



HAL
open science

La santé comme bien premier : équité, santé et pouvoir

Caroline Guibet Lafaye

► **To cite this version:**

Caroline Guibet Lafaye. La santé comme bien premier : équité, santé et pouvoir. Rencontres Philosophiques d'Uriage, Sep 2012, Saint Martin d'Uriage, France. hal-00743392

HAL Id: hal-00743392

<https://hal.science/hal-00743392v1>

Submitted on 18 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« La santé comme bien premier :
équité, santé et pouvoir »

Rencontres Philosophiques d'Uriage
14 octobre 2012

Caroline Guibet Lafaye¹

Introduction : « La santé pour tous en l'an 2000 »

En 1977, la trentième Assemblée mondiale de la santé a fixé à l'OMS comme objectif prioritaire de « faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants de la planète à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive », sachant, par ailleurs, que l'OMS définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1948). L'objectif de « la santé pour tous » est une interprétation de l'article premier de la constitution de l'OMS stipulant qu'il faut « amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». On trouve également, dans les politiques communautaires de l'Union européenne, à partir de l'Acte Unique de 1986, la

¹ CNRS (CMH, EHESS, ENS) ; 48, bd Jourdan, F-75014 Paris (France) ; caroline.guibetlafaye@ens.fr. Cette présentation s'inspire de l'article : « Le « droit à la santé » : des objectifs de l'OMS à ceux du Millénium », in Lorenzo Peña et Txetxu Ausín (dir.), revue *Arbor* : « Actualité des droits humains », Madrid, 2010, vol. 186, n° 745, p. 859-869.

volonté d'assurer un haut niveau de protection de la santé.

Les soins de santé primaires, dans la définition qu'en propose l'OMS, ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé et revêtent diverses formes : actions de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réadaptation. En tant qu'ils reflètent et procèdent des conditions économiques et des valeurs sociales des pays et de leurs communautés constitutives, ils *varient* d'un pays et d'une communauté à l'autre mais ils comprennent, au minimum, les activités suivantes : promotion d'une nutrition correcte et d'un approvisionnement convenable en eau saine ; mesures d'assainissement de base ; santé maternelle et infantile, y compris planification familiale ; vaccination contre les grandes pathologies infectieuses ; prévention et réduction des endémies locales ; éducation concernant les problèmes de santé prédominants et les moyens de les prévenir et de les maîtriser ; traitement approprié des maladies et des traumatismes courants¹.

La réflexion que nous proposons consistera à montrer pourquoi l'on ne peut s'en remettre aux objectifs du Millénaire pour le développement pour que soit réalisée « la santé pour tous » ou « assur[é] un haut niveau de protection de la santé » dans l'Union Européenne, (1) en montrant d'abord la nécessité de tenir compte, au plan global, des théories de la justice convoquées, lesquelles permettent de défendre la priorité ou la relativité des soins en santé primaires ; puis (2) en mettant en lumière les fondements éthiques d'une définition et d'une politique des biens premiers en santé. (3) En suggérant que le souci pour la pauvreté et la volonté de garantir la santé pour tous gagneraient tous deux à concevoir les biens premiers en santé, non pas seulement à partir d'une interprétation des besoins fondamentaux, mais surtout à partir d'une référence aux capacités (ou capabilités), telles qu'A. Sen ou M. Nussbaum les envisagent.

Notre approche viserait à inspirer la nouvelle orientation de la politique européenne de santé publique et prétend pouvoir répondre plus adéquatement à la volonté, affirmée par l'Union Européenne d'« agir sur le long terme », en l'occurrence sur « les déterminants de santé », en formulant des objectifs de santé non plus seulement en termes de biens premiers – inspirés de la philosophie rawlsienne et que l'on trouvait dans la Charte Sociale des droits fondamentaux de 1989 de l'UE² à travers l'accès à la prévention et aux soins curatifs – mais

¹ Spécialement dans les pays en développement, le développement économique, les actions de lutte contre la pauvreté, la production alimentaire, l'eau, l'assainissement, le logement, la protection de l'environnement et l'éducation concourent tous à la santé et ont pour objectif commun le développement humain.

² *Charte Sociale des droits fondamentaux*, article 35 : « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

en termes de capacités.

1. Le sens de la priorité des soins en santé : la santé, une « sphère séparée de la justice » ?

Le principal des objectifs du Millénaire consiste à réduire l'extrême pauvreté et la faim. Le fait de conférer une priorité à la réduction de la pauvreté, évaluée à partir des revenus (puisque'il s'agit de réduire de moitié, d'ici 2015, le nombre de personnes vivant avec moins de 2 dollars par jour), repose sur une conception de la justice « unitaire » (« *one-justice* ») ou encore globale plutôt que sur une conception de la justice, articulée en « sphères » (« *unified justice* »), pour reprendre la distinction utilisée par S.-C. Kolm, dans son article « *On Health and Justice* »¹.

Plus exactement, deux conceptions globales de la justice sont convoquées dans la description des objectifs du Millénaire : d'une part, une conception de la justice globale, dans la mesure où la réduction de la pauvreté est la priorité absolue et, d'autre part, une conception de la justice fondée sur des sphères, au sein desquelles l'optimum doit, à chaque fois, être recherché : les objectifs du Millénaire sont effectivement déclinés en huit domaines s'articulant autour de la pauvreté, de l'éducation, de l'égalité, de la santé et de l'environnement.

L'insistance portée sur la réduction de moitié de la pauvreté dans le monde, au titre d'objectif premier du Millénaire, semble répondre à une interprétation de la justice comme justice globale. En d'autres termes, on juge que la réduction de la pauvreté permettra, par elle-même, de rendre accessibles à davantage de personnes les soins de santé. Pourtant on ne peut moralement défendre l'idée qu'il faille attendre de la réduction mondiale de la pauvreté qu'elle résolve, par elle seule, les problèmes de santé dans le monde. Des mesures spécifiques, notamment de justice distributive, doivent être prises dans le secteur de la santé également.

Une autre raison justifiant de considérer la justice à partir de sphères spécifiques – comme le voudrait la priorité conférée à la politique de santé de l'OMS sur tout autre objectif de justice globale – est que les revendications en matière de justice se formulent communément à partir de ces sphères, *i.e.* que les personnes elles-mêmes ont tendance à les

¹ S.-C. Kolm, « *On Health and Justice* », Institute for Advanced Studies in the Social Sciences, Paris, Février 2002. Disponible à l'adresse : <http://mora.rente.nhh.no/projects/EqualityExchange/Archiveoldermanuscripts/tabid/66/Default.aspx>

envisager de cette façon¹. Dans cette perspective, l'idéal de la justice se formule comme un accès égal de chacun à ces biens spécifiques.

En outre la santé, y compris appréhendée comme une « sphère de la justice », a un statut particulier. D'une part, les besoins de base en santé ne sont pas substituables à d'autres types de biens, comme les biens de consommation. D'autre part, il y a des situations, notamment lorsqu'il s'agit d'établir des priorités, où la santé doit être considérée de façon indépendante, *i.e.* pour elle-même, sans qu'elle puisse entrer dans aucune considération de substituabilité avec d'autres sphères de la justice.

Puisque la santé est le premier des besoins de base, la limitation d'un certain nombre de risques sanitaires constitue une priorité. La politique des biens primaires en santé de l'OMS semble donc plus pertinente que les objectifs 4 à 7 (concernant l'égalité des sexes, la santé des mères, les maladies, l'environnement durable), proclamés dans la Déclaration du Millénaire.

2. Fondements éthiques de la priorité des soins de santé primaires

2.1 Les besoins de base : des besoins fondamentaux et prioritaires

La priorité fondamentale à accorder à une politique garantissant à tous des biens premiers en santé induit, à l'égard de la communauté – dont il faudra préciser les contours –, un devoir moral. Les biens premiers relatifs à la santé font partie des besoins humains, c'est-à-dire des besoins que les personnes ont parce qu'elles sont des êtres humains, quels que soient leurs objectifs ou leurs fins².

2.2 « La santé pour tous » : un devoir moral de la communauté

Cette détermination des biens premiers en santé motive une obligation de la communauté à l'égard de ses membres, en l'occurrence des devoirs, incombant à la communauté internationale et qui pourraient également être ceux de l'Union européenne. La référence à la notion de personne justifie l'interprétation de la problématique des biens

¹ Voir M. Walzer, *Spheres of Justice*, New York, Basic Books ; Oxford, Martin Robertson, 1983. Voir aussi, pour un raisonnement comparable Max Weber.

² Voir J. Griffin, *Well-Being. Its Meaning, Measurement and Moral Importance*, Oxford Clarendon Press, 1986, p. 41.

premiers en santé, en termes de droits fondamentaux car elle confère un fondement éthique au droit à une qualité de vie minimale, c'est-à-dire, en l'occurrence, au droit à un accès aux biens premiers en santé. La notion de personne est, en effet, un terme de référence de la liste conventionnelle des droits civils, comprenant le droit à la vie, le droit à l'intégrité corporelle, le droit de posséder une voix dans la décision politique, le droit à la liberté de parole, le droit d'association, le droit à la liberté de la presse, le droit à la liberté de culte¹. Elle confère également un fondement à cette forme de liberté positive, qu'est le droit à un minimum de ressources. La référence à la personne établit ce qui est nécessaire au statut d'humain et donne sens à ce qui est nécessaire à l'épanouissement humain dont l'importance est rappelée par la définition de la santé de l'OMS comme « un état complet de bien-être physique, mental et social »².

La politique des soins de santé primaires de l'OMS confère une réalité et un contenu à un « panier de biens » minimal en santé, lié en particulier à un fonctionnement normal de nos facultés, qui constitue un minimum que la collectivité devrait prendre en charge concernant chacun de ses membres. On pourrait ici objecter que les besoins de base, ainsi définis, comportent un élément « conventionnel » important (voir Miller, 1976, p. 136-138 ; Benn et Peters, 1959, p. 146 ; Feinberg, 1973, p. 110 ; Wiggins, 1985). Toutefois et quand bien même on admettrait que la ligne de partage entre besoins de base et besoins non élémentaires peut changer avec l'évolution de la société, la distinction entre ces deux types de besoins résulte toujours d'un raisonnement qui renvoie à la nature humaine et à ses besoins fondamentaux. Les attentes naturelles des personnes, dans une société donnée, peuvent jouer le rôle de norme. Les espérances s'ajustent sur les possibilités, de telle sorte qu'une norme relative à un niveau minimal de vie acceptable – bien qu'approximatif – émerge naturellement. Ainsi on distingue ce qui est requis pour vivre une vie minimalement décente, au regard de normes réalistes dans un lieu et un temps donnés, et ce qui s'ajoute à ces exigences (J. Feinberg, 1973, p. 110).

La liste des paramètres vitaux devant absolument être satisfaits pour qu'une vie décente soit possible, et donc fondée sur la notion de besoin de *base*, permet de penser et de donner un contenu à un *droit* que les membres de la communauté pourraient légitimement revendiquer, en l'occurrence un droit à une assistance médicale publique. L'exigence de la

¹ Autant de droits que l'on retrouve dans la *Charte Sociale des droits fondamentaux*, articles 2, 3, 10 à 12.

² Si nous avons des droits à tout ce qui est nécessaire à une vie bonne, ces droits seraient trop étendus et se porteraient notamment au-delà des réquisits de santé publique et de la pension de vieillesse. Nous aurions alors droit non pas simplement à des ressources matérielles *minima* mais à n'importe quel composant insubstituable d'une vie meilleure. C'est pourquoi il convient d'identifier, d'une part, les éléments susceptibles d'augmenter le bien-être et de déterminer, d'autre part, les droits qui peuvent faire l'objet d'une revendication.

santé pour tous, ou la garantie de biens premiers en santé pour tous, revient en effet à assurer une qualité de vie minimale à chacun, dont on sait qu'elle n'est garantie ni au niveau mondial ni au niveau européen.

3. Biens premiers en santé et capacités

Notre objectif sera, dans cette ultime phase de la réflexion, de montrer qu'une définition par les capacités, des biens premiers en santé, permet d'aller plus loin et d'enrichir la référence aux besoins fondamentaux. Nous proposerons ainsi une définition des biens premiers en santé incorporant des capacités fonctionnelles importantes.

Lorsque l'on mène plus avant l'analyse des biens premiers en santé, celle-ci révèle une référence aux capacités, telles qu'Amartya Sen les définit¹. En effet, l'approche par les capacités est une façon adéquate d'appréhender le bien-être, d'un point de vue à la fois subjectif et objectif. La référence aux capacités, dans l'analyse des besoins fondamentaux, exploite, dans le domaine de la santé, l'approche proposée par Amartya Sen, de l'évaluation des états de la société, fondée sur la notion de *functionings*², c'est-à-dire de performances et d'aptitudes (*capabilities*) des individus, telles que le fait d'« être nourri correctement », de « survivre » mais aussi d'être capable de se laver sans aide, de marcher seul, de mener une conversation avec d'autres, d'« être heureux » ou d'« éprouver du plaisir ». L'état d'une personne est alors compris comme un vecteur de *functionings* et l'ensemble des vecteurs faisables constitue l'ensemble des capacités, c'est-à-dire ce qu'une personne *peut* faire et ce qu'elle *veut* faire. La santé renvoie bien à la notion de capacité, au sens que lui donne A. Sen³. Cette approche, complémentaire de celle des besoins fondamentaux, permet enfin d'étayer l'appréhension de la dimension *objective* de la qualité de vie.

Or la justice, au sein de la communauté nationale et, idéalement, internationale et européenne, implique que tous ses membres disposent d'un certain nombre de capacités

¹ Rappelons que pour Sen, la vie peut être mise en équation par un ensemble de « *functionings* » (qui sont des modes d'être et des faits) en corrélation, tels qu'« être nourri correctement », « être heureux » ou « éprouver du plaisir », « survivre » (voir A. Sen, *Commodities and Capabilities*, Amsterdam, North-Holland, 1985). L'ensemble des capacités fournit des informations sur la capacité d'une personne à réaliser son bien-être.

² Un *functioning* peut consister dans n'importe quel genre d'action exécutée, ou d'état réalisé, par un individu et peut, *a priori*, couvrir tout ce qui concerne une description complète de la vie de l'individu. Chaque *functioning* désigne l'une des dimensions de ce qui peut importer dans la vie d'une personne, comme par exemple l'absence de maladie, le logement ou la participation économique et sociale.

³ La notion de capacité/capabilité, proposée par A. Sen, permet d'identifier certains besoins « centraux », notamment dans le domaine de la santé. Les capacités sont, par exemple, essentielles à la détermination des besoins qui doivent être pris en compte, lorsque l'on veut réduire les inégalités, en termes de « qualité de la vie », entre les individus en satisfaisant ces besoins.

fondamentales – celles de se nourrir suffisamment, de se mouvoir, de participer à la vie sociale et politique, etc. – selon des modalités et grâce à des moyens, qui peuvent varier d'un contexte socioculturel à un autre.

La notion de capacité donne ainsi lieu à une approche intégrée et complexe des besoins fondamentaux, du bien-être et de la qualité de vie. En effet, priver quelqu'un de la santé, ce n'est pas seulement le laisser en proie à la maladie mais c'est également le priver de liberté. En effet, dès lors que les besoins fondamentaux sont conçus en termes de capacités, c'est-à-dire de possibilités fonctionnelles, ne pas vacciner un enfant contre la poliomyélite, ne consiste pas seulement à le fragiliser immunitairement mais c'est aussi l'empêcher de travailler dans tel ou tel milieu et réduire le champ de ses possibles. Ainsi la problématique de la satisfaction des besoins premiers en santé ne peut être dissociée de la question de la liberté positive (ou liberté réelle) des personnes¹. L'interprétation des besoins fondamentaux en termes de capacités permet alors de proposer une redéfinition des politiques de santé, à quelque niveau que ce soit, et des objectifs prioritaires de justice globale.

Conclusion

Une politique fondée sur la garantie à chacun de biens premiers en santé semble plus appropriée, si celle-ci fait explicitement référence à une liste de capacités bien choisies, en l'occurrence ces capacités qui contribuent au déploiement de la liberté interne des agents et à la satisfaction des libertés réelles de chacun. Garantir un minimum en santé semble possible par d'autres voies que celles préconisées, dans la Déclaration du Millénaire, si l'on confère une priorité fondamentale à la santé et en particulier aux soins et biens premiers en santé, envisagés comme des capacités internes et externes des agents, comme des possibilités fonctionnelles.

Si l'Union Européenne entreprenait de se doter d'une réelle politique de santé commune, elle pourrait à profit faire fond sur la référence aux capacités fonctionnelles. Il ne s'agirait alors pas seulement de « lutter contre les grands fléaux transfrontiers » ou de combattre le tabac ou l'abus d'alcool (*Projet de Constitution Européenne*, Article III-278, 5.), mais de s'engager dans une réelle politique de santé publique qui non seulement réduise les écarts en santé mais assure à chacun une qualité de vie minimale et l'accomplissement des capacités

¹ Cette relation se trouve confirmée par les questionnaires sur la qualité de vie, proposés à des personnes subissant des traitements thérapeutiques et montrant que le bien-être mesuré a des liens profonds avec la liberté, en particulier avec la liberté positive.

qui en sont le substrat.

Bibliographie

- Benn (S.) et Peters (R.) [1959], *Social Principles and the Democratic State*, Londres, Allen et Unwin.
- Benn (S.I.) et Weinstein (W.L.) [1971], « Being Free to Act and Being a Free Man », *Mind*, 80, p. 194-211.
- Feinberg (J.) [1973], *Social Philosophy*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Green (T. H.) [1906], *Prolegomena to Ethics*, Oxford, Clarendon Press ; « On the Different Senses of 'Freedom' as Applied to Will and Moral Progress of Man », in *Works of T. H. Green*, vol. 2.
- Griffin (J.) [1986], *Well-Being. Its Meaning, Measurement and Moral Importance*, Oxford Clarendon Press.
- Kolm (S.-C.) [1985], *Le Contrat social libéral*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Kolm (S.-C.) [1987a], « Public Economics », *New Palgrave Dictionary in Economics*, ed. by J. Eatwell et al., London, Macmillan, p. 1047-1055.
- Kolm (S.-C.) [1987b], « The Freedom and Consensus Normative Theory of the State », in P. Koslowski, Tübingen, J. B. Mohr (éd.), *Individual Liberty and Democratic Decision-Making : The Ethics, Economics and Politics of Democracy*, p. 97-127.
- Kolm (S.-C.) [1996], *Modern Theories of Justice*, Cambridge, MA, MIT Press.
- Miller (D.) [1976], *Social Justice*, Oxford, Clarendon Press.
- Musschenga (A. W.) [1994], « Quality of Life and Handicapped People », in Nordenfelt [1994].
- Nagel (T.) [1991], *Egalité et partialité*, Paris, PUF.
- Nordenfelt L. (éd.) [1994], *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Dordrecht, Kluwer.
- Nussbaum (M.) [2001], « Appendix Nussbaum's List of Capabilities and BHPS Questions Used », "Symposium on Amartya Sen's Philosophy: 5 Adaptive Preferences and Women's Options", *Economics and Philosophy*, 17, p. 67-88.
- Sen (A. K.) [1985], *Commodities and Capabilities*, Amsterdam, North-Holland.
- Sen (A. K.) [2000], *Un nouveau modèle économique*, Paris, Odile Jacob, 2000.
- Walzer (M.) [1983], *Sphères de la justice*, Paris, Seuil, 1997.
- Wiggins (D.) [1985], « Claims of Need », in T. Honderich (éd.), *Morality and Objectivity*, Londres, Routledge et Kegan Paul.