



Le " droit à la santé " : des objectifs de l'OMS à ceux du Millénum

Caroline Guibet Lafaye

► To cite this version:

Caroline Guibet Lafaye. Le " droit à la santé " : des objectifs de l'OMS à ceux du Millénum. Arbor, 2010, p. <hal-00509174>

HAL Id: hal-00509174

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00509174>

Submitted on 13 Aug 2010

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.

Le « droit à la santé » : des objectifs de l'OMS à ceux du Millénaire

Caroline Guibet Lafaye

Centre Maurice Halbwachs

CNRS

48, bd Jourdan, F-75014 Paris (France)

caroline.guibet-lafaye@ens.fr

Résumé :

Le droit à la santé est proclamé par les Nations Unies dans la Déclaration des Droits de l'Homme de 1948. Elles en font un objectif du nouveau Millénaire en 1981. Dans ce texte nous montrerons que les objectifs du Millénaire, aussi généreux soient-ils, proposent et reposent sur une interprétation des biens premiers en santé insuffisante. A l'inverse, une politique garantissant des biens élémentaires en santé, conçus en termes de capacités, contribuerait non seulement à améliorer le niveau global de santé des populations mondiales mais également à réduire la pauvreté, objectif phare la Déclaration du Millénaire.

Mots clés : Santé, biens premiers, justice globale, capacité, qualité de vie.

Abstract :

The right to health is proclaimed by the United Nations in the Declaration of Human Rights of 1948. In 1981 the right to health became a goal of the new Millennium. In this paper we will demonstrate that the Millennium goals, generous as they are, rely on an insufficient interpretation of primary goods in health. On the contrary, a policy who guarantees primary health-related goods, conceived as capabilities, will not only increase the global health level of the world populations but will also reduce poverty in the world, which is the main goal of the Millennium.

Key words : Health, primary goods, global justice, capability, quality of life.

¹ Texte publié in Lorenzo Peña et Txetxu Ausín, *Arbor*, « Actualité des droits humains », n° 745, Madrid, 2010.

De la Déclaration des droits de l'homme aux objectifs du Millénaire

En 1948, la Déclaration des droits de l'homme stipulait que

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires »².

Trente ans plus tard, en 1977, la trentième Assemblée mondiale de la santé, réactualisant la Déclaration de 1948, exprimait cette exigence en fixant 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 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 » constitue une reformulation de l'article premier de la constitution de l'OMS établissant qu'il faut « amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ».

La stratégie mondiale de « la santé pour tous d'ici l'an 2000 » – adoptée à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la santé en 1981 – a pour axes principaux l'équité et le développement des soins primaires³, par la mise en place progressive de programmes de santé, touchant l'ensemble des populations. Les soins primaires de santé, également évoqués dans la Conférence d'Alma-Ata⁴, sont des soins de santé essentiels fondés « sur des méthodes et des techniques, scientifiquement valables, socialement et économiquement acceptables »⁵. Plus près de nous, les 191 États membres des Nations Unies s'engageaient, par la Déclaration des objectifs du Millénaire, à « réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour » (Objectif 1.A).

² *Déclaration universelle des droits de l'homme*, adoptée à Paris le 10 décembre 1948 par les 58 États Membres alors constitués en Assemblée générale, article 25.1. La déclaration poursuit : « [Toute personne] a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

³ « On entend par soins de santé primaires des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays. Les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé du pays, dont ils constituent le noyau, ainsi que du développement social et économique global de la communauté » (Définition de l'OMS).

⁴ Conférence internationale sur les soins primaires, organisée conjointement par l'OMS et l'Unicef, en 1978.

⁵ « Les soins de santé primaires sont le facteur clé de l'instauration dans un avenir prévisible d'un niveau de santé acceptable à travers le monde entier dans le cadre du développement social et dans un esprit de justice sociale. Ils constituent une approche valable pour tous les pays depuis les plus développés jusqu'aux moins avancés, encore que leurs modalités varient selon les structures politiques, économiques, sociales et culturelles » (Conférence d'Alma-Ata, OMS, 12 septembre 1978).

Les soins de santé primaires, dans la définition qu'en propose l'OMS, ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté et revêtent diverses formes : actions de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réadaptation. En tant qu'ils sont un reflet et qu'ils procèdent des conditions économiques et des valeurs sociales du pays et de ses communautés constitutives, ils varient d'un pays et d'une communauté à l'autre, mais ils comprennent au minimum : la promotion d'une nutrition correcte et d'un approvisionnement convenable en eau saine ; les mesures d'assainissement de base ; la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale ; la vaccination contre les grandes pathologies infectieuses ; la prévention et la réduction des endémies locales ; l'éducation concernant les problèmes de santé prédominants et les moyens de les prévenir et de les maîtriser ; le traitement approprié des maladies et des traumatismes courants⁶.

Pourtant dans les objectifs du Millénium, le souci pour la santé ne constitue pas une priorité alors même qu'un tiers des décès annuels dans le monde, c'est-à-dire 18 millions de personnes par an, est dû à des causes liées à la pauvreté aisément évitables par une meilleure alimentation, de l'eau potable, des solutions économiques de réhydratation, des vaccins et des anti-biotiques ou d'autres médicaments de base. La réflexion que nous proposons consistera à montrer pourquoi l'on ne peut s'en remettre aux objectifs du Millénium et à une priorité exclusivement consacrée à la réduction de la pauvreté pour que soit réalisée « la santé pour tous » ou garanti à chacun l'article 25.1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Nous le ferons, en premier lieu, à partir d'une argumentation fondée sur la validité, au plan global, des théories de la justice convoquées, pour défendre la priorité ou la relativité des soins en santé primaires mais aussi à partir de la mise en évidence des fondements éthiques sur lesquels une définition et une politique des biens premiers en santé peuvent être formulées. Enfin nous montrerons que le souci pour la pauvreté et la volonté de garantir la santé pour tous gagneraient tous deux à ce que les biens premiers en santé soient conçus, non pas seulement à partir d'une interprétation des besoins fondamentaux, mais d'une référence aux capacités (ou capabilités), telles qu'A. Sen ou M. Nussbaum les envisagent.

⁶ 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.

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

Ce statut, dans une certaine mesure, second de la santé, dans les priorités de justice globale du Millénaire, se comprend lorsque l'on envisage les théories de la justice qui lui sont sous-jacentes ainsi que celles qui motivent les objectifs de l'OMS. Les objectifs du Millénaire sont au nombre de huit : 1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim ; 2. Assurer l'éducation primaire pour tous ; 3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; 4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; 5. Améliorer la santé maternelle ; 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ; 7. Assurer un environnement durable ; 8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement. 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* »⁷.

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.

Or la question de la justice distributive s'ordonne, communément, autour de trois problématiques : (a) les niveaux de la justice, (b) le choix entre la responsabilité individuelle et la responsabilité collective, (c) la rationalité de l'équité. L'articulation de ces niveaux de la justice présuppose une orientation théorique préliminaire, quant à l'interprétation même du concept de justice dont on doit établir si elle est une – *i.e.* appréhendée globalement – ou bien si elle doit être considérée comme l'unification de plusieurs sphères de justice distinctes, telles que la santé, l'éducation ou les ressources, la consommation courante ou encore les services

⁷ 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>

judiciaires et postaux⁸. Dans le second cas, tous les secteurs de la justice sont envisagés conjointement, dans leur capacité à se compenser mutuellement, dans la mesure où une personne peut, par exemple, être mal pourvue dans un domaine sans l'être dans un autre. A l'inverse, lorsque l'on considère que la distribution du revenu et de la richesse est première et essentielle, les « sphères » de la justice sont envisagées différemment. En particulier une solution consiste à réaliser, en priorité, la macrojustice, en l'occurrence une distribution du revenu optimum, et à laisser ensuite les questions spécifiques de justice être déterminées par un processus de laissez faire, c'est-à-dire par des actions libres, par le marché, par des échanges et des accords. Si dans l'un de ces mécanismes advient un échec, dû à un manque de moyens, à un manque d'information ou au coût d'une exclusion, on essaie, à travers le recours au secteur public, de réaliser ce que cette action ou cet échange serait parvenu à faire aboutir en cas de succès⁹.

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. Cette orientation a pour effet de rendre non pertinente toute considération de justice dans un domaine spécifique, *i.e.* de façon isolée, y compris s'agissant de la santé. 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 en santé.

L'un des arguments justifiant que l'on néglige la justice distributive dans les sphères spécifiques de la justice est que celle-ci pourrait ne pas être réalisée et qu'alors les politiques sectorielles (en éducation, santé, environnement par exemple) devraient elles-mêmes contribuer, dans la mesure de leurs moyens, à la réalisation de la justice globale à travers et grâce à des mesures distributives spécifiques, *i.e.* prises au sein de ces sphères elles-mêmes. 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 envisager de cette

⁸ L'idée étant que l'on cherchera alors la façon optimale de concevoir, en termes d'efficacité redistributive, la justice dans chaque sphère.

⁹ See Kolm 1985, 1987a, 1987b, 1996.

façon¹⁰. Dans cette perspective, l'idéal de la justice se formule alors 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. Ainsi la santé est et doit être prioritaire, lorsque peu de ressources lui sont consacrées et que les autres aspects de la vie ne sont pas aussi mal servis, ou bien encore lorsque tous les besoins essentiels des populations sont mesurés en rapport à la santé, c'est-à-dire lorsque la famine, la malnutrition, l'insuffisance alimentaire, le manque de logement, etc. sont mesurés par les effets néfastes qu'ils produisent sur la santé. La satisfaction de certains besoins de base de santé est alors nécessaire – et par conséquent prioritaire –, pour apprécier tout autre type de consommation. Dans ce cas, la substituabilité est faible et la satisfaction de ces besoins en santé doit être traitée comme une « sphère séparée de justice ».

Pour ces raisons, on ne peut considérer que la réduction de la pauvreté doive nécessairement primer sur l'accès à tous aux soins de santé primaires ni qu'il faille privilégier les objectifs du Millénaire au regard de ceux de l'OMS. En d'autres termes la priorité, caractéristique de la santé, signifie et a pour conséquence que la substituabilité avec d'autres biens devrait être limitée¹¹. Puisque la santé est le premier des besoins de base, la limitation d'un certain nombre de risques sanitaires constitue une priorité. Cet objectif est précisément ce que vise à réaliser la politique des soins primaires en santé, conçue par l'OMS à partir de la fin des années 1970. La notion de soins primaires suppose une distinction précisément établie entre ces derniers et tout autre type de consommation, cette distinction reposant sur des valeurs implicites relatives à l'appréhension et à la définition même de la santé. De ce point de vue, la politique des biens primaires en santé de l'OMS semble plus pertinente que les objectifs 4 à 7, proclamés dans la déclaration du Millénaire. En effet, les besoins de base en nourriture et en logement doivent être satisfaits pour éviter des risques sanitaires de malnutrition ou des risques sanitaires dus au climat, alors même que ce type d'exigences ne figure que dans les préoccupations les plus lointaines du Millénaire.

¹⁰ Voir M. Walzer, *Spheres of Justice*, New York, Basic Books ; Oxford, Martin Robertson, 1983. Voir aussi, pour un raisonnement comparable Max Weber.

¹¹ Remarquons que les objectifs de santé décrits dans la déclaration du Millénaire (4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; 5. Améliorer la santé maternelle ; 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ; 7. Assurer un environnement durable) sont moins fondamentaux que ceux visés par l'OMS, dans sa politique de soins primaires en santé.

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

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. Bien que des auteurs comme M. Walzer défendent l'idée qu'aucune postulation *a priori* de la nature des besoins n'est possible, on admet que certains besoins tombent, sans ambiguïté, du côté des « besoins de base », alors que d'autres restent à la frontière de ces derniers et des besoins qui ne sont pas fondamentaux. 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 fins¹². Ces besoins recouvrent ce qui est nécessaire pour survivre, pour être en bonne santé, pour éviter la souffrance, pour vivre correctement.

Ces besoins prioritaires et objectifs servent de support de comparaison et d'évaluation, dans des discours prescriptifs ou des choix collectifs concernant des allocations de moyens¹³. Or la satisfaction de ces besoins, susceptibles d'être évalués objectivement, est précisément ce que requiert l'exigence de « santé pour tous ». Ces besoins tiennent lieu de norme sociale, et en l'occurrence de norme globale de santé. En ce sens, le concept de « santé » renvoie inévitablement à une construction sociale normative, qui indique un certain degré de disponibilité globale des conditions favorables internes, externes et apparentées dans la vie humaine. Une théorie morale, à tout le moins une dimension normative occultée dans leur définition courante, implicite est sous-jacente à la détermination même des biens premiers en santé.

Alors que les besoins instrumentaux, en tant que tels, n'ont pas de poids moral, les besoins de base, en tant qu'ils sont premiers, ont un sens moral. Ainsi des notions telles que la santé, la souffrance et le fonctionnement correct du corps et de l'esprit ont un statut normatif, pour toute revendication concernant les besoins de base. Ce statut justifie que les besoins de base imposent des *devoirs*, en ce sens que ma maladie conditionne une revendication légitime à l'égard d'autrui que mes caprices, mes désirs, mes plaisirs et même mon bonheur ne motivent

¹² Voir J. Griffin, *Well-being. Its Meaning, Measurement and Moral Significance*, Oxford Clarendon Press, 1986, p. 41.

¹³ Néanmoins la question des besoins et des besoins premiers ne se pose pas de façon identique selon que l'ensemble des membres d'une société a ou non accès à l'eau potable, ou selon qu'il s'agit ou non d'une société industriellement avancée comme la nôtre.

pas légitimement. Ces revendications s'imposent d'autant plus qu'elles ne dépendent pas de souhaits ou de buts contingents mais s'enracinent dans la nature humaine¹⁴.

Dans cette mesure, l'institution d'un objectif tel que « la santé pour tous en l'an 2000 », n'était pas un objectif arbitraire ou conventionnel mais constituait bien plutôt l'expression d'une obligation morale. Dans cette perspective, il est essentiel que la notion de « besoins de base » ne demeure pas indéterminée car elle ne pourra, le cas échéant, fonder aucune exigence éthique à l'égard d'autrui, aucun devoir. En effet si le mal, la souffrance, la maladie, la déficience étaient des questions conventionnelles ou des déterminations arbitraires, les devoirs et engagements les concernant demeureraient également arbitraires ou conventionnels.

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

a) Détermination impersonnelle des biens premiers en santé

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. L'exigence morale de garantir « la santé pour tous » se justifie, en premier lieu, du fait que l'identification de besoins fondamentaux en santé n'est possible qu'à partir de l'adoption d'un point de vue impersonnel. La possibilité d'identifier des besoins comme fondamentaux dépend étroitement d'une théorie morale¹⁵, en l'occurrence de la distinction entre valeurs relatives à l'agent et valeurs neutres par rapport à l'agent, laquelle recouvre une distinction entre deux points de vue, le point de vue personnel et le point de vue impersonnel¹⁶. Ce détour par la philosophie morale et la justification éthique permet de *fonder en raison* l'institution de biens premiers en santé et la priorité de la politique des soins primaires de l'OMS sur toute autre considération de justice globale.

En effet le point de vue impersonnel représente, notamment, les exigences de la collectivité. Il motive une exigence d'impartialité et d'égalité universelles, tandis que le point de vue personnel fait surgir des motifs et des exigences individualistes, qui font obstacle à la poursuite et à la réalisation de tels idéaux. D'un point de vue impersonnel, le souci impartial du bien de

¹⁴ Nous verrons ultérieurement que l'on peut proposer à partir de là une définition du « bien-être, c'est-à-dire au moins la conception du bien-être, qui doit être utilisée comme une mesure interpersonnelle du jugement moral, [qui] est le niveau auquel les besoins de base sont satisfaits » (J. Griffin, *Well-being*, p. 42).

¹⁵ Le fait de convoquer la notion d'attente « légitime » renvoie à des principes d'équité et présuppose une théorie morale.

¹⁶ T. Nagel, *Egalité et partialité*, Paris, PUF, 1991, p. 4.

tous est unanimement partagé. L'intuition fondamentale, qui émane de ce point de vue, est que toute vie compte et que nul n'est plus important qu'un autre.

Le respect impersonnel de tous doit prendre la forme d'une impartialité entre individus¹⁷. Dans cette perspective, la satisfaction de besoins urgents comme le soulagement de la souffrance et des pires privations, l'absence de logement et de vêtement, la sous-nutrition, sans lesquels les individus sont privés de conditions sanitaires minimales, l'accès du plus grand nombre à un niveau de vie d'une décence minimale ainsi qu'à des médicaments de base, revêtent une importance particulière dans la définition d'une résolution acceptable des conflits d'intérêts.

b) L'exigence d'un minimum en santé

La détermination de ce qui est à placer, ou non, du côté des besoins de base ainsi que la quantité de ces derniers, tout à la fois motive et justifie l'idée d'un minimum, imposant un devoir mutuel aux individus de la communauté considérée. Or la santé, à tout le moins, un minimum de santé, en particulier un fonctionnement normal d'une partie de nos facultés – sur lequel nous reviendrons ultérieurement – appartient aux éléments minima requis pour poursuivre une vie humaine¹⁸.

Précisément, la politique des soins de santé primaires de l'OMS confère une réalité et un contenu à ce « panier de biens » minimal en santé qui constitue un minimum que la collectivité devrait prendre en charge concernant chacun de ses membres. Ces soins, susceptibles de varier d'un pays ou d'une communauté à l'autre, comprennent, comme nous l'avons évoqué, au minimum : la promotion d'une nutrition correcte et d'un approvisionnement convenable en eau saine ; des mesures d'assainissement de base ; la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale ; la vaccination contre les grandes pathologies infectieuses ; la prévention et la réduction des endémies locales ; l'éducation

¹⁷ Dans cette mesure, une priorité doit être accordée aux améliorations concernant la situation et la qualité de vie des individus les plus défavorisés, relativement à celles apportées à la vie des agents les plus favorisés, et cela bien que toute amélioration soit, dans une certaine mesure, évaluée positivement.

¹⁸ 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 minimum de vie acceptable – bien qu'approximatif – émerge naturellement. Feinberg distingue ainsi « ...what is needed to live a minimally decent life by the realistic standards of a given time and place and what is only added "gravity"... » (J. Feinberg, *Social Philosophy*, p. 110).

concernant les problèmes de santé prédominants et les moyens de les prévenir et de les maîtriser ; le traitement approprié des maladies et des traumatismes courants. En particulier, la politique des soins de santé primaires de l’OMS dresse la liste des paramètres vitaux devant absolument être satisfaits pour qu’une vie décente soit possible. Cette liste, 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.

c) Pour un droit à la qualité de vie

Un panier de biens en santé, garanti à tous, serait précisément constitué des biens qui sont des conditions nécessaires de la vie humaine et de l’actualisation des facultés humaines, et non pas simplement des conditions nécessaires de la réalisation de certains buts, que l’on se donne et que l’on pourrait ne pas choisir. La référence à des besoins *fondamentaux* justifie la revendication d’un « droit à la qualité de vie » rendue possible par la coopération sociale et qui s’inscrirait dans le prolongement d’une problématique des droits naturels ou d’une problématique des droits de l’homme.

L’exigence de la santé pour tous, ou la garantie de biens premiers en santé pour tous, revient en effet à assurer une qualité de vie minimum à chacun. Cet objectif est explicitement évoqué par l’OMS puisque l’approche par les biens premiers en santé « est déterminée par des objectifs sociaux tels que l’amélioration de la qualité de la vie et la prestation d’un maximum de bienfaits sanitaires au plus grand nombre »¹⁹. Dans cette perspective, il n’est pas seulement question de réduire la mortalité infantile ou la mortalité en couche²⁰ mais aussi de penser l’accès à la santé comme qualité de vie – à travers l’accès à l’eau potable par exemple. Ces éléments d’analyse suggèrent, concernant la détermination conceptuelle des besoins de base et les enjeux éthiques qui y sont liés, que la question de la satisfaction des besoins premiers en santé gagnerait à être comprise et exploitée en termes de *droits* à un minimum en santé, y compris au plan global.

La référence à la notion de personne justifie l’interprétation de la problématique des biens premiers en santé, en termes de droits fondamentaux, car elle confère un fondement éthique

¹⁹ « Système des politiques de santé de l’OMS. Les soins de santé primaires », p. 4.

²⁰ Comme y fait référence l’objectif 4 du Millénaire : « Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans », associé à la cible 5 (« Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans »). De même, l’objectif 5 est d’« améliorer la santé maternelle » et la cible 6 de « réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ».

au droit à une qualité de vie minimum, 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 culte. Elle confère également un fondement à cette forme de liberté positive, qu'est le droit à un minimum de ressource. 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, dimension fondamentale dont l'importance est aussi rappelée par la définition de la santé de l'OMS comme « un état complet de bien-être physique, mental et social »²¹.

3. Biens premiers en santé et capacités

La problématique des soins primaires en santé nous porte au-delà de la question de la santé du corps et du bon fonctionnement de ce dernier, conformément à la définition de la santé proposée par l'OMS et reprise dans la conférence d'Alma-Ata, à laquelle se réfère la politique des soins primaires de santé de l'OMS. La conférence d'Alma-Ata rappelle que « la santé, qui est un complet état de bien-être physique, mental et social et *ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité*, est un droit fondamental de l'être humain » (article I).

Lorsque l'on mène plus avant l'analyse de la définition des biens premiers en santé, celle-ci révèle une référence aux capacités, telles qu'Amartya Sen les définit²². 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. Or la mise en évidence de cette référence implicite permet d'asseoir, une nouvelle fois, la primauté d'une politique de santé, comme celle de l'OMS, sur les objectifs proclamés pour le Millénaire. L'introduction de la référence aux capacités dont la satisfaction constitue un objectif des politiques de santé globale renvoie à une interprétation, suggérée par

²¹ Si nous avions 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.

²² 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.

A. Sen, du développement en termes de liberté²³. En ce sens, réaffirmer la priorité de la politique de soins primaires de l’OMS ne déroge pas à la priorité de la lutte contre la pauvreté visée par le Millénum, dans la mesure où, comme le montre A. Sen, « la pauvreté doit être appréhendée comme une privation des capacités élémentaires, et non, selon la norme habituelle comme une simple faiblesse des revenus »²⁴. En outre, la perspective des capacités permet une meilleure compréhension de la pauvreté et des privations, par leur nature et leurs causes « en déplaçant l’examen depuis les moyens [...] vers les fins que les gens ont de bonnes raisons de poursuivre et, conséquemment, vers les libertés mises en jeu pour y parvenir »²⁵.

Notre objectif sera donc, 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, d’une part. Nous proposerons ainsi une définition des biens premiers en santé incorporant des capacités fonctionnelles importantes. Nous montrerons, d’autre part, que la réinterprétation de la politique de l’OMS des soins de santé primaires, à partir de la référence aux capacités, permet, en retour et de surcroît, de contribuer à la priorité conférée à la lutte contre la pauvreté, par les objectifs du Millénum.

3.1 La satisfaction des capacités

Le recours aux capacités permet en effet d’enrichir la conception des biens premiers en santé, exclusivement centrée sur la notion de besoins fondamentaux. La référence aux capacités, dans l’analyse des besoins fondamentaux, exploite, dans le domaine de la santé, l’approche proposée par Amartya Sen, dans l’évaluation des états de la société, fondée sur la notion de *functionings*²⁶, 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 fonctionings 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. Il s’agit, à travers l’approche par les

²³ A. Sen, *Un nouveau modèle économique*, Paris, Odile Jacob, 2000, p. 15.

²⁴ A. Sen, *Un nouveau modèle économique*, p. 123. « La privation de capacités élémentaires se traduit par une mortalité prématurée élevée, de la malnutrition (surtout pour des enfants), une morbidité persistante, un fort taux d’illettrisme et autres problèmes » (A. Sen, *Un nouveau modèle économique*, p. 36).

²⁵ A. Sen, *Un nouveau modèle économique*, p. 126.

²⁶ 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.

capabilités, de proposer une conception alternative des besoins premiers en santé, fondée sur la capacité de réaliser des *functionings*, pertinents ou ayant une valeur en tant que tels. Les capacités fonctionnelles jouent alors un rôle décisif.

Cette approche se justifie en outre à partir de la première perspective que nous avons évoquée dans cette réflexion. Comme nous l'avons vu, la santé est une condition nécessaire pour la jouissance de toute autre consommation. En particulier, les avantages que les personnes retirent de diverses consommations dépendent de leurs capacités d'en extraire du bonheur ou de la satisfaction. Or ces capacités eudémonistiques dépendent aussi de leur santé. La dépression, par exemple, signifie que ces capacités sont très basses. En revanche, diverses autres consommations peuvent être considérées comme étant une prévention de la malnutrition ou de la dépression. La santé renvoie bien à la notion de capacité, au sens que lui donne A. Sen²⁷. 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, implique que tous ses membres disposent d'un certain nombre de capacités fondamentales – celle 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 liste des capacités fonctionnelles de base, proposée par Martha Nussbaum et qui a une certaine validité transculturelle, est de ce point de vue éclairante. Ces capacités concernent, dans le domaine qui nous intéresse, le fait de : 1. pouvoir vivre, autant que possible, une vie humaine complète jusqu'à la fin ; éviter une mort prématurée [...] ; 2. pouvoir jouir d'une bonne santé, d'une alimentation adéquate, d'un foyer décent ; avoir des opportunités de satisfaction sexuelle ; pouvoir se déplacer d'un endroit à un autre ; 3. pouvoir éviter toute douleur inutile et connaître l'expérience du plaisir ; 4. pouvoir utiliser nos cinq sens ; pouvoir imaginer, penser et raisonner²⁸.

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 – et surtout – le priver de liberté. En effet, dès lors que les besoins fondamentaux sont conçus en termes de

²⁷ La notion de capacité, 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.

²⁸ M. Nussbaum, 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.

capabilités, 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. De même contracter le virus du SIDA ne signifie pas seulement être malade ou voir son espérance de vie réduite²⁹ mais être privé d'une vie sexuelle ordinaire, ne pas pouvoir jouir d'une vie familiale³⁰, si la maladie a été contractée tôt, être mis à l'écart de la vie professionnelle ou de celle de la communauté. En d'autres termes, ce n'est pas seulement de la vie ou de la mort (comme dans le cas du SIDA) dont il est question, lorsque l'on envisage les biens premiers en santé, mais aussi de la possibilité d'avoir une existence humaine accomplie.

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 personnes³¹. La détermination des besoins, par la référence aux capabilités, identifie un ensemble de possibilités fonctionnelles et offre une détermination spécifique de la liberté positive des individus. La référence aux capabilités permet également d'apprécier des aptitudes fonctionnelles, dans le domaine de la santé. Elle élargit le champ couvert par les politiques de santé, grâce à l'attention portée à la liberté réelle des agents.

3.2 Possibilité fonctionnelles, liberté réelle et politiques de santé

Appréhender les besoins fondamentaux en termes de capabilités revient à envisager la liberté positive des patients, à partir d'une association caractéristique des capacités internes et des chances externes, décrites ensemble comme des possibilités fonctionnelles. Les possibilités fonctionnelles reposent alors sur le pouvoir interne de faire ou de choisir certaines choses et sur la disponibilité des circonstances environnementales et sociales, nécessaires à l'exercice d'une telle puissance. La liberté positive suppose que soient écartées ou diminuées les entraves – externes ou internes –, qui freinent le déploiement des capacités individuelles³² puisqu'un

²⁹ L'objectif 6 du Millénaire est de « combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies » et la cible 7 corrélée est « d'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle ».

³⁰ En référence aux capabilités 2 et 3 décrites par M. Nussbaum.

³¹ 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.

³² T. H. Green, *Prolegomena to Ethics*, Oxford, Clarendon ; « On the Different Senses of 'Freedom' as Applied to Will and Moral Progress of Man », in *Works of T. H. Green*, vol. 2 ; *Lectures of the Principles of Political Obligation*, Cambridge, Cambridge University Press. S. I. Benn et W. L. Weinstein, par exemple, proposent une conception de la liberté comme non restriction des options, enrichissant la détermination de la liberté négative comme

individu est moins libre, lorsque certaines alternatives réalisables sont devenues indisponibles et qu'il est non libre, lorsque certaines des solutions faisables ou normalement disponibles s'avèrent être, pour lui, indisponibles. La problématique des besoins fondamentaux, envisagée en termes de capacités, revêt par là un sens à la fois quantitatif et qualitatif. Elle rend alors compte du fait que, comme le suggère A. Sen, la liberté est une composante essentielle du bien-être individuel, conçu de façon non subjective.

Dans la mesure où cette détermination de la liberté et de son évaluation présupposent une compréhension de ce qui constitue la « faisabilité » ou la « normalité » dans les opportunités de choix, il devient possible, de façon ultime, de préciser, en s'appuyant sur une référence à la liberté et aux capacités, le contenu de ce que Musschenga identifie comme « (le degré de) fonctionnement normal (en tant que membre de l'espèce biologique *Homo Sapiens*) ou le bien-être objectif »³³ que l'on trouve dans la définition de la santé par l'OMS. L'information sur la « liberté-de-choix » peut être utilisée comme reflétant les besoins réels individuels et les besoins associés aux capacités des agents. De la sorte, elle permet de préciser la notion de « fonctionnement normal » de l'individu humain³⁴. L'identification de ce degré de « fonctionnement normal » pourra ensuite être utilement mis en œuvre dans l'évaluation des états de santé et dans l'appréciation du bien-être des personnes concernées. Par là, se dessine les principes d'une évaluation des biens premiers en santé et de la qualité de vie, associant des critères objectifs (les besoins fondamentaux) et des critères subjectifs (l'appréciation, par l'individu, de sa situation personnelle), l'une des façons de prendre en compte ces derniers étant d'évaluer la liberté interne et la liberté externe de l'individu par une liste de capacités.

L'interprétation des besoins fondamentaux en terme de capacités permet alors de proposer une redéfinition des politiques de santé et des objectifs prioritaires de justice globale. Il revient, dans cette perspective, à ces dernières de favoriser, d'une part, la liberté externe de choix des individus, en fournissant des biens personnels appropriés ou des biens collectifs à des prix raisonnables, mais également de favoriser, d'autre part, la liberté interne de choix des personnes, par des traitements ou des actions préventives, qui aident les individus à retrouver ou à préserver leur aptitude personnelle à s'engager dans certaines activités, quand les conditions sociales et environnementales nécessaires sont réunies. Cette démarche contribue,

simple absence d'entrave (S. I. Benn et W. L. Weinstein [1971] « Being Free to Act and Being a Free Man », *Mind*, 80).

³³ A. W. Musschenga [1994], « Quality of Life and Handicapped People », in Nordenfelt [1994], p. 192.

³⁴ La liberté de choix a une importance intrinsèque au titre de composante de la vie humaine aussi bien que de paramètre du bien-être. La préservation de sa capacité de choix, pour une personne, a une valeur subjective intrinsèque au-delà de sa valeur instrumentale en ce qui concerne ses préférences présentes et réelles.

dans le même temps, à promouvoir le développement comme souci de garantir à chacun des libertés réelles.

Conclusion

Aussi généreux soient les objectifs que se proposent de réaliser, pour le Millénaire, les États membres des Nations Unies, nous ne pouvons en attendre la solution aux questions de justice globale qui se posent dans le domaine de la santé. En premier lieu, il est peu probable que la santé ne puisse rivaliser avec l'objectif de réduction de la pauvreté, évaluée à partir du montant de ressources, disponibles quotidiennement pour chacun, au titre d'objectif premier du Millénaire, mais il apparaît en outre que les priorités en santé énumérées par cette Déclaration ne sont pas des plus pertinentes. Une politique fondée sur la garantie à chacun de biens premiers en santé semble, en revanche, plus appropriée, en particulier 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. De ce point de vue et si tel était le cas, ce type de politique participerait aussi, de façon décisive, à une réduction significative de la pauvreté. Autrement dit, il nous semble possible de réaliser l'objectif phare du Millénaire par d'autres voies que celles préconisées, dans cette Déclaration, c'est-à-dire en conférant 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.

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 Significance*, 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.