

Tenter de repenser la question du droit à la lumière des horizons ouverts par la réflexion contemporaine sur le langage, tel est le pari qu'entend soutenir le Centre de Philosophie du Droit de l'UCL.

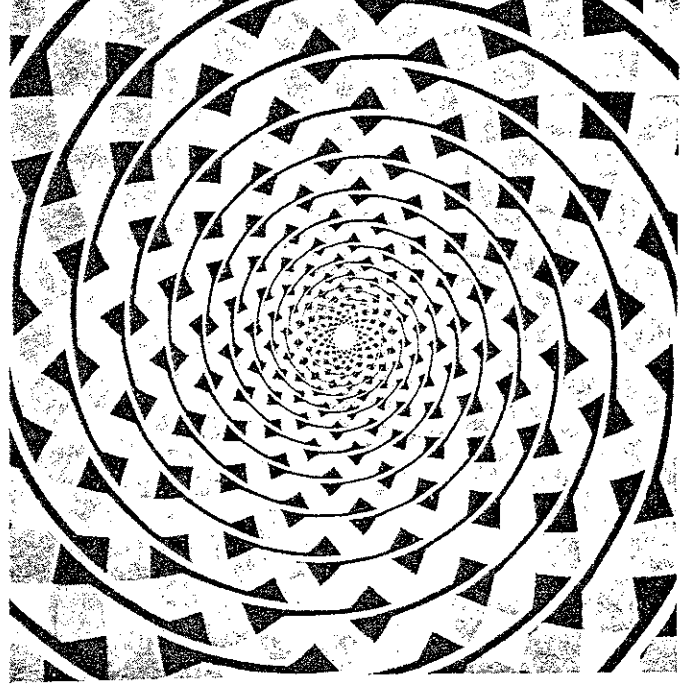
La multiplicité des horizons déployés — logique, psychanalyse, herméneutique, argumentation ... — n'ouvre un authentique fraying épistémologique qu'à condition d'y mettre à l'épreuve les classiques questions de l'interprétation et de la vérité. Sur ce chemin, c'est à un repérage préalable, par nature précaire et balbutiant, que s'emploient les présents carnets.

LES CARNETS DU CENTRE DE PHILOSOPHIE DU DROIT

CARNET N° 8

JUSTICE SOCIALE ET SOINS DE SANTÉ:
APPROCHE DES THÉORIES ANGLAIS-AMÉRICAINES
(LIBÉRTARIENNE, LIBÉRALISME, ÉGALITARISME ET
UTILITARISME)

par Geneviève WARLAND



Justice sociale et soins de santé:

approche des théories anglo-saxonnes (libertarisme, libéralisme, égalitarisme et utilitarisme).¹

Au début des années septante se développait dans l'opinion publique américaine l'idée selon laquelle un droit aux soins de santé devait être accordé à chacun indépendamment de ses possibilités financières ou de sa situation géographique². Un sondage effectué en 1987 montre que, pour 90% des Américains, l'accès aux meilleurs soins de santé possibles devrait être garanti à chacun³. Cependant, l'égalité en cette matière n'est pas encore établie et les débats autour de cette question sont nombreux⁴. Loin d'être particuliers aux Etats-Unis, les impasses, les doutes et les projets de réforme concernant les systèmes de santé touchent à peu près tous les pays occidentalisés⁵. En effet l'essoufflement de leur économie, l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé due

¹Nous remercions vivement MM. A.BERTEN, P. BOITTE et P.VAN PARIJS pour les remarques bienveillantes qu'ils ont apportées à la première version de ce texte.

²G. OUTKA (1974 : 11): "The assurance of comprehensive health services for every person irrespective of income and geographic location". La législation américaine répondit à cette demande par le "US Health Planning Act" de 1974 où il est stipulé qu'un objectif important de la politique fédérale est de donner un accès égal à des soins de qualité, et cela à un coût raisonnable (N. DANIELS 1985: 62): "equal access at a reasonable cost". Ce document fut complété par une étude publiée en 1983 par la "President Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research" sous le titre de "Securing access to Health Care", vol. 1, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office. Voir à ce propos les commentaires et critiques de N.DANIELS (1985: 81-83); H.M.SASS, Justice, Beneficence, or Common Sense? The President Commission's Report on Access to Health Care (1983: 381-388) et T.BEAUCHAMP (1987: 296-298) où l'auteur montre l'ambiguïté de ce texte dans lequel l'obligation morale forte, d'inspiration égalitarienne, d'assurer l'égalité de tous les citoyens face aux soins de santé s'affaiblit lorsqu'il s'agit d'en déduire des droits.

³M. CANNEL et D. WYSS, Rationing Medical Care, Time (15 mai 1989).

⁴Les articles présentés dans ce carnet sont autant de pièces qui alimentent le versant théorique de ce débat.

⁵International Federation of Voluntary Health Services Funds, Newsletter n°22 (1988: 2): "(...) though rich countries have such different health systems their problems are the same: how to subject doctors and hospitals to financial disciplines, how to secure adequate treatment for the poor and the old, how to find enough nurses from shrinking teenage population and how to control an apparently infinite demand for health care".

à l'introduction des nouvelles technologies médicales ainsi que l'accroissement des besoins rendent leur tâche redistributive de plus en plus difficile⁶. De plus, alors qu'en Europe un droit aux soins de santé (inclus parmi les droits économiques et sociaux) est apparu sous la forme d'une liberté réelle à la suite de la dislocation des formes de solidarité traditionnelle -la famille et les diverses institutions sociales, charitables et religieuses-, les Etats-Unis n'offraient jusqu'il y a peu⁷ qu'une liberté formelle en la matière⁸. Selon T. Beauchamp, cette carence les confrontait et les confronte encore à une dualité axiologique propre aux sociétés de libre marché: "un système politique égalitaire qui dispense les droits politiques en conséquence, mais se trouve attelé à un système

⁶ Et cela indépendamment de la forme que prend cette redistribution: qu'elle soit accordée (dans une certaine mesure) à chaque citoyen comme dans les démocraties occidentales ou donnée seulement aux personnes âgées et à celles qui se trouvent en dessous d'un certain seuil de pauvreté à la manière du système américain d'assurances sociales (Medicare et Medicaid). Pour plus de précision, voir M. RAFFEL, *Comparative Health Systems*, London, The Pennsylvania State University, 1984.
⁷ Medicare n'a été créé qu'en 1965. Cf. S. RIESENFELD (1978: 637-643)
⁸ Pour un historique de l'apparition du droit aux soins de santé, voir A. JONSENS (1978: 623-630).

ingélaire de répartition économique" (T. Beauchamp 1987: 294).⁹ Ainsi non seulement des motifs économiques sociaux et juridiques nous incitent à analyser ce thème, mais également des raisons éthiques: les politiques de santé reposent, en effet, sur certaines idées touchant à la coopération sociale (liberté, égalité, prospérité) qui renvoient aux différentes théories de la justice (libertarisme, libéralisme, utilitarisme, égalitarisme). Ce sont ces dernières que nous étudierons ici dans leur application aux soins de santé. Il s'agit donc essentiellement pour les auteurs que nous passerons en revue de clarifier leurs intuitions à propos des principes normatifs quant à une juste distribution des soins de santé.

Quelques articles donnent un aperçu général des problèmes de politique de santé auxquels sont confrontées les théories de la justice et indiquent les types de solution qu'elles y ont apportés¹⁰. D'après H. Engelhardt, ces problèmes concernent l'interprétation

⁹ Cette carence des systèmes de santé américains mais aussi canadiens heurte K. Nielsen (1989: 39) qui montre que l'opinion courante selon laquelle les valeurs de liberté et d'égalité entrent en conflit est erronée. Au contraire, "(...) autonomy cannot be widespread or secure in a society which is not egalitarian: where, that is, equality is not also a very fundamental value which as an operative role within the society. (...) given human needs and a commitment to an autonomy respecting egalitarianism, a very different health care system would come into being than that which exists at present in the United States". En conséquence, l'auteur justifie le choix d'un système de médecine socialisée (un système qui doit être pris en charge par le secteur public et non plus par le secteur privé) sur la base du droit de chaque individu à une égalité morale (c'est-à-dire une égalité morale et une égalité de condition): "Where societies have the economic and technical capacity to do so, (...) without undermining other equally urgent or more urgent needs, these health needs, as basic needs, must be met, and the right to have such medical care is a right for every one in the society regardless of her capacity to pay. This just follows from a commitment to *moral* equality and to an equality of condition" (ibid.: 41). Sa position -égalitarisme- prévoit un système unique de distribution des soins de santé: "There should, in short, where this is possible be open and free medical treatment of the same quality and extent available to everyone in the society. And no two- or three-tier system should be allowed to obtain, and treatment should only vary (subject to the above qualification) on the basis of variable needs and unavoidable differences in different places in supply and personnel, e.g. differences between town and country" (ibid.: 41-42).

¹⁰ Ce sont principalement les articles de H. ENGELHARDT (1979: 113-117); id. (1986: 336-37); id. (1987: 387-399); id. (1981: 121-137); E. SHELPS (1981: 213-229); A. BUCHANAN (1981: 3-21) et R. BRANSON (1978: 630-637).

donnée à la "loterie naturelle" (natural lottery), celle accordée aux droits ou aux titres (entitlements) ainsi que la conception sociale d'une vie bonne (good life)¹¹. De plus, à supposer que l'on ait un droit positif aux soins de santé, se pose alors la question de leur priorité par rapport aux autres biens sociaux, ainsi que celle de la prévalence de certains types de soins¹². Cette question surgit avec insistance dans le cas d'un droit à un minimum de soins de santé.

Il est à noter encore que ces théories de la justice se traduisent en termes politiques et institutionnels. Quoique ces expressions puissent varier considérablement, on est cependant autorisé à les caractériser grossièrement de la façon suivante: à une position libertarienne peut correspondre une représentation de la société du type "Pure free Market System" où les soins de santé seront délivrés de la même manière que tout autre bien de consommation¹³. Un système mixte de type social-démocrate, par

¹¹ Les inégalités naturelles sont-elles moralement neutres ou non? A cette question, Nozick répond positivement et Rawls négativement, fournissant ainsi la base d'une obligation morale de distribuer des soins de santé: "If the natural lottery is neutral, in the sense of not creating an obligation to blunt its effects, one does not have *prima facie* grounds for arguing for a right to health care on the basis of claims of fairness or justice. If the attempts through fabric of morality to set aside the effects of the natural lottery, one is claiming a right to health care as an issue of justice on the basis of what is tantamount to a right to health" (H. ENGELHARDT 1981: 127). Voir aussi id.(1986: 339-340). Quant au second problème, il s'agit de savoir si le droit aux soins de santé est interprété comme un droit négatif ou un droit positif. L'opposition entre Nozick et Rawls réapparaît à ce niveau: "The first, i.e. historically in terms of the propriety of their acquisition and transfer; the second, i.e. ownership based on accordance of the actual distribution of goods with an ideal distribution of goods, justifies them by appeal to a desirable goal of distribution" (H. ENGELHARDT 1987: 127).

¹² A. BUCHANAN (1981: 14): "How in order of priority, is health care related to others goods, or how are health care needs related to others needs? (If there is a right to health care, how is it related to others rights?) (...) How, in order of priority, are various forms of health care related to one another?" Cf. par exemple H. ENGELHARDT (1981: 124-125); id. (1986: 344-348) et A. BUCHANAN (1981: 3-21).

¹³ G. OUTKA (1974: 27): "The prevalent setting in America society has always been "fee-for-service". It is left up to each person to obtain the requisite care and to pay for it as he or she goes along."

exemple, rejoint le point de vue libéral¹⁴, voire même utilitariste¹⁵ car, au-delà d'un minimum de soins donnés à chacun indépendamment de ses capacités financières, il laisse la liberté de poursuivre des soins supplémentaires. Un système égalitariste (cf. les systèmes de santé socialistes), quant à lui, fournit à tout le monde le même type de soins¹⁶.

La tâche des théories de la justice.

Réfléchir sur l'égalité face aux soins de santé par le biais des théories anglo-saxonnes de la justice revient, d'emblée, à assigner un certain statut à la philosophie. En effet, outre-atlantique -comme outre-manche d'ailleurs- (...) la méthode, la manière de faire de la philosophie politique, peut être caractérisée comme visant à atteindre un "équilibre réflexif" défini comme une cohérence maximale entre les principes énoncés et les jugements moraux particuliers auxquels nous adhérons spontanément lorsque nous sommes confrontés à des situations concrètes, réelles ou imaginaires" (P. Van Parijs 1988: 77).

La tâche des théories de la justice consiste donc ici à juger, d'un point de vue moral, le système de santé existant et à en évaluer la cohérence avec les valeurs sociales les plus largement partagées. Certains, tel H. Engelhardt, refusent d'attribuer ce rôle seulement à une théorie de la justice car, d'après lui, on ne peut pas découvrir une norme rationnelle qui, à partir d'une conception générale du

¹⁴ Un "Liberal", aux Etats-Unis, est un homme de gauche partisan d'un droit à un minimum de libertés réelles. Nous utiliserons l'expression "liberal" en ce sens

¹⁵ P. VAN PARIJS (1984: 26): "L'utilitarisme aussi est parfois présenté comme une légitimation de la social-démocratie, mais il en constitue une légitimation plus molle la protection des libertés et l'amélioration du sort des plus défavorisés y étant laissé au hasard de leur coïncidence avec la maximisation du bien-être moyen".

¹⁶ Voir essentiellement H. ENGELHARDT (1981: 121-122) et K. NIELSEN (1989: 39-44).

bien, fonde a priori une politique de redistribution des soins de santé. Il déplore le caractère abstrait¹⁷ et unilatéral d'une telle démarche. Bien plus, c'est par un processus de négociation¹⁸ impliquant certaines procédures de discussion (basée sur une participation équitable et le respect mutuel des personnes) qu'il espère donner une solution démocratique aux problèmes d'allocation des soins de santé. Ainsi peu importe que le droit aux soins de santé soit fondé à partir d'une théorie de la justice de type libertarien, libéral, utilitariste ou égalitariste, l'essentiel est qu'il soit reconnu comme juste par la majorité des citoyens. Fondation a posteriori, légitimité et compromis, telles sont les idées de base servant à établir un système juste de soins de santé¹⁹. Il est opportun d'ajouter que l'approche d'Engelhardt concerne un autre type de questions, et cela bien qu'il insiste sur l'opposition entre sa démarche et celle des théories de la justice. En effet, ces dernières cherchent avant tout à clarifier nos jugements intuitifs en matière de justice face aux soins de santé tandis qu'Engelhardt s'interroge

¹⁷En effet, "as post-Enlightenment critics from Hegel to Alasdair Mac Intyre have shown, attempts to ground the content of morality in abstract reason cannot succeed" (H. ENGELHARDT 1987: 389). D'où l'impossibilité pratique de la tentative rawlsienne de fonder les principes de base d'une société juste à partir d'un contrat hypothétique. La position utilitarienne est également rejetée car elle adopte un point de vue moral qui, bien que particulier, émerge lui aussi d'un calcul rationnel abstrait. Dans l'un ou dans l'autre cas, "The hope of a definitive rational adjudication of moral and public policy controversies appears vain. Either reason is unbiassed and empty, or gains moral content at the price of a bias, through adopting a particular moral sense" (H. ENGELHARDT 1987: 390).

¹⁸H. ENGELHARDT (1987: 392): "Peacable negotiation provides the one remaining source for authority and for a sense of blame and praise that does not depend of particular views of the good life. Integrable to peacable negotiation is mutual respect and the central role of persons, for it is persons who negotiate, set limits, establish a concrete common understanding, and may not be acted against without their permission, in the absence of a conclusive rational argument to warrant such an action".

¹⁹H. ENGELHARDT (1986: 367): "(...) a system of health care represents a compromise among various competing views of the good life and therefore of the way one ought to be beneficent. A particular health care system, as a fair compromise, will be just, in the sense of being the result of a fair procedure, one that respects the freedom of the participants in the compromise".

plutôt sur les modalités d'application d'une norme de justice dans cette même matière. Il s'agit de réflexions non moins importantes et nullement incompatibles avec l'objet des théories de la justice mais relevant d'un autre niveau de questionnement.

Le droit aux soins de santé²⁰

Une justification rationnelle des politiques de santé, tel est donc le but poursuivi en ce domaine par les théories de la justice. L'objet essentiel qu'elles cherchent ainsi à définir consiste dans la portée et la limite d'un droit aux soins de santé. Comme nous le verrons, les auteurs distinguent habituellement un droit positif et un droit négatif²¹, le premier impliquant une obligation de fournir ce à quoi on a droit alors que le second n'a pour corrélat qu'une obligation de non-interférence.

Ainsi, de manière générale, un droit implique une obligation corrélatrice, les deux étant légitimés par un principe moral. T. Beauchamp distingue deux types d'obligation: (1) une obligation morale forte, générale ou universalisable, exprimant un devoir et (2) une obligation morale faible, "(...) forme de disposition contingente ou librement choisie, comme une règle de conscience qui ne représente pas un devoir. (...) Seules les obligations générales ou universalisables impliquent des droits de manière régulière; les obligations spéciales n'en impliquent pas toujours, celles qui sont

²⁰Pour une discussion sur un droit aux soins de santé plutôt qu'un droit à la santé, voir N. DANIELS (1979: 175-176). L'essentiel de l'argumentation consiste à montrer qu'un droit à la santé n'implique qu'une obligation morale au sens faible, i.e. un droit au sens négatif. A l'inverse, parler de droit aux soins de santé peut non seulement indiquer la protection (formelle) contre les menaces pour notre santé mais aussi la possibilité (réelle) de recevoir une partie de ces moyens. Pris en ce sens, le droit aux soins de santé a une acception beaucoup plus large que le droit à la santé.

²¹Sur le concept de droit positif et de droit négatif aux soins de santé, voir A. BUCHANAN (1984: 56-57); C. FRIED (1975: 245); H. ENGELHARDT (1979); id. (1981: 128); id. (1986: 366); E. SHELPS (1981: 224-225); T. BEAUCHAMP and R. FADEN (1979: 120-121); A. JONSEN (1978: 623-630).

facultatives et librement choisies n'en impliquent jamais. (...) Bien des aspects du débat actuel sur le droit aux soins médicaux tiennent à la question de savoir si c'est au sens (1) ou (2) qu'il faut prendre l'obligation de procurer avantages et service de santé" (T. Beauchamp 1987: 295). D'une obligation morale forte découle un droit positif aux soins de santé; dans ce cas, un minimum de soins au moins sera donné à tous. S'il ne s'agit que d'une obligation morale faible, ce même droit sera entendu au sens négatif²²; il n'y aura donc pas de redistribution de la part de l'Etat²³ ou, à la limite, un minimum accordé aux plus défavorisés²⁴.

Alors que les libéraux, les égalitaristes et —très probablement— les utilitaristes²⁵ adopteront un droit positif aux soins de santé, les libertariens, quant à eux, ne conçoivent ce droit que de manière négative. Ainsi, pour ces derniers, l'Etat n'octroie que les garanties formelles d'accès aux soins de santé tandis que, pour les autres, il doit au moins procurer le minimum de moyens réels permettant de préserver ou de recouvrer la santé.

La question juridique concernant la forme du droit aux soins de santé est essentielle car de celle-ci dépend non seulement l'accès aux soins (catégories de personnes admises), mais encore le mode de distribution (allocation des soins indépendamment d'un revenu

²²H. ENGELHARDT (1981: 128): "If there are only negative rights to health care, then the right to health care becomes a right to form a contract for health services. The right is, however, simply a negative one; a right not to be interfered with in forming contract" (Nous mettons en évidence).

²³ Un droit au sens négatif implique seulement le droit à la protection de l'Etat contre des risques ou des dangers pour la santé résultant des actions d'autrui (individuelles ou collectives).

²⁴ Le droit aux soins est entendu, à ce moment-là, comme un droit spécial. Cf. A. BUCHANAN (1984: 66-67) où il distingue les droits spéciaux particuliers à certains groupes ou à certains individus des droits généraux qui s'appliquent à tous indifféremment. A. JONSEN (1978: 625) évoque la même idée: "It is usual to distinguish between special rights, arising from particular transactions or relationships, such as promises, contracts or parenthood, and general rights, pertaining to all persons prior to any particular transaction or relationship".

²⁵ J. BAKER (1987: 91-92) montre qu'en pratique les utilitaristes croient à l'égalité car il y a un profit social évident à satisfaire les besoins des gens

de base ou non, minimum de soins ou les meilleurs soins possibles pour tous, etc.) et les questions relatives aux types de soins (supra p.3: prévalence de certains types de soins par rapport à d'autres).

Théorie libertarienne de la justice appliquée aux soins de santé²⁶

Au coeur de la théorie libertarienne on trouve l'idée de liberté²⁷. Basée sur le droit fondamental à la propriété individuelle (que celle-ci vienne d'une appropriation initiale ou qu'elle soit la résultante d'échanges volontaires), cette liberté ne souffre d'aucune restriction à l'exception de la "clause lockienne" selon laquelle une compensation doit être donnée à ceux que l'acquisition de droits individuels a lésés²⁸. A la justice ainsi définie par le libre exercice de la liberté de chacun on peut joindre une théorie des vertus prônant charité et bienfaisance²⁹. Cette dernière est compatible avec la justice entendue au sens libertarien mais n'en découle cependant pas.

Un système libertarien de soins de santé se définit sur le modèle du marché où le respect de la liberté individuelle, tant du point de vue du consommateur que de celui qui fournit les services, sert de norme³⁰. Il n'y a donc pas d'obligation pour l'Etat de redistribuer

²⁶ L'auteur de référence à partir duquel sont dérivées les applications concernant les soins de santé est R. NOZICK, *Anarchy, State and Utopia*, New York, Basic Books, 1974. (traduction française d'E. d'AUZAC de LAMARTINE révisée par P.E. DAUZAT, P.U.F., 1988).

²⁷ Pour un résumé de cette théorie, voir P. VAN PARIJS (1988: 76); A. BUCHANAN (1981: 10-14); ENGELHARDT (1986: 349-354).

²⁸ Seuls les torts assignables à l'action d'un individu seront réparés car "though the results of the natural and social lotteries are unfortunate, though not unfair, insofar as they have not been influenced by unjust force, coercion, or overreaching" (ENGELHARDT 1986: 351).

²⁹ A. BUCHANAN (1981: 14): "(...) while justice demands that we not be forced to contribute to the well-being of other, charity requires that we help even those who have no right to our aids".

³⁰ Un libertarien condamnera et le système de taxations qu'exige une distribution des soins de santé et la réglementation trop stricte de la pratique médicale propre au Welfare State car ces deux mesures entravent

des soins (qui sont considérés comme des biens privés) à ceux qui en auraient besoin³¹. Les pouvoirs qui lui appartiennent sont à rattacher à un droit négatif aux soins de santé et concernent le rôle qu'il joue dans la protection de la liberté des individus. L'Etat peut ainsi gérer des biens sociaux tels que "les programmes de santé publique (vaccinations, etc.), le contrôle des substances toxiques et la maîtrise de la pollution de l'environnement, les réglementations touchant la sécurité du travail et les règles d'hygiène" (T. Beauchamp 1987: 299). Néanmoins, dans toutes ces matières comme dans celles relatives aux biens individuels, "(...) il existe, au mieux, un droit à la protection de l'Etat contre des risques ou dangers pour la santé résultant des actions d'autrui, individuelles ou collectives, mais il n'y a pas de droit aux soins médicaux" (T. Beauchamp 1987: 300)³². Ainsi, l'Etat oblige, par un système de sanctions, les individus responsables à réparer les torts qu'ils ont causés à autrui.

Les trois positions libertariennes que nous avons retenues ne se contentent cependant pas d'un rôle aussi limité et justifient en quelque sorte un droit positif à un minimum de soins de santé pour

la propriété et à la liberté individuelle. Cf. A. BUCHANAN (1981: 16-17).
31 T.BEAUCHAMP (1987: 300) : "Les libéraux considèrent que les principes de responsabilité personnelle ont toujours le pas sur les principes de responsabilité collective quand il s'agit de protéger des maux, d'assurer des prestations et de réduire les risques. L'un des arguments centraux des libéraux américains est la critique du caractère coercitif et paternaliste des dispositifs collectifs de santé (par opposition à "libre"). Mais le prix à payer pour soutenir une telle position est assez élevé: aucune théorie éthique sensée n'affirmerait que la liberté est une valeur absolue, supérieure à la vie et à toutes les formes de bien-être. Or cela me semble être une prémisse inconciliable du libéralisme absolu". Dans cette note, les libéraux ne sont pas entendus au sens anglo-saxon de "liberal" (supra note 14) mais dans celui de néo-libéral. La fin de l'extrait ôte d'ailleurs toute équivoque à ce sujet.
32 T.BEAUCHAMP et R. FADEN (1979: 123-126) montrent que ce droit négatif aux soins de santé rencontre trois objections: premièrement, les libéraux font dériver ce droit de prémisses conceptuelles et historiques dépassées, ensuite les risques socialement causés pour lesquels il doit y avoir réparation sont loin d'être clairement définissables et enfin l'exclusion des inégalités naturelles les interdit un accès équitable à un même type de maladie: ceux dont l'origine est repérable et imputable à la responsabilité de quelqu'un pourront être soignés mais pas les autres.

certaines groupes d'individus. Il s'agit donc, pour reprendre la distinction de Buchanan, d'un droit spécial (supra note 21). Rejetant toute idée d'un système national de soins de santé³³, L. Lomasky³⁴ défend un authentique (genuine) "Medical Market Place"³⁵. Cinq propositions sont esquissées: l'octroi d'un minimum décent de soins de santé pour couvrir les besoins des plus pauvres; la responsabilisation des personnes en matière de santé par la priorité accordée à la médecine préventive; l'accroissement de la variété des assurances individuelles et l'extension de leur utilisation; l'information sur d'autres types de services curatifs moins coûteux que la médecine traditionnelle; et la réduction de l'intervention de l'Etat par l'élargissement du système de marché. Dans son article "The Right to a Minimum of Health Care"³⁶, A. Buchanan considère tout d'abord que le fondement que N. Daniels (infra p.12 seq.) donné à un droit universel aux soins de santé, à savoir un principe d'égalité des chances, rencontre de nombreuses objections. La plus forte concerne le problème de la rareté des ressources. Pour surmonter cette difficulté, il faut admettre le droit à un minimum de soins de santé. La combinaison d'arguments invoqués pour justifier ce droit montre que Buchanan est un libertarien "modéré". Il se prétend d'ailleurs lui-même "pluraliste". En effet, cette justification s'articule autour de certains droits spéciaux tels que la réparation d'injustices institutionnelles passées ou présentes (comme, par exemple, dans le cas des Noirs

33 Décisions arbitraires, mauvaises allocations des ressources, inefficacité économique, contraintes exercées sur la liberté individuelle, tels sont les caractères de l'Etat redistributeur à éviter
34 L. LOMASKY, Medical Progress and National Health Care, Philosophy and Public Affairs, 1.10, 1981, 65-84.
35 L. LOMASKY (1981: 82): "(...) a sector in which alternative products are offered and where those who receive a good are those who pay for it".
36 A. BUCHANAN, The Right to a Minimum of Health Care, Philosophy and Public Affairs, 1.13, 1984, 55-78.

américains), la compensation de dommages causés par des individus ou des groupes et la distribution de soins à ceux qui se sont sacrifiés pour le bien commun (tels les soldats), d'un principe de prévention du mal (Harm) impliquant une protection égale pour certains types de risques résultant de la vie en commun. A cela, il faut ajouter des arguments prudents de type utilitarien (ou arguments par les conséquences: effet bénéfique d'un droit aux soins de santé pour la vie économique de la nation) et surtout deux arguments moraux qui renforcent notre devoir de bienfaisance. Le premier argument montre qu'une coordination des efforts charitables de chacun accroît leur efficacité et le second qu'un système de coercition (par des menaces de sanctions) se justifie dans la mesure où chacun doit être assuré de la collaboration de tous les autres. L'organisation de ce système de bienfaisance revient à l'Etat. Sa tâche reste donc subsidiaire par rapport à celle des individus. De cette manière, la justification d'un droit spécial à un minimum de soins de santé ne porte pas atteinte à la liberté individuelle car elle se fonde en dernière instance non pas sur une théorie de la justice distributive mais sur le sens de la charité - ou altruisme - présent en tout homme. Ainsi d'un devoir d'altruisme unanimement partagé peut résulter une obligation légale. Il s'agit là de l'application d'une règle qui permet de résoudre le problème de l'action collective.

Comment donner un droit aux soins de santé aux personnes qui en ont besoin à un coût acceptable? A cette question, B. Brody³⁷ donne une réponse quasi-libertarienne. Partant du principe que nous n'avons pas droit à la richesse non créée par le travail, il imagine un contrat social où les parties accepteraient que les droits légitimes à

37 B. BRODY, *Health Care for the Have and Have not: toward a just basis of distribution, Justice and Health Care*, ed. par E. SHELPI, Dordrecht, Reidel Publishing Company, 1981, 3-21.

la propriété présupposent une certaine redistribution de la richesse. Et cela au moins à titre de compensation pour ceux qui les perdent. Celle-ci prendrait la forme d'un droit au bien-être socialement reconnu, i.e. d'un droit à un minimum de support dans lequel un droit aux soins de santé est inclus ³⁸.

Théorie libérale de la justice appliquée aux soins de santé.

Alors que pour les libéraux les droits individuels ont priorité sur les droits sociaux, les libéraux, à l'inverse, estiment que les droits sociaux ont autant d'importance que les droits individuels. En conséquence, le système de santé devra inclure une répartition équitable des ressources médicales³⁹. La théorie de la justice de John Rawls⁴⁰ sert ici de modèle de référence: "La justice exige une distribution strictement égale de certains biens primaires - les libertés fondamentales (principe 1 ou principe d'égalité) et les

38 B. BRODY (1981: 157) donne même à cette solution une forme très concrète: "(...) the natural resources of the earth are leased to those who develop them, or to those to whom they transfer those leases. In return, they owe a rental to every one. That rental is collected as taxes and paid into a social insurance fund which covers every one equally. The social insurance fund insures us against destitution, and it pays payments to those who are destituted. Like all insurance funds, while all are equally covered, not all receive payouts much less equal payouts".

39 Voir, à ce propos, H. ENGELHARDT (1986: 349-354) et K. Nielsen (1989: 41) pour lequel cette répartition, dans une société fondée à la fois sur les valeurs d'égalité et de liberté, se justifie comme suit: il s'agit essentiellement d'assurer une égalité de condition (ou de bien-être) à tous les citoyens car c'est le préalable à toute autonomie réelle des individus: "Now an autonomy respecting egalitarian society with an interest in the well-being of its citizens-something moral beings could hardly be without- would (trivially) be a society of equals, and as society of equals it would be committed to (a) moral equality and (b) an equality of condition which would, under conditions of moderate abundance, in turn expect the equality of condition to be rough and to be principally understood (cashed in) in terms of providing the conditions (as far as it is possible) for meeting the needs (including most centrally the basic needs) of everyone and meeting them equally, as far as either of these things is feasible". Cet auteur défend un système de santé de type égalitarien (supra note 9).

40 J. RAWLS, *A Theory of Justice*, Oxford, O.U.P., 1971 (traduction française de C. AUDARD, Le Seuil, 1984).

chances d'accès aux diverses fonctions et positions (principe 2b ou principe d'égalité des chances) -et une distribution des autres biens primaires- prérogatives et pouvoirs attachés à ces fonctions et positions, richesse et revenu, bases sociales du respect de soi -qui maximise la part qui en revient aux plus défavorisées (principe 2a ou principe de différence)" (P.Van Parijs 1984: 18).

A partir de ces principes de justice qui déterminent les institutions de base d'une société juste, différentes propositions ont été émises pour les étendre aux soins de santé⁴¹. La première consiste à faire dériver le droit aux soins de santé du principe 2a; il s'agira donc d'étendre la classe des biens primaires à ce type de biens que sont les soins de santé et de les distribuer de telle sorte que les personnes les plus démunies en jouissent au niveau maximum qui soit faisable. Cette proposition qui est celle de Green⁴² se heurte à plusieurs difficultés concernant notamment la définition de la classe des plus désavantagés et l'extension de la classe des biens primaires (abstrait) aux soins de santé (concrets)⁴³. Une autre proposition tente de définir ce droit à partir du principe 2b, i.e. du principe d'égalité des chances. Cette position soutenue par Daniels⁴⁴, de loin la plus développée mais aussi peut-être la plus intéressante, tente de concilier harmonieusement les valeurs d'égalité et de liberté tout en échappant aux difficultés mentionnées ci-dessus.

Dans "Just Health Care", Daniels justifie moralement un droit aux soins de santé à partir d'un principe de juste égalité des chances

⁴¹ Pour quatre modalités d'application de ces principes de justice aux soins de santé, voir N.DANIELS (1979: 174-191).

⁴² Voir R. GREEN, "Health Care in Contract Theory Perspective" in R. VEATCH and R. BRANSON (eds.), Ethics and Public Policy, Cambridge Mass., 111-126.

⁴³ Voir H. ENGELGARDT (1986 : 351); A. BUCHANAN (1981:17).
⁴⁴ N. DANIELS, Just Health Care, Cambridge, Cambridge University Press, 1985 où l'ensemble des réflexions contenues dans ses divers articles se trouvent rassemblées (et quelque peu modifiées, soumises qu'elles furent à la critique) en un tout cohérent.

(Fair Equality of Opportunity). Ce dernier n'est pas appliqué seulement aux fonctions et positions comme chez Rawls mais, de manière plus large, à une conception raisonnable de la vie qu'une personne, suivant ses capacités et ses talents, peut poursuivre dans une société donnée⁴⁵. Afin de réduire les inégalités naturelles et sociales engendrées par les handicaps et les maladies et d'appliquer le principe énoncé ci-dessus, l'équité dans l'accès au système de santé sera garantie sous la forme d'un droit positif⁴⁶. Il ne concerne cependant que l'accès à un minimum décent⁴⁷ -ou raisonnable- de soins (Decent Basic Minimum of Health Care) définis par rapport à certains besoins⁴⁸. Les obstacles relatifs à l'information, aux possibilités financières et à la localisation géographique etc., pourront ainsi être effacés. Trois conditions "rationnelles" sont évoquées pour établir un système juste de soins de santé: d'une part, les soins doivent être délivrés suivant un vrai coût social (true social cost), i.e. un coût qui n'est pas soumis à la compétitivité du marché, ensuite les individus doivent être informés quant aux possibilités diverses d'utilisation du système de santé (assurances,

⁴⁵ N. DANIELS (1985b: 107): "The normal opportunity range for a given society is the array of "life plans" reasonable persons are likely to construct for themselves(...). The share of the normal range is open to a given individual holding constant, for the moment, the individual's skills and talents".

⁴⁶ N. DANIELS (1983 : 370): "(...) right claims to health care should be seen as derivative from social obligation to guarantee fair equality of opportunity, broadly construed".

⁴⁷ Concernant la portée du droit aux soins, la position de Daniels s'est précisée par rapport à l'article de 1981 sous l'effet de la critique de Buchanan (supra, p.8).

⁴⁸ Pour une définition des besoins par opposition aux préférences en matière de soins de santé, cf. N. DANIELS (1981: 149-160). Ils concernent tout ce qui est exigé pour un fonctionnement normal de l'organisme humain: "Health care needs will be those things we need in order to maintain, restore, or provide functional equivalents (where possible) to normal species functioning. They can be divided into (1) adequate nutrition, shelter; (2) sanitary, safe, unpolluted living and working conditions; (3) exercise, rest and others features of health life-styles; (4) preventive, curative and rehabilitative personal medical services; (5) non-medical personal (and social) support services" (ibid. 158).

thérapies, etc), enfin un transfert des revenus doit garantir à chacun un niveau de subsistance qui lui permette notamment d'avoir accès à un minimum décent de soins de santé⁴⁹. L'obligation sociale de fournir un accès équitable ne concerne que certains types de services, à savoir ceux couvrant les besoins définis selon leur impact sur la portée normale des chances (Normal Opportunity Range). Cette proposition n'est donc pas incompatible avec un système de marché à d'autres niveaux, i.e. avec la possibilité d'échanges volontaires et libres de soins médicaux⁵⁰. Il est à noter ici que, bien qu'opposées en leur fondement⁵¹, les positions de Daniels et de Brody convergent, nous semble-t-il, sur la question des modalités de la distribution des soins de santé: l'un comme l'autre considèrent en effet que cette obligation sociale entre dans le cadre de l'octroi d'un revenu minimum de base.

Les institutions médicales de soins de santé peuvent donc être assimilées aux institutions de base de Rawls en ce qu'elles contribuent à une égalité plus grande entre tous les membres de la société tout en accordant à chacun la liberté de poursuivre - raisonnablement- les biens qu'il désire. Dans "Just Health Care", Daniels emploie ce principe d'égalité des chances non seulement pour définir l'accès aux soins dans le cadre d'une théorie de la justice, comme nous l'avons brièvement esquissé ci-dessus, mais encore en ce qui concerne la place des personnes âgées dans le système de santé, les pouvoirs des médecins et des institutions, la prévention médicale et les risques des travailleurs. A chaque fois, il

⁴⁹ Ces trois conditions définissent un système d'"Equity as the Market Availability of a decent basic Minimum". Voir DANIELS (1985: 71-74) .
⁵⁰ Voir DANIELS (1985: 78-81) .

⁵¹ En effet, alors que Brody incline vers un droit spécial au bien-être, duquel dérive un droit aux soins de santé, pour la classes des personnes les plus démunies, Daniels affirme l'existence d' un droit universel permettant à tous l'accès à ce niveau minimum de soins fournis à un prix raisonnable .

s'agit de donner, à la lumière de ce principe, une fondation normative à la politique américaine actuelle en ces matières. Car assurer l'égalité dans l'accès aux soins de santé comme aux services sociaux est, selon Daniels, "un fait de justice et non de charité" (N. Daniels 1985: 85) .

Théorie égalitariste de la justice appliquée aux soins de santé.

Cette théorie n'est pas largement soutenue dans le contexte américain; elle s'oppose même aux deux traditions les plus répandues aux Etats-Unis⁵² ou, du moins, elle constitue la tendance extrême de l'une d'entre elles. L'égalitarisme représente en effet la variante la plus égalitaire de la position libérale. En matière de soins de santé il préconise un système de distribution de type socialiste.

Comme dans le cas de l'utilitarisme, il existe plusieurs formes d'égalitarisme. Au centre de leurs réflexions, on trouve la notion d'égalité intrinsèque de chaque être humain. Le but de cette théorie est d'assurer l'égalité pure et simple de tous les membres de la société à tous les niveaux et, par conséquent, aussi en ce qui concerne les soins de santé. Une telle approche considérera que le même type de soins doit être donné de manière égale ou équivalente à chacun et refusera un système pluraliste de distribution des soins .

⁵² N. DANIELS (1985: 62): "(...) One tradition in our society is content to judge the equality of opportunity obtains if there are no formal, for example, legal or quasi-legal barriers to persons of different races or sexes competing for a job or office. Others argue that positive steps must be taken to compensate for various natural and social variations between people which arguably confer "unfair" or at least undeserved advantages". Engelhardt fait une distinction parallèle quand il oppose les "freedom-based justice"(libertarisme) pour la première tradition aux "goal-based justice" pour la seconde qui rassemble, selon lui, le libéralisme, l'utilitarisme et l'égalitarisme. Cf. H. ENGELHARDT (1986: 353).

Cette position a été défendue par G. Outka et R. Veatch dans des articles déjà plus anciens (respectivement 1974 et 1976). Selon Outka, la distribution des soins repose sur le principe de "Similar Treatment for Similar Case". Ce principe fonde un accès égal (indépendant des différences géographiques, financières ou autres) au système le plus large de soins de santé non pas sur un droit mais sur un devoir moral absolu. Si tous les soins ne peuvent être distribués, il faudra les sélectionner par catégories de maladies plutôt que suivant les catégories de gens⁵³. Cette position est fortement critiquée non seulement parce qu'elle interdit toute liberté dans la poursuite personnelle de soins de santé mais aussi parce qu'elle exclurait systématiquement certains groupes de personnes atteintes de maladies trop onéreuses. Cherchant à pallier cette critique, R. Veatch⁵⁴ pense que la préoccupation centrale de la justice est d'établir l'équité: "Justice requires every one has a claim to health care needed to provide an opportunity for a level of health equal, as far as possible to others person's health" (R. Veatch cité par E. Shelp 1981: 218).

Théorie utilitariste de la justice appliquée aux soins de santé.

L'utilitarisme considère que la norme de justice est représentée par la maximisation soit du total des utilités individuelles (Aggregate Utility) soit de l'utilité moyenne (Average Utility). A cette première distinction, il faut ajouter celle qui doit être faite entre l'utilitarisme des actes (appliquant cette norme à chaque cas particulier) et l'utilitarisme des règles (s'en servant pour établir des institutions justes). Pour notre propos, il suffit de dire que l'utilitarisme ne se préoccupe pas prioritairement de la juste répartition du bien-être

⁵³ G. OUTKA (1974: 23-25). Egalement à ce propos, J. CHILDRESS (1979: 136).

⁵⁴ Voir ce qu' en dit H. ENGELHARDT (1981: 130-132).

entre les membres de la société. Il peut donc en découler un "principe de sacrifice". C'est d'ailleurs contre celui-ci que sont dirigées les critiques de Rawls dans "Théorie de la Justice"⁵⁵.

En matière de soins de santé, cela signifie que, même si un droit à un minimum de soins est formellement accordé, la possibilité réelle d'en jouir n'est pas garantie puisque celle-ci sera subordonnée à la distribution optimale de l'ensemble des biens sociaux. Cette règle de maximisation vaut également pour le système lui-même. De manière très sommaire, la portée et le contenu d'un droit aux soins de santé dépendront, d'une part, du principe d'utilité et, d'autre part, de la richesse de la société. En effet, l'utilitarisme est une morale téléologique: le bien y est défini indépendamment du droit et le droit comme ce qui maximise le bien. Le raisonnement se pose en termes conséquentialistes étant donné que le contenu du droit est référé au contenu du bien (qui lui-même dépend, en dernière instance, des richesses matérielles de la société). Ainsi peut-on considérer qu'une telle conception se situe entre l'égalitarisme (où un droit aux soins de santé implique un investissement important de la part de la société) et une position libertarienne (où le coût des soins sur le marché oblige les consommateurs à un comportement prudent et où certains n'ont pas accès à un minimum) qui, tant l'une que l'autre, comportent le risque d'entraîner des effets allant à l'encontre de la règle utilitariste.

Quelques applications de cette théorie aux soins de santé ont été proposées par J. Fletcher, C. Havighurst, T. Beauchamp et R. Faden. Elles diffèrent quant à la justification et au contenu de ce droit ⁵⁶. Alors que Fletcher tente d'appliquer un raisonnement utilitariste au système de santé (recherche des meilleurs soins pour le plus grand

⁵⁵ Voir l'article de P. VAN PARIJS (1984 : 24-25).

⁵⁶ Il faut encore ajouter à ceci la proposition de K. Nielsen Cf. supra notes 6 et 7.

nombre de personnes), Havighurst estime que ceux qui subissent un tort par les actions qui advantagent la majorité doivent recevoir une compensation spéciale dans la mesure, toutefois, où la société en a les moyens. Malgré un souci de compensation, il n'y a pas, à la base de la théorie de la justice utilitarienne, de principe absolument contraignant qui nécessite la distribution d'un minimum de prestations à tous les individus⁵⁷.

La théorie utilitariste la plus nuancée concernant la justice sociale appliquée aux soins de santé semble être celle de Beauchamp et Faden. Selon ces auteurs, un principe moral justifiant un droit positif aux soins de santé ne peut se fonder à partir d'une théorie de la justice qui détermine a priori le mode de redistribution sociale⁵⁸. Une analyse coûts/bénéfices (Cost/benefit analysis) leur paraît plus appropriée en ce qu' elle tient compte à la fois de la réalité sociale (et donc des exigences financières et politiques qui ne peuvent être évacuées) et d'une recherche d'équité. Elle se traduit sous la forme d' un droit à un minimum de soins de santé (Careful Argument). L'analyse coûts/bénéfices permet d'établir un mécanisme concret sous la forme d'une méthode procédurale⁵⁹ définissant le contenu de ce droit à un minimum de soins et répondant, du même coup, tant à certains sentiments altruistes (de bienfaisance, de justice et d'égalité) qu'à des contraintes

⁵⁷Pour tout ceci, voir A. BUCHANAN (1981: 4-6 et 14-15); T. BEAUCHAMP and R. FADEN (1979: 126).

⁵⁸L'espoir d'appliquer des principes de justice tels que ceux de Rawls à des problèmes concrets leur semblent conduire à des impasses: "There also no single consistent set of material principles of justice that reliably applies when concrete issues of justice arise. There are many such principles in the form of social rules. They sometimes apply sometimes do not apply when questions of social justice emerge, for different contexts require different orderings of the importance of such principles"(T. BEAUCHAMP and R. FADEN 1979: 127).

⁵⁹ T. BEAUCHAMP and R. FADEN (1979: 127): "What is needed as a practical matter is some principled or procedural way of identifying which or what kinds of health care services we should grant individuals a legal right to obtain".

utilitaires⁶⁰ (ressources limitées de la société). Leur conclusion est la suivante: "We conclude that the major issues about rights to health and to health care turn on the justifiability of social expenditures rather than on some notion of natural, inalienable, or preexisting rights" (T. Beauchamp and R. Faden 1979: 130). Un droit ne peut donc être justifié universellement à partir d' une théorie de la justice idéale et abstraite comme celle de Rawls -du moins, est-ce l'interprétation qui en est donnée, à l'instar d'Engelhardt- , mais seulement à partir du système existant d'allocation des ressources sociales. Cette position est critiquée par J. Childress (1979: 144-145) car, en réduisant les principes de justice (équité) à une analyse coûts/bénéfices (utilité), ces auteurs ramènent la tâche de la moralité et de l'éthique à celle des sciences sociales. Ils succombent à la tentation utilitariste de justifier un processus uniquement par ses résultats et voient, du même coup, la spécificité de l'éthique qui consiste à clarifier la direction générale et le sens des politiques de redistribution .

Conclusion.

Arrivé au terme de ce bref panorama des théories de la justice appliquées aux soins de santé, il est temps de conclure. Ces théories servent en quelque sorte de "test moral" pour évaluer la cohérence des systèmes de santé avec les valeurs de justice sociale (cf. E. Shelp, Justice: a moral test for Health Care and Health Policy: 1981). Leur approche se fait en deux temps: d'une part, elles cherchent à clarifier nos intuitions concernant l'idée de justice en cette matière et, d'autre part, elles sont amenées à construire sur cette base un modèle normatif de distribution des soins de santé. Ont ainsi été

⁶⁰Ces contraintes sont non moins prises en compte par les libéraux (supra note 39).

esquissés quatre modèles à partir des conceptions libertarienne, libérale, égalitariste et utilitariste de la justice.

Bibliographie.

- BAKER J., 1987, Arguing for Equality, London - New York, Verso.
- BEAUCHAMP T., 1987, Problèmes philosophiques de la répartition des ressources médicales, Revue de Métaphysique et de Morale n°3, 293-306.
- BEAUCHAMP T. and FADEN R., 1979, The Right to Health and the Right to Health Care, The Journal of Medicine and Philosophy n°2, 118-131.
- BELL N., 1979, The Scarcity of Medical Resources: Are there Rights to Health Care?, The Journal of Medicine and Philosophy n°2, 158-169.
- BRANSON R., 1978, Theories of Justice and Health Care in Encyclopaedia of Bioethics (éd. par REICH W.), t.2, New York, The Free Press (Macmillan Publishing and Co), 630-637.
- BRODY B., 1981, Health Care for the Haves and Have nots: toward a Just Basis of Distribution in Justice and Health Care (éd. par SHELP É.), 151-159.
- BUCHANAN A., 1981, Justice : a Philosophical Review in Justice and Health Care (éd. par SHELP É.), 3-21.
- BUCHANAN A., 1984, The Right to Minimum of Health Care, Philosophy and Public Affairs, t.13, 55-78.
- CHILDRESS J., 1981, Priorities in the Allocation of Health Care Resources in Justice and Health Care (éd. par SHELP É.), 139-150.
- CHILDRESS J., 1979, A Right to Health Care, The Journal of Medicine and Philosophy n°2, 132-147.
- DANIELS N., 1979, Rights to Health Care and Distributive Justice:

- DANIELS N., 1983, A Reply to some Stern Criticism and remark on Health Care. Journal of Medicine and Philosophy n°8, 363-371.
- DANIELS N., 1985a, Just Health Care. Cambridge, Cambridge University Press.
- DANIELS N., 1985b, Fair Equality of Opportunity and Decent Minimum: a Reply to Buchanan. Philosophy and Public Affairs, t.14, 106-110.
- ENGELHARDT H., 1979, Rights to Health Care : a Critical Appraisal. The Journal of Medicine and Philosophy, vol.4, 113-117.
- ENGELHARDT H., 1981, Health Care Allocations: Responses to the unjust, the unfortunate, and the undesirable in Justice and Health Care. (éd. par SHELP E), 121-137.
- ENGELHARDT H., 1986, The Foundations of Bioethics. New York-Oxford, O.U.P. (ch.8 : Rights to Health Care), 336-374.
- ENGELHARDT H., 1987, The foundation of Bioethics: the Attempt to Legitimate Biomedical Decisions and Health Care Policy. Revue de Métaphysique et de Morale n° 3, 387-399.
- FRIED C., 1975, Rights to Health Care. Beyond Equity and Efficiency. The New England Journal of Medicine n°293, 241-245.
- GRAHAM G., Contemporary Social Philosophy. Oxford, Basil Blackwell (plus particulièrement le ch. 5: Health Care Provision).
- GREEN R., 1983, The Priority of Health Care. Journal of Medicine and Philosophy n°8, 373-38.
- JONSEN A., 1978, Rights to Health Care Services in Encyclopaedia of Bioethics, t.2, 623-630.
- LOMASKY L., 1981, Medical Progress and National Health Care. Philosophy and Public Affairs, t.10, 65-84.
- MAC CULLOUGH L., 1979, Rights to Health Care and Public Policy. The Journal of Medicine and Philosophy, vol.4, 204-215.
- MAC CULLOUGH L., 1981, Justice and Health Care: Historical

- Perspectives and Precedents in Justice and Health Care (éd. par SHELP E.), 51-71.
- MOSKOPJ., 1983, Rawlsian Justice and a Human Right to Health Care. The Journal of Medicine and Philosophy n° 8, 329-338.
- NIELSEN K., 1989, Autonomy, Equality, and a Just Health Care System. Journal of Applied Philosophy n°3, 39-44.
- OUTKA G., 1974, Social Justice and Equal Access to Health Care. Journal of Religious Ethics n°2, 11-32.
- RIESENFELD S., 1978, Health Insurance in Encyclopaedia of Bioethics, t.2, 637-643.
- SASS H., 1983, Justice Beneficence, or Common Sense? The President's Commission's Report on Access to Health Care, 381-388.
- SHELP E., 1981b, Justice: a Moral Test for Health Care and Health Policy in Justice and Health Care, 213-219.
- SHELP E (éd.), 1981a, Justice and Health Care. Dordrecht, Reidel Publishing Company.
- STERN L., 1983, Opportunity and Health: Criticism and Suggest. The Journal of Medicine and Philosophy n°8, 339-361.
- VAN PARIJS P., 1984, La double originalité de Rawls in Fondements d'une théorie de la justice. Essais critiques sur la philosophie de John Rawls (éd. par LADRIERE J. et VAN PARIJS P.), Louvain-la-neuve, Editions de l'Institut Supérieur de Philosophie, 1-34.
- VAN PARIJS P., 1988, Bref Plaidoyer pour la philosophie manière anglo-saxonne. Revue de Métaphysique et de Morale n°1, 69-79.
- VEATCH R., 1979, Just Social Institution and the Right to Health Care. The Journal of Medicine and Philosophy, vol. 4, 170-173.