. J'ai quant à moi avancé un argument en faveur de la seconde option.

Il est important de souligner que, dans la mesure où le but de cette approche est de permettre à certains de courir un risque, un système *d'assurance obligatoire* n'est *a priori* pas une solution. Il s'agit cependant d'une option importante pour résoudre le problème de la sélection adverse. Je présenterai plus loin un ensemble d'arguments d'une autre nature qui plaident aussi en sa faveur.

Le cas des irresponsables

A côté du système idéal pour des adultes capables de choix responsables, qu'en est-il des mineurs et des malades mentaux⁸⁹ (que je regrouperai sous le vocable d'irresponsables puisque c'est là le trait important) ? Il est clair qu'ils sont exposés tout comme les adultes normaux à la malchance brute en matière de santé. La différence essentielle est qu'ils sont incapables de s'assurer librement contre ces aléas de la vie. Quel est alors le système le plus juste ?

⁸⁹ Je tiens à reprendre ici une restriction introduite par Rakowski. Il affirme que l'on peut traiter de la même manière les enfants et les malades mentaux, quoique, dans certains cas, la compensation que doivent recevoir les malades mentaux (enfants ou adultes) est plus faible. C'est le cas pour les malades dont les dysfonctionnements sont tels qu'ils n'ont pas les mêmes opportunités de vivre une vie riche et heureuse que les adultes normaux (R., p. 92). Je souligne ceci parce que cela confirme mon sentiment selon lequel Rakowski situe l'importance morale de la santé dans son impact sur l'ensemble des chances dont chacun dispose face à la vie. Il semble bien reprendre l'idée d'ensemble *normal* des chances tel que développé par Daniels. Les deux approches pourraient donc se compléter.

Rakowski part d'une proposition de Bruce Ackerman⁹⁰. Pour ce dernier, les personnes nées avec des désavantages (génétiques) ont droit à des compensations suffisantes pour les ramener sur un pied d'égalité avec leur pairs. Cependant, un individu n'a droit à une compensation que de la part de ceux qui le « dominant génétiquement » et seulement dans des proportions suffisantes pour éliminer cette dominance. Le problème est que sa définition de la dominance implique qu'une personne n'est dominée par une autre que si tous les membres de la société jugent que sa dotation génétique est moins bonne que celle de l'autre pour poursuivre l'idéal de vie que chaque juge valorise. Sans nous attarder sur l'ensemble des problèmes de cette approche, soulignons simplement sa limite essentielle pour l'idéal de justice de Rakowski. Elle réside dans le fait qu'Ackerman n'envisage pas d'autres compensations que celle justifiée par son critère de dominance génétique. Un exemple peut résumer tout le problème. Supposons un enfant cloué dans une chaise roulante « depuis sa naissance », mais pour le reste extrêmement brillant intellectuellement. Si on le compare à nombre d'enfants normaux, il est bien possible qu'à cause de son intelligence supérieure l'enfant handicapé ne soit pas dominé génétiquement par un enfant valide du fait qu'au moins une personne estime que les deux dotations sont équivalentes. Cependant, si un traitement peut le tirer de sa chaise roulante, est-il juste de le lui refuser⁹¹ ? Rakowski répond que non. Pour lui, les mineurs⁹² ont droit, au minimum, à la couverture médicale pour laquelle il aurait été rationnel pour eux de s'assurer, étant donné leur part équitable des ressources, leur revenu moyen espéré (en faisant abstraction de leur handicap), les chances statistiques de naître handicapé ou de développer des maladies graves et l'information disponible sur les moyens de guérir ces affections. « Leur accorder moins reviendrait à les tenir responsables de n'être pas nés riches ni rationnels, ce qui est absurde et injuste » (R., p. 97).

Rakowski indique que ce minimum correspond en fait à la solution de l'assurance hypothétique que Dworkin (1981) préconise. Pour ce dernier, les enfants incapables de s'assurer doivent être couverts pour le montant qu'ils auraient choisi s'ils avaient été capables mentalement et financièrement de le faire et devront payer les primes correspondantes lorsqu'ils en deviendront capables. Cette approche se heurte toutefois à des critiques importantes. Il paraît d'abord impossible de dire ce que quelqu'un aurait choisi comme assurance avant d'être né. On peut toutefois estimer que les handicaps et infirmités ont un impact important sur la plupart des types de vie possibles, de sorte que des gens avec des goûts différents achèteront probablement des montants de couverture comparables. Et en observant les assurances effectivement achetées par les adultes contre différents problèmes de santé, on pourrait obtenir une estimation

⁹⁰ Cfr. Ackerman (1980).

⁹¹ Voir R., p. 97.

⁹² On parle ici des mineurs mais l'approche est similaire pour les malades mentaux.

raisonnable⁹³. Selon Dworkin, aucune autre méthode ne serait plus juste. Rakowski rejette toutefois cette dernière affirmation.

Le système de Dworkin présente l'avantage de garantir aux enfants concernés une compensation qui ne dépend pas des convictions morales, de l'affection ou de la charité des autres. Mais il n'est pas suffisant. En effet, supposons qu'un enfant soit atteint d'un handicap grave et très rare, de sorte que la compensation que le système d'assurance hypothétique lui attribue est faible⁹⁴. Si des moyens supplémentaires pouvaient améliorer sensiblement son sort, devrait-on les lui refuser comme le soutient Dworkin ? Rakowski répond que non. En effet, la position de Dworkin est contraire à son idéal de justice selon lequel tout homme doit commencer sa vie avec un ensemble égal de ressources, et que cette égalité doit être maintenue dans le temps sauf si les inégalités qui surgissent sont les conséquences d'un choix des individus de travailler moins ou de courir des risques. Dans la mesure où l'on considère comme Dworkin et Rakowski que les capacités mentales et physiques font partie de ces ressources, des désavantages congénitaux doivent être compensés afin de ramener les victimes au maximum vers la normale, c'est-à-dire vers la part des ressources qui leur revient de droit. Dès lors, le système de choix hypothétique est utile pour déterminer quand une partie des ressources initiales d'un mineur peuvent être utilisées en son nom (par exemple pour financer son éducation), mais on ne peut lui refuser sur cette base une partie de la part initiale qui lui échoit. Où se situe alors la limite aux compensations ?

Cette limite, Rakowski la situe dans la comparaison entre le bénéfice que retire la victime de la compensation reçue et le coût pour ceux qui la financent. Pour Rakowski, des sacrifices importants ne sont pas justifiés pour des gains dérisoires⁹⁵. L'égalité parfaite des ressources ne serait pas réalisable à un coût acceptable⁹⁶. Elle reste néanmoins l'idéal⁹⁷.

⁹³ *En pratique*, l'approche de l'assurance hypothétique se ramène donc à évaluer au mieux ce qu'un "individu rationnel type" aurait choisi comme assurance dans les conditions décrites : revenu équitable, ignorance de sa constitution physique réelle et de son état de santé présent et futur, connaissance de l'ensemble des pathologies possibles et de leur fréquence dans la population, connaissance des traitements disponibles, ainsi que des primes associées aux différentes assurances possibles. On parle en bref du *choix rationnel sous voile* d'ignorance. Il y a donc un *écart important par rapport à l'idéal* qui consiste à demander effectivement à chaque individu l'assurance qu'il aurait contractée dans de telles conditions, *étant donné ses préférences*, pour définir les compensation auxquelles il a droit et les primes qu'il doit payer. Cet écart est inévitable vu le *problème de la révélation des préférences* : tout individu va naturellement (même inconsciemment) tenir compte de son état réel pour définir l'assurance qu'il "aurait choisie". Il est dès lors nécessaire de procéder à une *généralisation*, au moins par catégorie de personnes.

⁹⁴ Rakowski indique que les gens se "sous-assurent" fréquemment lorsque le risque qu'ils courent est de faible probabilité. Ils peuvent de plus ne pas se protéger complètement même s'ils achètent (rationnellement) une assurance jusqu'au point où le bénéfice probable, mesuré en terme d'utilité et ajusté en fonction de sa probabilité, est égal au coût de l'assurance ; cfr. R., p. 100.

⁹⁵ Cette façon de concevoir la limite aux compensations me paraît s'approcher du critère du maximin dans sa version *leximin*, ce qui revient à dire que des inégalités sont tolérables si leur réduction n'améliore pas le sort des plus défavorisés.

⁹⁶ Rakowski ajoute que l'égalité parfaite des ressources serait d'ailleurs impossible à poursuivre politiquement : des transferts trop importants seraient largement boycottés. Je souligne cependant que ces considérations d'ordre politique ne peuvent pas être prises en compte à ce stade dans la réflexion éthique qui doit au contraire s'en détacher pour définir l'idéal de justice, y compris quant à ce qui devrait être rendu possible politiquement.

Rakowski défend donc un système de compensations aux irresponsables malades et handicapés afin de les ramener le plus près possible du sort auquel ils ont droit en termes d'égalité des ressources. Ces compensations auraient pour seule limite un certain réalisme dans l'effort exigé des plus fortunés (au sens de "plus gâtés par le sort"). On peut y voir, quoiqu'en termes moins déterminés, le réalisme économique propre au libéralisme égalitaire. Rakowski souligne qu'un tel système serait égalitaire d'une façon très "généreuse", car indépendante des moyens et de l'affection des parents, des croyances morales, mais aussi des choix hypothétiques que l'on pourrait attribuer aux irresponsables.

Il est important de remarquer que les handicapés de naissance sont explicitement pris en compte dans le système puisqu'ils s'agit d'enfants victimes de malchance brute. Voyons un peu plus en détails ce que serait le régime des handicapés de naissance. Il s'agit en effet d'un groupe dont le sort pose, on l'a suffisamment souligné, une question de justice importante parce que le marché ne peut leur offrir d'assurance. Pour ce faire, imaginons ce que serait le sort d'un handicapé de naissance au cours de sa vie. Prenons le cas d'un handicapé physique, puisque les handicapés mentaux sont irresponsables *ad vitam* et que leur sort reste inchangé au fil du temps. Cet handicapé physique commence par bénéficier d'un ensemble de soins destinés à lui permettre le fonctionnement le plus normal possible⁹⁸. Ces soins ne doivent d'ailleurs pas se limiter à des soins médicaux. Il peut s'agir par exemple dans le cas d'un aveugle, de cours de Braille, d'un chien d'aveugle, etc. Que se passe-t-il lorsqu'il devient adulte ? Le système implique qu'il "s'assure" contre tous les risques de santé qu'il veut couvrir, pour une prime indépendante de ces antécédents médicaux. Deux problèmes se posent ici. Primo, si le handicap est sérieux au point d'empêcher toute participation à la vie sociale sous forme d'une activité rémunérée, il est impossible au handicapé de financer la moindre assurance. Doit-il dès lors rester sans assurance santé ? Secundo, on n'assure pas des risques déjà réalisés. Qu'en est-il des soins que rend nécessaires son handicap ? Les soins qu'il recevait auparavant relevaient de la solidarité, même si on pouvait leur donner une justification, au moins en grande partie, en termes d'assurance hypothétique⁹⁹. Les soins dont il a besoin aujourd'hui relèvent toujours de la solidarité. Dans la mesure où ce besoin résulte de la malchance brute passée, il justifie toujours une compensation. Et si le handicapé, une fois adulte, reste dans une situation de dépendance similaire à celle de son enfance, il a droit au même régime que celui de son enfance.

⁹⁷ Cfr. R., p. 100, qui confirme l'idée de la note précédente.

⁹⁸ J'adopte ici la terminologie de Daniels que Rakowski ne rejeterait pas selon moi, leurs deux approches considérant les soins de santé comme un moyen de corriger des écarts par rapport à une norme, à une part équitable de l'éventail normal des plans de vie chez Daniels, à une part équitable des ressources (capacités comprises) chez Rakowski.

⁹⁹ Rappelons que, dans l'idée de l'assurance hypothétique, les enfants qui reçoivent des soins correspondant à l'assurance qu'ils auraient choisie s'ils étaient responsables paient à l'âge adulte les primes correspondantes. La logique est donc purement actuarielle. En disant qu'il faut aller plus loin si les bénéfices que le handicapé en retire sont importants par rapport au coût, Rakowski ajoute une dimension indiscutablement plus solidaire au système.

On peut toutefois se demander ce qui se passe si le handicapé en question une fois adulte obtient un emploi et gagne sa vie. Je crois que l'équality of fortune implique un système du type suivant : le handicapé a toujours droit aux soins que sa condition rend nécessaires, qui sont dans ce cas-ci logiquement limités, et il paie les primes correspondant à l'assurance hypothétique de son enfance, laquelle se prolonge de façon uniforme dans le futur. D'autre part, il contribue en fonction de son revenu (ou de toute autre mesure des avantages que la chance brute lui aurait procurés par rapport à d'autres moins bien servis) aux compensations que la justice justifie pour d'autres que lui. Il doit de plus, s'il désire être couvert contre les risques de maladie et invalidité, contracter une assurance. En résumé, il entre dans le système prévu pour les adultes, c'est-à-dire essentiellement un ensemble d'assurances à contracter librement et une contribution à apporter dans les limites du raisonnable pour compenser ceux qui sont victimes de malchances brutes. Il est lui-même bénéficiaire d'une compensation pour son handicap dans la mesure des besoins supplémentaires que celui-ci crée par rapport au fonctionnement normal.

Avant de clôturer cette présentation du système envisagé pour les irresponsables, il peut être éclairant de voir comment Rakowski se défend contre les deux objections qui suivent.

La première souligne que la poursuite d'une égalité portant aussi sur les « ressources physiques et mentales » rend nécessaire la définition d'une norme à ce niveau. Rakowski reconnaît que toute théorie qui fait des capacités individuelles une ressource à traiter de la même façon que les autres biens se heurte à la difficulté de comparer les talents et capacités et de définir les différences interpersonnelles qui comptent. Cependant, si cela peut être une bonne raison pour ne pas corriger des différences mineures, il reste qu'il existe manifestement des cas où la différence est marquée. Et Rakowski de s'interroger : « pourquoi le fait que tracer une ligne de démarcation est controversé doit-il empêcher le traitement équitable des cas qui tombent clairement d'un côté ou de l'autre ? » Le véritable problème se situe donc plus dans le montant des compensations que dans leur bien fondé.

Plus sérieuse est l'objection suivante. Dans la mesure où l'on reconnaît que des inégalités peuvent survenir dans le cas des adultes, au nom de leur autonomie, ne faut-il pas traiter les différences entre enfants de la même façon ? Naturellement, ceux-ci sont incapables de faire des choix autonomes, mais en définissant les compensations auxquelles ils ont droit conformément aux choix qu'ils auraient probablement faits (statistiquement parlant), on arrive à l'approximation la meilleure d'un système reconnaissant la liberté de tous à l'intérieur du cadre égalitaire. Rakowski répond en montrant que l'égalité a priorité sur l'autonomie, du moins telle qu'elle est entendue par les tenants de l'approche de l'assurance hypothétique. En effet, il y a une différence fondamentale entre laisser les individus courir les risques qu'ils veulent en connaissance de cause, et d'imaginer ce qu'un individu aurait choisi s'il en avait les moyens pour le traiter ensuite en fonction de ce choix hypothétique. Il ajoute : « cette présomption est particulièrement problématique si le bonheur futur de celui pour qui l'on décide s'en trouve

fortement diminué sans que cela n'améliore de beaucoup le sort des autres »¹⁰⁰. En conséquence, Rakowski recommande qu'on accorde aux irresponsables (enfants et malades mentaux) le bénéfice du doute.

Il conclut du reste en suggérant que, dans la plupart des cas, les implications du système d'assurance hypothétique de Dworkin et celles de l'équality of fortune seront similaires. Les rares situations où ces implications diffèrent seront en pratique¹⁰¹ impossibles à identifier, du fait de la difficulté à distinguer entre les compensations voulues par le système d'assurance hypothétique et les compensations complètes soumises à la contrainte de réalisme économique¹⁰².

3.3 Réflexions critiques

Ayant présenté la façon dont Rakowski conçoit les exigences de la justice et en particulier dans le domaine de la santé, il me paraît important de faire un certain nombre de réflexions critiques.

(1) La première, qui concerne la théorie dans son ensemble, porte sur la *distinction* centrale entre la *chance optionnelle* et la *chance brute*, sur laquelle repose la légitimité de certaines inégalités qui ne doivent donc pas être compensées.

Tout d'abord, *l'attribution des différentes conséquences de nos actes à l'un ou l'autre type de chance* pose vraisemblablement des *difficultés théoriques et pratiques*. Par exemple, Rakowski prévoit pour les chômeurs un régime d'assurance privé fixant des primes variables en fonction de l'ardeur à chercher du travail, mais avec des compensations pour ceux qui souffrent d'un manque de talent. Est-il vraiment possible de juger en pratique si un individu échoue dans sa quête de travail du fait d'un manque de zèle ou plutôt d'un manque de talent ? Il est clair que chercher dans la genèse des inégalités leur caractère légitime ou non (c'est-à-dire découlant de l'action de la chance brute ou de la chance optionnelle) est pour le moins difficile. Et, partant de cette difficulté, on pourrait être tenté de dire que, finalement, dans les deux cas, il s'agit avant tout de chance. Or la chance, quelle que soit la façon dont on l'envisage, est par définition hors de tout contrôle. Dès lors, toutes les inégalités résultant de la chance devraient faire l'objet de compensation. Cependant, s'il y a une part de vérité dans cette idée, il reste qu'il existe des cas dans lesquels la distinction paraît intuitivement justifiée au nom de la justice. Ils s'agit entre autres de tous les risques extrêmes que des individus décident de courir *sans que ce ne soit une nécessité en aucun façon*. Ainsi voler en U.L.M. ou faire de l'aile delta sont des activités notoirement

¹⁰⁰ Cfr. R., p. 104.

¹⁰¹ Mais il faut bien voir que, *sur le plan des principes*, Rakowski défend une position plus égalitaire et, à mon sens, plus acceptable que Dworkin qui s'en tient à la stricte égalité *ex ante* (hypothétique, c'est-à-dire imaginée) des ressources matérielles données aux individus pour faire le choix de leur assurance et admet donc des inégalités sur le plan des ressources humaines (talents et capacités).

¹⁰² Voir R., p. 106.

dangereuses dont on peut se passer. Si la justice distributive a un sens reconnu, alors il faut admettre que ces choix individuels ont des implications que la justice doit prendre en compte¹⁰³. On peut voir cette démarche de façon positive en disant que l'on vise à permettre à tout le monde d'exercer son pouvoir de *choix* le plus largement possible et de façon *responsable*. L'entreprise est donc justifiée dans son principe, même si le discernement entre chance brute et chance optionnelle qu'elle requiert n'est pas évident dès que l'on quitte les cas extrêmes tels que la loterie, les sports dangereux ou le fait de naître handicapé.

Il y a ensuite, dans le même cadre de réflexion, la difficulté que pose le concept *d'autonomie*. La théorie de Rakowski a ceci d'original qu'elle s'efforce de *laisser l'autonomie s'exprimer dans un cadre égalitaire*. On suppose donc que des individus peuvent faire des choix qui correspondent réellement à leurs préférences et peuvent conduire à des inégalités de santé équitables. Toutefois, on peut contester l'idée d'homme rationnel et autonome que véhicule cette approche. Les individus seraient en effet largement façonnés par leur *environnement* et leur *gènes*¹⁰⁴, bref par un ensemble de circonstances qu'ils n'ont jamais pu choisir. *L'idée de choix autonome serait utopique, et les disparités de santé seraient donc toujours inévitables*. Pour reprendre la terminologie de Rakowski, il serait illusoire d'essayer de distinguer chance brute et chance optionnelle. Cependant, Rakowski estime que les individus sont capables de prendre une certaine distance par rapport à leur situation, incluant leurs capacités, préférences et environnement et, à partir de là, de faire des choix – par exemple choisir de fumer ou de ne pas s'assurer contre le SIDA – en étant conscients des implications pour leur santé¹⁰⁵. Les individus varieraient surtout dans leur capacité plus ou moins grande à trouver ce contrôle de soi¹⁰⁶. L'exemple extrême qui donne à voir l'étendue du problème est celui des drogués qui, bien souvent, sont conduits par leur environnement à cette forme extrême de dépendance. A partir de là, il y a matière à discussion. Si par exemple les fumeurs se concentrent surtout dans les catégories les plus pauvres de la population, n'est-ce pas là le signe que cette pratique néfaste pour la santé est autant un phénomène social que le fruit d'un choix autonome ? *Est-il dès lors équitable qu'ils se voient chargés de primes plus élevées comme le défend Rakowski*¹⁰⁷ ?

Dans le prolongement direct de ceci, on peut encore souligner *que sa distinction entre les adultes responsables et les irresponsables n'est sans doute pas aussi nette dans la réalité humaine*. Ce n'est

¹⁰³ C'est ainsi que je comprends l'argument développé par R. aux pages 76 et 77.

¹⁰⁴ Les déficiences génétiques manifestes et même les différences de talents sont, ne l'oublions pas, compensables. Mais ceci n'empêche pas l'existence de certaines prédispositions qui influencent les comportements individuels sans qu'il soit possible de les déceler. Ceci rejoint en partie la discussion précédente sur les difficultés concrètes d'évaluation auxquelles se heurte la théorie, en particulier ici sur le plan de l'héritage génétique.

¹⁰⁵ Voir R., chap. 5.

¹⁰⁶ Voir Le Grand qui discute également de cette difficulté. Selon lui, « la plupart des spécialistes de la santé reconnaîtraient que les individus possèdent un certain degré de contrôle de leur santé, même s'ils différencieraient indubitablement quant à l'étendue de ce contrôle » ; cfr. Le Grand (1987), p. 22.

¹⁰⁷ Cette surcharge s'élèverait logiquement (sur un marché parfait) au pourcentage d'accroissement du risque résultant de l'activité nocive.

qu'au cours de la vie et à travers un ensemble d'expériences positives et négatives que les individus acquièrent *progressivement et à leur rythme propre* la capacité de faire des choix autonomes et responsables. Est-il dès lors équitable de considérer que tous les dits "adultes" sont responsables de la même manière de leur choix ? Si par exemple une jeune femme tout juste adulte légalement devient mère sans l'avoir vraiment voulu. Cet "accident" va modifier brutalement les possibilités qui lui sont ouvertes et conditionner l'ensemble de ses choix futurs dans un sens qu'elle n'aurait peut-être jamais choisi avec le recul. Et pourtant, elle devra dans l'approche de l'*equality of fortune* assumer son choix, ne fût-ce que du style de vie qui l'a conduite à être mère prématurément.

Enfin, est-il humainement possible et désirable pour quelqu'un d'assumer tous ses choix, par le seul biais d'une décision de s'assurer, comme l'implique l'approche de Rakowski ? Peut-on vraiment dire qu'un homme est capable de choisir, même avec l'aide de toutes les informations véhiculées par les institutions, l'assurance contre les risques de la vie et de son mode de vie qui lui convient le mieux ?

J'en resterai là dans cette réflexion qui veut avant tout apporter une information sur les hypothèses controversées de cette approche et sur un type important de difficultés que rencontre sa mise en oeuvre. Selon moi, ces difficultés doivent être prises en compte dans le choix de la forme des institutions destinées à mettre cette approche en oeuvre. C'est ainsi, par exemple, dans le domaine des soins de santé, qu'elles apportent un argument possible en faveur d'un système d'assurance obligatoire. Ceci me conduit à la réflexion suivante.

(2) Afin de concilier *l'autonomie* avec *l'égalité* face à la chance, Rakowski préconise un régime de *libre assurance* pour les adultes. Celui-ci doit donner à tous des *moyens égaux* pour se couvrir face aux risques de santé. L'idée est que tous doivent pouvoir s'assurer au même prix contre l'ensemble des risques de santé pour obtenir s'il y a lieu, les compensations que la justice exige, mais qu'il faut laisser la liberté à ceux qui le désirent de définir eux-mêmes les risques pour lesquels ils veulent s'assurer et l'importance des compensations.

Il me paraît cependant important de mentionner à ce stade, un ensemble d'arguments qui plaident en faveur d'un *système d'assurance obligatoire*. Sur le plan de *l'efficacité*, l'assurance obligatoire est, dans le cadre idéologique que l'on a choisi, la meilleure façon d'éliminer la sélection des risques tout en évitant le *problème de la sélection adverse*¹⁰⁸. La réflexion précédente suggère ensuite

¹⁰⁸ On trouve dans Pauly (1974) une discussion des systèmes alternatifs pour répondre au problème de la sélection adverse. Il envisage deux possibilités. Dans la première, la prime augmente avec le montant d'assurance acheté. La seconde implique une limitation des quantités offertes. Les assurances-groupe constituent une façon de procéder ainsi. Les personnes achetant une assurance-groupe reçoivent une couverture bien définie pour la prime fixée. Toute couverture supplémentaire appelle une prime différente. Pauly souligne que les implications normatives de ces options sont peu claires. Si le système permet à certains (les bons risques) d'augmenter leur bien-être, il paraît clair que d'autres (mauvais risques) en pâtiront. Un tel résultat n'est pas valable si l'on défend une conception libérale égalitaire de la justice. Il pourrait l'être pour un utilitariste, si le bien-être moyen en était augmenté. Ceci signifie que l'assurance obligatoire serait la meilleure façon d'augmenter l'efficacité du système dans le cadre idéologique que l'on défend.

un argument que l'on pourrait qualifier de *paternaliste*, qui veut que l'on protège les gens de leur imprévoyance ou d'un manque de compréhension des enjeux qui les conduirait à se sous-assurer. En effet, de nombreuses personnes ne sont pas totalement conscientes de l'ensemble des risques qu'elles courent ni des désirs qu'elles auraient de se faire soigner en cas d'accident. Dans le prolongement de ceci, l'idée "*d'abus de charité*" (la formulation est trop forte mais je la trouve parlante) me semble devoir être prise en considération. Dans nos sociétés, il est *notoire* qu'on ne laisse pas les gens en danger sans assistance. Un système d'assurance libre permet, dans un tel contexte, à des individus de ne pas contribuer au financement collectif des soins de santé, *tout en leur garantissant dans les faits l'accès aux soins*. Ces individus abuseraient de façon inique du système. On peut répliquer à cela qu'en pratique, tout le monde, s'il disposait des moyens nécessaires, s'assurera au minimum pour les soins d'urgence. Cela me paraît crédible. Mais, dans ce cas, instaurer un système d'assurance obligatoire pour les gros risques ne pose pas de problème.

J'en déduis qu'un système d'assurance obligatoire, au moins pour les gros risques (principalement les hospitalisations), est préférable à toute forme d'assurance libre. Au-delà, de ce minimum, on peut laisser les gens libres de se couvrir comme ils l'entendent¹⁰⁹. Par rapport à l'approche de Rakowski, cette option signifie qu'on introduit une restriction supplémentaire à l'exercice des *libertés individuelles*, au nom d'un système permettant de poursuivre plus efficacement l'idéal *d'égalité*. Je crois que l'approche utilisée par Rakowski pour la population irresponsable illustre qu'un tel arbitrage n'est pas à exclure dans sa propre perspective théorique. Il reconnaît d'ailleurs explicitement l'existence des arguments paternalistes évoqués tout en indiquant qu'il ne les prend pas en compte dans sa théorie¹¹⁰. De plus, la prise en compte des risques supplémentaires consciemment courus par les individus n'est pas impossible dans un système d'assurance obligatoire. On ne perd donc pas cette dimension de la responsabilisation¹¹¹.

Enfin, l'expérience tend à montrer que des dépenses plus importantes *en ambulatoire* permettent de diminuer les dépenses *en milieu hospitalier* (voir § 2.2). Cela pourrait constituer un argument en faveur d'un système d'assurance obligatoire couvrant un ensemble de risques de santé beaucoup plus large que les seuls gros risques. Mais cet argument n'est cependant pas suffisant à lui seul pour imposer une telle solution qui risque d'être irrespectueuse des libertés de

¹⁰⁹ Ce système correspond par exemple au régime des indépendants en Belgique.

¹¹⁰ Voir entre autres les notes dans R., p. 76 et R., p. 89.

¹¹¹ C'est aussi ce que suggère Le Grand (1987), p.26–27. On pourrait par exemple prélever une taxe sur les activités dangereuses de façon à pouvoir couvrir les suppléments de coût qu'elles génèrent. Il est intéressant de constater que, malgré l'importance qu'il attache à la responsabilité individuelle et à la liberté de choix, Le Grand juge *in fine* que la solution la plus équitable est un système d'assurance obligatoire. Son argument me semble de nature similaire à l'argument paternaliste que j'ai présenté. Il affirme entre autres qu'il est préférable d'exiger de tous la participation au système d'assurance parce que, dans le cas contraire, certains individus aimant le risque ne s'assurent pas. Or il estime qu'il est inéquitable de ne pas intervenir s'ils tombent malades parce que « ces individus n'ont pas choisi de supporter la totalité du *coût* associé à leur maladie mais ils ont plutôt choisi de courir le *risque* de supporter ce coût ». En effet, parmi ceux qui décident de ne pas s'assurer, seul un faible pourcentage sera malade. « S'ils tombent malades, ce sera toujours *en partie* le fruit de la malchance, et il n'est pas équitable qu'ils paient l'entièreté des frais » ; p. 26 (je souligne). Le meilleur système est dès lors un système d'assurance obligatoire.

chacun. Le choix à ce niveau dépend beaucoup — et à juste titre — de la culture du pays concerné.

(3) Ma dernière réflexion concerne la façon dont il faut ici envisager *la limite à la prise en charge des soins de santé par la solidarité*. Je commencerai par répondre à une question préalable à celle-ci, qui consiste à se demander *comment les pauvres (adultes responsables) sont pris en charge* dans le système de *libre* assurance prévu par Rakowski. Et en particulier, que se passe-t-il s'ils ne savent pas payer les primes correspondant à l'assurance santé de leur choix ?

Le système imaginé par Rakowski implique deux choses. D'une part, les pauvres ne le seront pas au point de ne pas savoir s'acheter une assurance-santé "complète", dans un sens qui reste à préciser. D'autre part, même si le coût de cette assurance est *relativement* plus élevé pour eux que pour des individus plus riches, cela ne constitue pas un motif légitime de compensation *si* les différences de richesses avant paiement de l'assurance sont légitimes. *Les pauvres* dans la société (la plus) juste (possible) telle que Rakowski la conçoit *auront droit à un ensemble de compensations* liées à la malchance brute qui explique leur sort. Plus précisément, supposons que les pauvres constituent pour l'essentiel¹¹² des chômeurs. Ceux-ci sont normalement¹¹³ assurés par le biais d'une assurance privée. Ils trouvent donc là les ressources nécessaires. De plus, si ces individus sont manifestement désavantagés du fait d'un manque de talent et de capacités réduites, ce qui peut leur fermer les portes de l'assurance privée, ils ont droit à des compensations financées par ceux à qui la chance brute a souri. Rakowski suggère qu'en pratique le système permettant au mieux de tenir compte des différences de talents est un *système d'impôt progressif sur le revenu*¹¹⁴. Je crois donc que l'un dans l'autre, quoique par un chemin radicalement différent de celui que suit Daniels, Rakowski justifie finalement ce qui revient à une *garantie de revenu minimum universel*¹¹⁵, laquelle pourrait ou non, en fonction de la société considérée, prendre la forme d'un système d'assurance sociale. Reste la question épineuse du montant de ce revenu minimum garanti. Idéalement, il doit *être assez élevé pour mettre tous les adultes sur le même pied face aux risques de santé*, puisque ces derniers constituent une forme de malchance brute. Il doit donc permettre à tout adulte désireux de le faire de contracter une assurance-santé pour tous les risques de santé inévitables.

On peut alors aborder la question de *la limite au financement collectif des soins de santé*. Cette question se pose de la même manière que dans l'approche de Daniels, elle est donc double. Il y a d'une part la question de savoir *jusqu'où doit intervenir le financement collectif* (1) ; et il y a d'autre part

¹¹² Les pauvres ne sont en effet jamais tous recensés auprès des institutions sociales.

¹¹³ Rakowski indique qu'une assurance chômage minimum serait sans doute bienvenue pour éviter les abus de charité ; (R., p. 82).

¹¹⁴ Voir R., chap. 6.

¹¹⁵ Je n'affirme pas qu'il défend l'instauration d'un revenu minimum garanti tel qu'il existe par exemple en Belgique, mais bien que l'une dans l'autre, toutes les composantes du système qu'il conçoit prises ensemble conduisent à ce chacun dispose d'un niveau minimum de revenu.

la question de savoir *comment, dans le cadre du budget ainsi défini pour la santé, choisir entre besoins concurrents si tous ne peuvent pas être satisfaits* (2). Les réponses à ces deux questions découlent chez Rakowski d'une seule procédure de choix.

(1) La question de la limite se pose entre autres du fait de l'existence de *personnes aux besoins trop importants* pour être complètement satisfaits sans épuiser l'ensemble des ressources disponibles. Il s'agit en particulier des handicapés, des malades chroniques et des personnes âgées. *Jusqu'où ces besoins doivent-ils être pris en charge par la collectivité ?* Cette question se pose aussi bien pour le régime des irresponsables intégralement pris en charge par la collectivité que pour celui des adultes responsables du choix de leur assurance. Dans le régime des adultes, Rakowski parle en effet de subsidier (sous une forme à définir) les personnes dont on sait que leurs besoins seront plus importants, afin d'éviter qu'elles ne soient éjectées du système d'assurance¹¹⁶. Il me paraît logique d'exiger que la limite que Rakowski définit pour la prise en charge des soins de santé des irresponsables soit également valable pour la subsidiation des adultes¹¹⁷.

Lorsqu'il parle des irresponsables, Rakowski affirme qu'il faut prendre en charge leurs besoins dans *la mesure la plus large possible*, au-delà même de ce qu'exigerait l'assurance hypothétique. Il définit la limite à cette prise en charge en disant qu'il ne faut pas poursuivre l'égalité en prenant à ceux à qui la chance brute a souri si, ce faisant, on n'améliore pas la situation de ceux que la chance a défavorisés. Il ajoute une condition encore plus stricte : « *si les bénéfices marginaux des victimes de malchances sont faibles en comparaison de ceux que les contributeurs devraient abandonner et si la charge des contributeurs est déjà élevée, alors un tel sacrifice ne peut être exigé* » (R., p. 100).

On peut y voir, sous une forme un peu différente, le réalisme économique qui caractérise le libéralisme égalitaire et auquel Daniels aussi fait référence. Tâchons de préciser la nature de cette limite.

On peut exprimer cette limite sous la forme d'un critère de *maximin*¹¹⁸ (dans sa version *leximin*), tel que les redistributions (aux victimes de la malchance brute) doivent se poursuivre tant qu'elles contribuent à améliorer le sort des plus défavorisés. Il s'agit donc à nouveau de la nécessaire prise en compte de l'impact des redistributions sur la production. Mais au-delà de cette limite, la formule de Rakowski semble impliquer un *calcul coût-bénéfice* de type utilitariste pour définir les traitements exigeant des sacrifices trop importants de la collectivité. Si c'est le cas, on peut se demander comment appliquer ce calcul, et en particulier comment évaluer les

¹¹⁶ Il faut toutefois rappeler que le coût des *risques supplémentaires* entraînés par des comportements librement choisis en connaissance de cause ne sont pas pris en charge. Il s'agit par exemple des primes plus élevées pour les fumeurs.

¹¹⁷ Cette limite reste d'application dans le cas où le régime des adultes est un système d'assurance obligatoire, ce qui, comme je l'ai indiqué plus haut, constitue à mon sens la meilleure option, même dans le cadre de l'*equality of fortune*.

¹¹⁸ Je rappelle que j'ai soulevé au § 2.2 certaines réserves à l'égard de ce critère, dont j'ai aussi indiqué le caractère relatif ; voir note 63.

bénéfices. Enfin, on peut aussi se demander s'il ne s'agit pas de limiter le budget attribué aux soins de santé pour tenir compte des autres facteurs dont l'impact sur la santé est important.

(2) La seconde question qui est étroitement liée à la première consiste à se demander *selon quel critère choisir entre différents besoins qui exigent compensation* si le budget limité ne permet pas de les satisfaire tous. Rakowski n'apporte pas de réponse explicite à cette question. Il suggère néanmoins, en y faisant référence lorsqu'il traite du sort des irresponsables, une *approche en terme d'assurance hypothétique*¹¹⁹ : il s'agit de définir les soins à couvrir en se plaçant dans l'optique d'un *choix individuel sous voile d'ignorance*. On peut de plus se demander dans quelle mesure le critère de coût-bénéfice qu'il semble envisager pour déterminer la limite aux compensations ne constitue pas aussi un critère de choix entre les besoins.

La dynamique de création de nouveaux besoins au travers des innovations technologiques renforce la prégnance de ces questions. Un certain nombre de gestes techniques, comme les greffes d'organes, vitaux pour ceux qui en bénéficient, sont rares et très coûteux. On peut se demander s'il est possible et souhaitable d'en exiger l'accès pour tous par le biais du financement collectif. Dans un système d'assurance concurrentiel, les primes à payer pour couvrir ce type d'opération seront très élevées. Faut-il admettre que seuls certains individus capables de payer ces primes y aient accès ? Ou faut-il subsidier les individus qui désireraient se couvrir mais n'en ont pas les moyens ? On peut également se demander si ces soins seront d'office garantis aux irresponsables. La réponse à cette dernière question doit de nouveau être issue du choix rationnel sous voile d'ignorance qu'implique l'approche de l'assurance hypothétique. La réponse ainsi obtenue s'adresse indirectement aussi à la question des subsides.

Enfin, la question se pose à nouveau, dans la mesure où il est impossible à la collectivité de prendre en charge le financement de ces soins, de savoir s'il faut en autoriser l'accès à certains individus plus fortunés par le biais *d'assurances complémentaires*. La réponse est clairement positive. L'approche de Rakowski est centrée sur la liberté de choix individuelle et le régime préconisé pour les adultes est celui de la *libre assurance*. Dans la mesure où les inégalités qui résultent de risques volontairement courus sont équitables, il est aussi possible que des individus disposent légitimement de moyens pour accéder à des soins qu'il est impossible de garantir à tous¹²⁰.

Remarque : de par l'accent mis sur la liberté de choix des individus, l'approche de Rakowski part du même point que l'approche économique, à savoir le *marché concurrentiel* comme système idéal de distribution. L'économie normative repose sur un théorème d'optimalité de l'équilibre

¹¹⁹ Je rappelle que, si Rakowski s'écarte *en principe* de cette approche en faveur d'une approche plus égalitaire, il affirme cependant *qu'en pratique* les deux approches conduisent vraisemblablement au même résultat lorsqu'il faut tenir compte de la rareté des ressources. Ceci est important parce que l'approche de l'assurance hypothétique offre une façon intéressante d'envisager *simultanément* la question du choix entre besoins concurrents et celle du montant des compensations pour les besoins à prendre en compte.

¹²⁰ Je rappelle cependant qu'un argument communautarien évoqué au § 2.2, *pourrait* justifier que l'on restreigne cette liberté de choix, si cela s'avère important pour entretenir les conditions nécessaires à la poursuite de l'idéal d'égalité des chances. Cet argument me semble cependant bien peu compatible avec l'approche développée ici.

concurrentiel. Celui-ci apporte le message essentiel que, sous un ensemble de conditions, le marché conduit toujours à un optimum et que l'on peut choisir l'optimum qui correspond à notre conception de la justice en aménageant la distribution initiale des ressources. Rakowski affirme que la justice exige que chacun reçoive une dotation initiale égale et, à partir de là, qu'un système de marché permette aux préférences de s'exprimer. Il s'agit d'une idéalisation mais elle sert de référence pour évaluer les inégalités qui existent et se perpétuent dans la réalité. On peut dès lors observer un certain parallélisme entre la démarche de Rakowski qui consiste, dans le cadre idéalisé du marché, à prendre des mesures pour préserver l'égalité des chances en neutralisant toutes les *inégalités* qui ne résultent pas d'un choix rationnel explicite et la démarche des économistes qui, partant du même idéal de marché, cherchent les mesures permettant de corriger les *inefficacités* liées à la nature du bien soins de santé. Les deux démarches paraissent donc complémentaires.

3.4 Conclusions

Il est temps de faire le point sur *le système de financement des soins de santé* qu'implique l'*equality of fortune*. La justice selon Rakowski implique de combiner deux principes :

- *l'égalité des chances brutes* qui implique que toutes les inégalités résultant de malchances brutes – c'est-à-dire non associées à des choix individuels rationnels – sous la forme de maladies et infirmités doivent être compensées dans la plus large mesure possible ;
- *le respect de l'autonomie* qui implique aussi *la responsabilité* des individus face aux conséquences de la chance optionnelle. Rakowski défend un système qui permet autant que possible aux individus de choisir les risques qu'ils veulent courir.

Dans cet esprit, il fait la *distinction entre les adultes normaux* capables de faire de tels choix responsables *et les irresponsables*, enfants et malades mentaux, qui en sont incapables.

Pour les premiers, Rakowski préconise *un système d'assurance-santé libre*. Il le soumet toutefois à l'exigence que *tout individu doit pouvoir s'assurer pour une couverture complète à un prix identique*. Ceci implique la garantie à tous des moyens financiers nécessaires pour participer au système. Cela implique aussi d'éviter que *la sélection des risques* ne conduise à pénaliser ceux qui présentent un risque élevé de maladie en raison d'un passé ou d'un patrimoine génétique qu'ils n'ont pas choisi. Par contre il est tout à fait légitime que les assureurs fixent des *primes plus élevées* pour les individus qui courent *volontairement des risques anormaux*. C'est une restriction importante à l'égalité des primes. Pour le reste, *la forme* que doit prendre le système est avant tout une question *empirique*, portant essentiellement sur l'efficacité comparée de différents systèmes et leur acceptabilité politique. Je rappelle cependant qu'un certain nombre d'arguments *importants* plaident pour un système d'assurance *obligatoire*, au moins pour les gros risques (voir plus haut).

Quel serait ici le critère d'équité dans l'accès aux soins ? Je propose de le formuler en ces termes : *la distribution des soins de santé est équitable lorsqu'elle résulte de choix individuels faits sous des contraintes égales*¹²¹. Autrement dit, les inégalités dans l'accès aux soins et dans la santé elle-même sont équitables si elles résultent de choix parfaitement informés d'individus autonomes faisant face au même ensemble de possibilité. On pourrait encore parler d'un critère *d'égalité dans la possibilité de s'assurer*. Concrètement, ce système de choix prend la forme du système d'assurance présenté plus haut.

Pour les *irresponsables*, Rakowski défend la *couverture la plus complète possible*. Il rattache sa proposition à l'approche de *l'assurance hypothétique*, qui veut que les irresponsables bénéficient de la couverture pour laquelle ils s'assureraient s'ils en étaient capables moralement et financièrement. Mais il refuse *en théorie* de limiter les redistributions aux montants évalués sur cette base probabiliste, préférant défendre des redistributions aussi longtemps que la *contribution à plus d'égalité* (ici en termes de capacités) est significative et que son *coût* n'est pas excessif. En s'écartant ainsi de l'assurance hypothétique, Rakowski tend vers une approche plus égalitaire. Cependant il précise *qu'en pratique*, dans un contexte de rareté des ressources, son approche conduit aux mêmes exigences que celles de l'assurance hypothétique. On peut donc finalement en déduire que le régime des irresponsables doit être défini dans cette optique. Je rappelle que le groupe des irresponsables comprend *les mineurs et les malades mentaux*. De plus, les *handicapés physiques de naissance* continuent à bénéficier, une fois adultes, de l'aide à laquelle ils avaient droit étant enfants.

On pourrait être tenté de définir ici l'équité dans l'accès aux soins par un critère d'égal accès en fonction des besoins. Il est en effet impossible concrètement d'arriver à définir pour chaque individu l'assurance (hypothétique) qu'il aurait contractée s'il en avait été capable. Le système implique donc une prise en charge uniforme des besoins de tous les irresponsables. Cependant une telle définition reflète mal la nature de l'approche qui ne repose pas sur une *définition exogène des besoins*, par exemple en terme d'écart par rapport au fonctionnement normal qu'il faudrait réduire au maximum, mais bien sur la définition d'une "couverture idéale" résultant d'un *choix rationnel hypothétique*. Ce choix détermine dans un même calcul la part allouée aux soins de santé par rapport à d'autres biens, les soins pris en charge et l'ampleur de cette intervention, en tenant compte de l'impact des redistributions sur la production¹²². Un critère de coût-bénéfice sera vraisemblablement central dans cette approche. L'équité dans l'accès aux soins est donc ici à définir comme l'égalité dans l'accès aux soins déterminés par ce choix hypothétique.

¹²¹ Le critère d'équité ainsi formulé est rigoureusement identique au critère proposé par Le Grand (1987), p. 21. Il est tout à fait intéressant de voir que Le Grand, qui s'occupe de chercher le critère d'équité le plus acceptable aujourd'hui et qui rejette les critères populaires d'accès en fonction des besoins ou d'accès strictement égal au nom de l'importance des notions de mérite et de choix autonome, arrive au critère correspondant sans doute le mieux à l'idéal de Rakowski.

¹²² Ceci renvoie au critère du maximin qui détermine les ressources disponibles.

Enfin je propose d'envisager une version particulière de ce système qui, prenant acte des arguments présentés plus haut, fusionnerait les deux régimes pour imposer à tous les individus une assurance dont la couverture serait celle du choix hypothétique. La seule liberté réelle de choix résiderait dans la possibilité d'acheter des assurances complémentaires¹²³.

4. Comparaison Daniels — Rakowski

Cette comparaison doit permettre de faire le point sur les deux théories présentées en soulignant ce qui les rapproche et ce qui les sépare. Mon point de départ est l'inscription de ces deux théories dans le cadre libéral égalitaire¹²⁴.

Ceci se traduit fondamentalement par leur souci de *défendre l'égalité tout en respectant la liberté individuelle*. Elles travaillent dès lors toutes les deux en termes d'égalité des *chances* plutôt qu'en termes d'égalité des *résultats*. Daniels situe l'importance des soins de santé dans leur impact sur l'ensemble équitable (dimension égalitaire) des plans de vie parmi lesquels tout homme devrait pouvoir choisir (dimension de liberté). Il s'inscrit manifestement dans le cadre rawlsien de l'égalité des chances. Rakowski est plus explicite quant à la place à donner à la liberté individuelle et à la responsabilité qui y est attachée. Idéalement tout homme a droit à un même ensemble de ressources matérielles et humaines. Mais par rapport à cet idéal d'égalité, Rakowski ouvre un espace de liberté en disant que certaines inégalités sont acceptables : celles qui sont méritées, soit parce qu'elles résultent d'efforts individuels, soit parce qu'elles résultent de fortunes diverses dans des situations librement choisies¹²⁵.

Ces deux approches se distinguent avantageusement du *libertarisme* par l'importance qu'elles accordent à l'égalité qui porte sur la situation concrète des individus et à la solidarité que cette égalité implique. Plutôt que de poursuivre l'égalité des résultats, *elles optent pour l'égalité des chances*, parce qu'il s'agit de rendre les gens *libres et responsables*. Elles se démarquent ainsi des approches

¹²³ Sauf restriction de cette liberté au nom de l'argument communautarien présenté au § 2.2. Je précise aussi qu'il s'agit ici de la liberté par rapport aux soins accessibles. La liberté de choix peut aussi exister, même dans un système obligatoire, au niveau du choix de l'assureur et du prestataire.

¹²⁴ En disant cela, il s'agit de souligner l'importance des points communs et de leur fondement, plus que de définir une appartenance stricte à une catégorie précise de théories. Il s'agit aussi d'opposer ces deux théories à l'alternative libertarienne ou utilitariste.

¹²⁵ Un éclaircissement peut être nécessaire (pour rappel). L'approche de Rakowski poursuit en fait l'égalité des "fortunes", c'est-à-dire qu'idéalement tout le monde doit être égal devant la chance. Ceci signifie qu'il faut corriger au mieux les inégalités qui découlent des inévitables "coups du sort" dans toute vie. Cependant, Rakowski définit ces inégalités comme des écarts par rapport à une situation idéale où chacun dispose d'un ensemble d'égale valeur, de ressources humaines et matérielles, c'est-à-dire finalement des mêmes chances pour aborder la vie. Il me paraît donc justifié de parler d'une approche poursuivant l'égalité des chances, au même titre que pour l'approche de Daniels. Par contre, la façon d'envisager la poursuite de cette idéal est différente parce que Rakowski, contrairement à Daniels, veut explicitement prendre en compte la responsabilité individuelle dans la genèse des inégalités.

qui se concentrent sur la distribution des utilités (bien-être). Enfin, en se concentrant sur l'individu et les moyens dont il dispose, elles évitent l'instrumentalisation de la vie humaine qui caractérise l'utilitarisme (voir § 1.3 pour ces distinctions fondamentales).

A partir de ce cadre commun, Daniels et Rakowski adoptent des approches très différentes. Je rappellerai brièvement leurs traits essentiels avant de les comparer.

Daniels développe une théorie adressée spécifiquement au domaine des soins de santé. Il vise fondamentalement à déterminer l'importance morale des soins de santé pour définir les exigences de la justice dans leur distribution. Il construit ainsi une *théorie des besoins de santé* qu'il définit en termes d'écart par rapport à une norme de santé, exprimée par le concept de *fonctionnement normal*. Il justifie ensuite l'importance morale des besoins de santé en rattachant le fonctionnement normal à un principe d'égalité des chances. Plus précisément, il fait le lien entre le fonctionnement normal de tout individu et l'ensemble des plans de vie auquel il peut accéder. *Tout homme aurait droit à une part équitable dans l'éventail des plans de vie normal pour la société considérée.* Telle est l'expression que Daniels donne à l'égalité des chances. Les *soins de santé* sont dès lors donc fondamentaux parce qu'ils contribuent à l'égalité des chances en *réduisant les écarts par rapport au fonctionnement normal de chacun*. Ils sont *prioritaires* sur la plupart des autres biens dont la jouissance en dépend. C'est ce que traduit la priorité du principe d'égalité des chances sur le principe de différence, énoncée par Rawls et endossée par Daniels. La justice exige donc que *l'on garantisse à tous un accès égal aux soins afin de maintenir ou de rétablir (en tout ou en partie) l'ensemble normal des chances* auquel ils ont droit et que la maladie ou l'invalidité restreindrait. Cette approche offre une justification plausible au critère *d'accès en fonction des besoins* avec l'avantage de *définir les besoins à prendre en compte*.

Rakowski construit sa théorie à partir du principe de départ selon lequel tout homme doit commencer sa vie avec une *part égale des ressources*, comprises au sens large de ressources matérielles et humaines. Tel est l'idéal de référence. A partir de là, des inégalités sont inévitables qui résultent de la chance plus ou moins grande qui accompagne chaque individu au cours de sa vie. Cependant les choix que chacun fait tout au long de sa vie expliquent aussi en partie ces inégalités. Afin de concilier égalité et autonomie, Rakowski fait alors une *distinction fondamentale entre la malchance brute et la malchance optionnelle*. *La justice exige que l'on réduise au maximum les inégalités qui résultent de la malchance brute*. Les problèmes de santé constituent le cas le plus évident de malchance brute et leurs implications sont importantes pour la possibilité de mener une existence autonome et heureuse. Ils conduisent donc à des inégalités *inévitables* à réduire au maximum. Il s'agit cependant, lorsque c'est possible, de laisser les individus libres de choisir les risques qu'ils courent. Rakowski propose dès lors un *système d'assurance libre* pour les *adultes* capables de faire des choix *responsables*, afin qu'ils décident librement des risques de santé qu'ils veulent courir. Ce qui signifie à la fois la possibilité de ne pas s'acheter une couverture très étendue et l'obligation de

payer des primes plus élevées s'ils décident de courir des risques évitables¹²⁶. Ce système peut donc conduire à des *inégalités équitables dans l'accès aux soins*. Les *irresponsables* se voient quant à eux garantir l'accès à l'ensemble des soins pour lesquels ils se seraient assurés s'ils en avaient été capables. Rakowski se réfère ici à l'approche de l'assurance hypothétique. Les handicapés et autres malades congénitaux sont par là immédiatement pris en compte.

Comparaisons

La première conclusion, sur laquelle les deux approches me semblent s'accorder, réside dans *la nécessité de développer un système de solidarité en matière de santé*. Le marché des assurances laisse en effet un ensemble d'individus dans le besoin. Il s'agit des *non-assurables* – handicapés et malades chroniques – et plus largement tous ceux qui présentent un risque élevé de maladie de sorte qu'ils font face à des primes qu'ils ne peuvent pas payer. Dans le prolongement de ceci, il convient d'ajouter les personnes trop pauvres pour accéder au système. Daniels comme Rakowski affirment que *la justice exige la prise en charge de ces individus par la solidarité*. Daniels arrive à cette conclusion en défendant l'égalité des chances à laquelle les soins de santé contribuent directement. Rakowski y arrive en se basant sur le fait que les hommes ne sont généralement pas responsables de leurs ennuis de santé. Il convient donc de les garder égaux face aux aléas de la chance. Toutefois, il défend un système souple permettant aux individus de choisir l'importance de leur participation au système d'assurance, c'est-à-dire l'ampleur de la couverture qu'ils veulent acheter, et faisant payer le prix de leur choix à ceux qui courent volontairement des risques particuliers. Cette nuance en faveur de la liberté individuelle ne réduit cependant la solidarité du système *que* dans la mesure où certains choisissent de ne pas en bénéficier. En pratique cette nuance est encore affaiblie par l'ensemble des arguments qui plaident en faveur d'un système d'assurance *obligatoire*, ne fût-ce que pour les gros risques. Voyons tout ceci plus en détails en soulignant les points de rencontre et les différences.

Sur le plan du **système de financement**, les deux approches sont en principe différentes. Daniels ne parle pas explicitement de la forme du système de financement. Il défend un système permettant de garantir un accès universel en fonction des besoins à l'ensemble le plus étendu possible de soins. Et il n'envisage pas la possibilité que des soins soient refusés à des individus ayant choisi de ne pas s'assurer. Ceci traduit selon moi un biais en faveur d'un système *d'assurance obligatoire*. Rakowski, lui, désire laisser autant que possible la possibilité à chacun de choisir "son assurance-santé". Il privilégie donc pour les *adultes* capables de faire des choix responsables un système *d'assurance libre* et de préférence *concurrentiel*. Ceci le force à considérer tous les problèmes de justice (et d'efficacité) auxquels se heurte un tel système. Il y répond en formulant les

¹²⁶ Je rappelle que certains mettent en doute l'idée de choix autonome. Selon eux, toute discrimination, même au nom du respect des choix individuels, est inéquitable.

exigences que doit rencontrer tout système équitable : essentiellement *non-sélection des risques* inévitables et *possibilité financière d'accès pour tous*. Les *irresponsables* sont par contre assurés d'office pour l'ensemble des soins que choisirait un individu rationnel dans l'optique de *l'assurance hypothétique*. Les arguments en faveur de l'assurance obligatoire pour les gros risques sont importants, de sorte qu'il est nécessaire d'envisager une variante au système pur préconisé par Rakowski. Cette variante inclut une *assurance obligatoire pour les gros risques*¹²⁷ dans le régime des adultes. Aller plus loin n'est par contre *pas souhaitable* dans l'optique de Rakowski.

On peut comparer les deux systèmes en disant que Daniels garantit *l'égalité d'accès aux soins de santé en fonction des besoins* tandis que Rakowski garantit plutôt *l'égalité dans la possibilité de s'assurer*. Dans ce dernier cas, des inégalités importantes dans l'accès aux soins par rapport aux besoins peuvent être légitimes. Les irresponsables bénéficient eux d'office de l'ensemble des soins que couvre l'assurance hypothétique. Leur régime implique donc l'égalité d'accès à l'ensemble de ces soins.

Pour ce qui est du **type de soins** à prendre en compte, des différences substantielles peuvent apparaître entre les deux approches. Daniels donne une définition des *besoins* de santé par rapport auxquels sont définis les soins à garantir à tous. Il s'agit de tous les *soins qui ont un impact sur le fonctionnement des individus et par là sur les chances ouvertes à chacun*. Il définit quatre catégories de soins qui répondent à ce critère : les soins préventifs, les soins curatifs, les soins d'accompagnement aux malades chroniques et aux personnes âgées et enfin les soins aux handicapés et aux malades irrécupérables¹²⁸. Sont donc exclus de la couverture les soins qui ne répondent pas à des besoins de santé. Il s'agit entre autres des soins esthétiques, des avortements, etc. Rakowski adopte jusqu'à un point une vision similaire au sens où il définit la malchance en matière de santé par ses implications sur les possibilités de chacun de vivre comme il l'entend. Il précise lorsqu'il discute des compensations à apporter aux moins talentueux que les lacunes sans effet sur la capacité à gagner sa vie ne doivent pas entrer en ligne de compte¹²⁹. Ceci impliquerait entre autres l'exclusion des soins esthétiques. Il exclut également les maux mineurs partagés par l'ensemble de la population qu'on ne peut attribuer sans ambiguïté à la malchance brute. Les besoins de santé tels que les comprend Daniels donneraient donc également droit à des compensations chez Rakowski. Cependant, dans l'approche de ce dernier,

¹²⁷ Il convient encore de préciser la nature des risques en question. On pourrait par exemple se baser sur les soins recevant la priorité dans l'assurance hypothétique.

¹²⁸ Dans le cas de ces derniers, il s'agit des soins palliatifs. Seuls ceux-ci contribuent à améliorer le sort de ces malades. Les soins "curatifs sans effet" (une appellation contradictoire) ne sont justifiés ni par Daniels ni par Rakowski.

¹²⁹ Cfr. R., p. 139. Il justifie cette restriction en disant que les différences de ce type entre les individus sont susceptibles d'être faibles et de ne pas conduire à des plaintes importantes. De plus, les effets sur la qualité de la vie de quelqu'un — évaluée par exemple aux amitiés qu'il peut avoir — dépendent probablement plus de ses choix que de ses lacunes personnelles. On peut toutefois se demander si cette restriction est bienvenue. L'observation des choix réels faits par les adultes responsables devrait indiquer si oui ou non de tels soins doivent être inclus dans l'assurance hypothétique.

les soins qui seront *effectivement* pris en charge ne dépendent pas directement des besoins mais bien des *choix individuels*, soit *réels* pour les adultes, soit *hypothétiques* pour les irresponsables.

Il est vraisemblable que les soins inclus dans l'assurance hypothétique des irresponsables correspondent largement à ceux de l'assurance proposée par Daniels. Les soins qui répondent à des besoins de santé importants sont le plus souvent aussi des soins qui seraient choisis par un individu rationnel placé sous voile d'ignorance. Par contre, il n'est pas impossible que certains adultes contractent des assurances très différentes de ce que recommande Daniels.

Il reste sur ce sujet un point à éclaircir. Les *soins préventifs* occupent chez Daniels une place essentielle. Ainsi les soins prénataux permettent parfois d'éviter des déficiences dont les conséquences portent sur une vie entière. D'autres préventions permettent d'éviter des maladies (cancers, troubles cardio-vasculaires) dont les conséquences sont souvent mortelles et les traitements très coûteux. Rakowski qui se préoccupe de corriger les inégalités qu'engendre la malchance n'envisage pas explicitement ces soins. La prévention n'est pas en soi affaire d'assurance. Elle pourrait cependant l'être. Dans la mesure où certains soins préventifs permettent d'éviter des dépenses considérables en soins curatifs (voir § 2.2), il me semble justifié de les inclure dans l'assurance garantie aux irresponsables (et donc accessible aux adultes). Il s'agit alors d'un argument de type instrumental consistant à justifier la prise en charge de soins ne devant *a priori* pas l'être parce que, ce faisant, on augmente les ressources disponibles pour financer d'autres soins inclus dans l'assurance hypothétique. Du reste, il est aussi dans l'intérêt des assureurs de promouvoir la prévention là où les bénéfices probables en termes de dépenses évitées dépassent largement les coûts.

Le dernier point sur lequel une comparaison s'impose est la façon dont ils définissent **la limite à la prise en charge des soins de santé par la solidarité**. Chez Daniels, la question se pose parce qu'il justifie la prise en charge de l'ensemble des soins qui contribuent à ramener les chances de chacun vers la normale. Il donne à cet objectif la forme plus précise de fonctionnement *normal* à préserver ou rétablir au maximum. Le problème est que *les besoins de certaines catégories de personnes — les handicapés, les malades chroniques, les personnes âgées ou encore les malades graves —* sont tels que l'on pourrait utiliser l'entièreté des ressources sans arriver à les satisfaire totalement. De plus, j'ai souligné que *les progrès* permanents de la médecine font sans cesse reculer l'impossible et augmentent de ce fait les besoins susceptibles d'être financés par la collectivité. Dans ce contexte, Daniels conclut à l'existence nécessaire d'une limite. Il reconnaît dans la lignée de Rawls que les redistributions nécessaires à l'objectif d'égalité des chances sont limitées par leur impact sur les possibilités de production. Cette limite a pour nom le *maximin* : *on ne redistribuera plus à partir du moment où l'impact négatif sur la production touche ceux-là même que l'on veut aider*. Ce réalisme économique définit en réalité l'ensemble des ressources disponibles pour les redistributions. Daniels parle alors d'un choix à faire dans l'usage de ces ressources entre la part allouée aux soins de santé et celle allouée aux autres biens, en tenant compte de la priorité à accorder aux soins de santé et de façon plus générale aux biens qui contribuent à l'égalité des

chances (e.a. l'éducation). Ce choix doit se baser sur des *études empiriques* destinées à évaluer les effets de différentes allocations des ressources sur la répartition des chances. Rakowski, dont la théorie doit faire face au même problème, reconnaît aussi la nécessité d'un certain réalisme économique¹³⁰. Celui-ci peut de nouveau se traduire par la contrainte du *maximin* sur les ressources disponibles. Rakowski semble de plus faire référence à un *minimum d'efficacité-coût* auquel doivent satisfaire les traitements pris en charge. Il affirme en effet que les redistributions doivent cesser à partir du moment où les gains qu'en retirent les bénéficiaires sont faibles alors que le sacrifice des autres est déjà élevé.

Dans ce contexte, la question se pose de savoir **comment choisir entre les besoins (les soins)** lorsque tous ne peuvent pas être pris en charge. Daniels n'apporte qu'une réponse imparfaite à cette question. Il s'agirait de satisfaire en priorité les besoins les plus importants, c'est-à-dire correspondant aux écarts les plus grands par rapport à la norme de santé. Mais j'ai indiqué au § 2.2 les limites d'un *critère d'intensité des besoins* pour guider les choix. Chez Rakowski, la procédure du *choix rationnel sous voile d'ignorance* destinée à définir l'assurance hypothétique des irresponsables doit aussi permettre de définir les soins prioritaires. Ce choix implique automatiquement la prise en compte de la rareté des ressources et repose donc, au moins en partie, sur une forme de *calcul coût-bénéfice*.

Qu'en conclure ?

Daniels et Rakowski font tous les deux référence à un idéal d'égalité par rapport aux ennuis de santé. Et si les approches sont différentes, il me semble que ce qui compte comme besoin de santé à prendre en charge chez Daniels correspond largement à des inégalités donnant idéalement droit à des compensations chez Rakowski. Cependant, dès lors que Rakowski introduit également l'idéal d'autonomie, des écarts par rapport à l'idéal d'égalité deviennent possibles et les deux approches s'éloignent l'une de l'autre.

La théorie de Daniels se limite essentiellement à définir les besoins de santé et à montrer que la justice exige leur satisfaction. Mais, dans un contexte de rareté des ressources, des écarts par rapport à cette exigence sont inévitables, de sorte que des critères de choix entre les besoins sont nécessaires. La notion d'écart plus ou moins important par rapport à la norme de santé n'apporte pas un critère suffisant. Il s'agit là d'une faiblesse de cette théorie.

¹³⁰ Il est important de constater que les deux auteurs, en reconnaissant la nécessité du réalisme économique, justifient donc une limite aux redistributions destinées à promouvoir l'égalité des chances (ou des ressources). Dans ce contexte, les mesures destinées à augmenter l'efficacité sont alors pleinement justifiées parce qu'elles permettent d'augmenter l'égalité dans les limites imposées par le maximin (cfr § 1.3).

De plus, en définissant de façon exogène et restrictive les besoins à prendre en compte, l'approche de Daniels risque de ne pas saisir une dimension subjective mais importante dans la demande de soins de santé.

L'approche de Rakowski est susceptible de dépasser ces difficultés en raison de la place effective accordée à l'autonomie. En définissant l'assurance à laquelle chacun accède ou, du moins, peut accéder, comme le choix d'un individu rationnel sous voile d'ignorance, elle implique automatiquement de prendre en compte la rareté des ressources et permet également de ne pas s'enfermer dans une conception strictement mécanique des soins de santé.

Un tel système de choix inclut vraisemblablement une forme d'évaluation coût-bénéfice des soins qui nous rapproche du raisonnement utilitariste. L'objectif est cependant fondamentalement différent de celui de l'utilitarisme – il ne s'agit pas de maximiser la somme des utilités individuelles – de sorte que la nature du calcul l'est aussi.

La difficulté essentielle de cette approche réside, à mon sens, dans l'étendue des exigences que l'on soumet au choix rationnel. L'individu est-il capable de choisir tout ce qu'on lui demande de choisir (réellement ou idéalement) ? Et en a-t-il le désir ? De même la définition concrète de l'assurance hypothétique me paraît exiger une évaluation autrement plus complexe que ce qu'implique la définition d'une assurance chez Daniels.

Enfin, tout choix rationnel en matière de santé accorde logiquement une place centrale à la dimension du besoin. La théorie de Daniels qui apporte et justifie un concept de besoins de santé est à ce titre intéressante. Elle offre un point de repère utile pour évaluer concrètement les implications de divers systèmes de financement et ce, même si l'on adopte l'approche du choix rationnel sous voile d'ignorance¹³¹.

Je crois donc que ces deux approches méritent d'être considérées. Toutes les deux intègrent une dimension de solidarité à mes yeux essentielle et constituent des options indiscutablement supérieures à l'utilitarisme et au libertarisme. Celle de **Daniels** a l'avantage de la simplicité mais elle est partielle : elle se concentre entièrement sur une dimension des soins de santé – celle des besoins – et ne permet pas suffisamment de répondre aux questions que pose la rareté des ressources. Celle de **Rakowski** est plus complète et par là même plus complexe. En mettant l'accent sur une procédure de choix, elle est ouverte aux multiples aspects de l'intérêt que portent les individus aux soins de santé et inclut la nécessaire prise en compte des coûts dans un contexte de rareté.

¹³¹ Si, dans une optique de choix rationnel, on applique un calcul coût-bénéfice pour choisir les soins prioritaires et que cela conduit à des *écarts importants par rapport aux besoins de certains*, on pourrait par exemple en déduire que le critère de choix n'est pas idéal, non seulement par rapport à l'objectif de justice défini par Daniels mais aussi en référence à l'idéal de Rakowski qui aurait motivé le choix du critère. Il faudrait alors parfois s'écarter de ce critère pour des raisons paternalistes.

Conclusion générale

Au terme de cette étude, on dispose, avec les deux approches développées, d'un cadre théorique pertinent pour aborder les questions que soulève le financement équitable des soins de santé. Ce cadre doit permettre, en particulier, d'entrer dans une problématique de plus en plus présente dans les débats, à savoir celle du *rationnement*. Je l'ai introduite en montrant comment tant Daniels que Rakowski reconnaissent la nécessité d'une limite à la prise en charge des soins de santé par la solidarité dans un contexte de rareté des ressources. La question du rationnement est donc celle de *la gestion la plus équitable possible de cette limite. Quels traitements privilégier ? Sur quelle base ?*

Au coeur de cette problématique, il y a, entre autres, la question de savoir quel rôle doit jouer le calcul coût-bénéfice dans le processus de choix. Il s'agit en effet du critère que l'approche économique, préoccupée par la maximisation du bien-être social, tend à privilégier. Mais la mise en oeuvre d'un rationnement basé *uniquement* sur l'évaluation du coût et bénéfice des différents traitements existants, *dans une optique utilitariste de maximisation du bien-être collectif*, conduit inévitablement à une discrimination à l'encontre des catégories les plus faibles de la population : les handicapés, les malades chroniques, les incurables et les personnes âgées (voir § 1.1). Une telle discrimination est intolérable aussi bien du point de vue de l'approche de Daniels que de celle de Rakowski. Pour la première, cette discrimination constitue un écart inadmissible par rapport au principe d'égalité d'accès en fonction des besoins ; pour la seconde, il s'agit d'un écart tout aussi malvenu par rapport au principe d'égalité face à la malchance brute.

Cependant, j'ai souligné les limites d'une approche exclusivement centrée sur les besoins dans un contexte de rareté (voir § 2.2). Il y a d'une part le fait que certains besoins prioritaires sont potentiellement infinis, d'où une limite à envisager si l'on ne veut pas consacrer toutes les ressources disponibles pour la solidarité à ces seuls besoins. Est-il possible de négliger complètement la dimension de coût ? Il y a d'autre part un problème de comparabilité : que faire si l'on doit choisir entre deux traitements, l'un répondant à des besoins très importants mais avec un bénéfice très limité, l'autre s'adressant à des besoins relativement moins importants mais avec un bénéfice considérable ?

Ces limites appellent une réponse. Elles suggèrent la nécessité de ne pas s'en tenir aux seuls besoins, pour prendre également en compte les éléments de coûts et de bénéfices. L'approche de Rakowski apporte une telle réponse. Il s'agit de définir l'assurance qui correspond le mieux au choix rationnel sous voile d'ignorance, et ce choix implique précisément un arbitrage entre les dimensions de besoins, de bénéfice et de coût. Le calcul coût-bénéfice trouve donc ici une justification. Mais, je l'ai déjà souligné, la procédure de choix envisagée est fondamentalement différente de l'usage utilitariste de l'analyse coût-bénéfice qui ne se préoccupe des besoins de chacun que par rapport à une finalité de maximisation du bien-être collectif.

Cette approche se heurte toutefois, outre la difficulté pratique déjà mentionnée d'un tel type de choix, à une question très problématique¹³² : dans ce processus de choix *démocratique*, quelles seront les préférences à prendre en compte ? En particulier, quelles préférences attribuer aux irresponsables ? Et quel poids leur donner ? Comment, également, mettre ensemble les choix individuels pour l'élaboration du système d'assurance (dans la mesure où il est impossible d'avoir autant de contrats d'assurance qu'il y a de préférences différentes) ?

Ces questions sont vastes et difficiles. Y répondre est essentiel pour traiter d'une manière défendable la problématique du rationnement. Mais pareille tâche dépasse l'ambition du présent texte¹³³.

¹³² Cfr. Rakowski (1994), pp. 35–36.

¹³³ Je suggère, comme point d'entrée dans cette problématique, la série d'articles très stimulante du *Hasting Center* (1994), intitulée « Meeting the Challenges of Justice & Rationing », dans laquelle interviennent entre autres Daniels et Rakowski. Je me réfère aussi à Gilain (1995), chap. 5, qui s'inscrit dans la suite logique du présent texte et approfondit la question du rationnement à partir d'une évaluation du plan de rationnement mis en oeuvre dans l'état américain d'Oregon. Ce plan, qui repose sur une hiérarchisation des soins de santé en fonction d'un critère de bénéfice net produit, alimente largement les débats actuels en matière de rationnement des soins de santé.

Bibliographie

- Ackerman, B., (1980), *Social Justice in the Liberal State*, New Haven : Yale University Press.
- Arrow, K. J., (1963), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *The American Economic Review*, Vol. LIII, 5, pp.941–973.
- Barr, N., (1993), *The Economics of the Welfare State*, Second edition, Weidenfeld and Nicolson, London.
- Boitte, Pierre, (1994), *La responsabilité collective à l'égard de la santé d'une population vieillissante*, thèse de doctorat en Santé Publique, UCL, Département de Santé Publique.
- Braveman, P., et al., (1994), « Insurance-Related Differences in the Risk of Ruptured Appendix », *The New England Journal of Medicine*, Vol.331, 7, pp.444–449.
- Broome, John (1985), « The economic value of life », *Economica*, 52, pp.281–294.
- Broome, John, (1988), « Good, Fairness and QALYS », *Philosophy and Medical Welfare*, (J.M.Bell et S.Mendus eds), pp.57–73, Supplement to *Philosophy*.
- Broome, John, (1991), *QALYS*, unpublished.
- Broome, John, (1994), « Fairness versus Doing the Most Good », in *Meeting the Challenges of Justice & Rationing* Hastings Center Report, July–August 1994, pp.36–39.
- Buchanan, A., (1983), « The Right to a Decent Minimum of Health Care », in *Securing Access to Health Care. The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services* (President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research), US Government Office, Washington (DC), Vol.II, pp. 207–237.
- Cassiers, L., (1994), « La médecine entre science et philosophie », *Louvain, Revue mensuelle de l'Université catholique de Louvain et de l'association des anciens et amis de l'UCL*, 52, pp. 13–18.
- Closon, M.C. et Marchand, M., (1994), « Pour un développement durable des soins de santé », in *XIème congrès des économistes de langue française, rapport de la commission 3*, pp. 123–133.
- Collectif, (1994), « Meeting the Challenges of Justice & Rationing », *Hastings Center Report*, July–August, pp. 27–42.
- Contandriopoulos, A.P., et de Pourville, G., (1991), *Entre constructivisme et libéralisme : la recherche d'une troisième voie*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRS), Université de Montréal, Canada.
- Culyer, A. J., (1971), « The Nature of the Commodity “Health Care” and its Efficient Allocation », *Oxford Economic Papers*, Vol.23, pp.189–211.

- Culyer, A. J., (1989), « The Normative Economics of Health Care Finance and Provision », *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 5, 1, pp. 34–58.
- Daniels, N., (1985), *Just Health Care*, ed. by Daniel I. Wikler, Cambridge University Press.
- Daniels, N., (1991), « Justice and Health Care Rationing : Lessons from Oregon », in *Rationing America's Medical Care : The Oregon Plan and Beyond*, Brookings Dialogues on Public Policy, pp. 185–196.
- Daniels, N., (1994), « Four Unsolved Rationing Problems, A Challenge », in *Meeting the Challenges of Justice & Rationing*, Hastings Center Report, July–August 1994, pp. 27–29.
- Daniels, N. ed., (1978), *Reading Rawls : Critical Studies of A Theory of Justice*, Blackwell, Oxford.
- Dworkin, R., (1981), « Equality of resources », *Philosophy and Public Affairs*, 10, pp. 283–345.
- Gilain, B., (1995), *Le financement équitable des soins de santé : principes éthiques et analyse économique*, mémoire de licence et maîtrise en sciences économiques à la faculté d'économie de l'Université Catholique de Louvain, Belgique.
- Hallet, J., (1994), « Y a-t-il une limite à la prise en charge des soins de santé par la solidarité ? », in *Solidarité – Santé – Ethique*, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, Garant, Louvain, pp. 11–33.
- Kremen, A.F., (1994), « Beyond Ideology : Philosophy, Public Policy, and Health Care Reform », *essays in public policy*, 46, Hoover Institution on War, Revolution and Peace, Stanford University.
- Le Grand, J., (1987), « Three Essays on Equity », in *Welfare State Program*, discussion paper n° 23, Suntory–Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, London School of Economics.
- Manning, W.G. et al., (1984), « Preliminary Results from a controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practise on the Use of Services », *The New England Journal of Medicine*, Vol.310, 23, pp.1505–1510.
- Manning, W.G. et al., (1987), « Health Insurance and the Demand for Health Care : evidence from a randomized experiment », *American Economic Review*, 77, pp. 251–277.
- McGuire, A., et al., (1989), « The Assessment : The Economics of Health Care », *Oxford Review of Economic Policy*, Vol.5, 1, pp.1–20.
- Nozick, R., (1974), *Anarchy, State and Utopia*, New York : Basic Books. (Version française : *Anarchie, État et Utopie*, Paris, PUF, 1988.)
- Pauly, M., (1974), « Overinsurance and Public Provision of Insurance : the Roles of Moral Hazard and Adverse selection », *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 88, pp. 44–62.
- Pauly, M., (1986), « Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy », *Journal of Economic Literature*, Vol. 24 (2), pp. 629–675.

- Pooge, T.W., (1989), *Realizing Rawls*, Cornell University Press.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, (1983), *Securing Access to Health Care. The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services*, US government office, Washington (DC). Volume Two : Appendices. Sociocultural and Philosophical Studies.
- Rawls, J., (1972), *A theory of justice*, Oxford University Press. (Version française : *Théorie de la justice*, Paris, Seuil, 1987).
- Rakowski, E., (1993), *Equal Justice*, Oxford University Press.
- Rakowski, E., (1994), « The Aggregation Problem », in *Meeting the Challenges of Justice & Rationing*, Hastings Center Report, July–August 1994, pp. 33–36.
- Stasse, F., (1993), « L'économie de la santé en France : l'heure des choix », in *Notes de la Fondation Saint-Simon*, 57, Paris.
- Van Parijs, P., (1991), *Qu'est-ce qu'une Société Juste ?*, éd. du Seuil, Paris.
- Van Parijs, P., (1994a), « Au delà de la solidarité. Les fondements éthiques de l'Etat-providence et de son dépassement », in *Futuribles*, février, pp. 5–29.
- Van Parijs, P., (1994b), « Y a-t-il des limites à la prise en charge des soins de santé par la solidarité ? », in *Solidarité – Santé – Ethique*, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, Garant, Louvain.
- Van Parijs, P., (1994c), *Real Freedom for All*, Oxford University Press, à paraître.
- Wikler, D. (1983), « Philosophical Perspective on Access to Health Care : An Introduction », in *Securing Access to Health Care. The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services* (President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research), US Government Office, Washington (DC), Vol. 2, pp. 109–147.