

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

CPES - PARCOURS SCIENCE

La partition de l'art de guérir : le
difficile compromis entre l'idéal
scientifique et les dures réalités
sociales...

SCIENCE ET SOCIÉTÉ

BARBIER Wilem
HEINKELE Esteban
SETIANO Samuel

Année scolaire 2024/2025

Corpus

Exigences maximalistes : Cabanis (1798) :

« Nous vous proposons de ne reconnaître qu'une seule science dans les diverses parties de la médecine, de ne légaliser l'exercice que d'un seul art de guérir. Objectera-t-on que les campagnes manqueront de secours si on exige de trop fortes études de la part des officiers de santé ? Je réponds qu'il vaut mieux que les campagnes manquent de médecins que d'en recevoir de funestes. »

Résolutions pragmatiques : Fourcroy (1803) :

« Il serait sans doute à désirer que tous les individus consacrés aux soins des malades puissent être également instruits, que tous acquissent le degré de connaissances qui sera exigé des docteurs. Ce vœu, qui n'a pas besoin d'être exprimé pour être senti, ne peut malheureusement recevoir son accomplissement. » « Ceux qui ont appris leur art se trouvent confondus avec ceux qui n'en ont pas la moindre notion ; presque partout on accorde des patentes aux uns et aux autres. La vie des citoyens est entre les mains d'hommes avides autant qu'ignorants. L'empirisme le plus dangereux, le charlatanisme le plus déhonté abusent partout de la crédulité et de la bonne foi (...) les campagnes et les villes sont également infestées de charlatans qui distribuent les poisons et la mort avec une audace que les anciennes lois ne peuvent plus réprimer. »

Thouret (1803) :

« L'art doit être divisé en deux grandes parties dont l'une, bornée aux pratiques vulgaires, aux connaissances communes est le partage du plus grand nombre. Les officiers de santé se borneront aux soins les plus ordinaires, aux procédés les plus simples de l'art, ils porteront les premiers secours aux malades, aux blessés et traiteront les affections les moins graves, s'occuperont des pansements communs et journaliers et leur science principale devra consister à reconnaître les cas où ils ne doivent pas agir, ils formeront sans doute une classe moins relevée dans la hiérarchie médicale. »

Carret (1803) :

« Cette différence dans les noms, dans la durée des études et dans les formes de réception est conforme à la nature même des choses. Les habitants des campagnes ayant des mœurs plus pures que celles des habitants des villes, ont des maladies plus simples qui exigent par cette raison moins d'instruction et moins d'apprentissage. D'ailleurs, lorsque des hommes ont fait de grands sacrifices pour leur éducation, et qu'ils ont acquis une connaissance profonde de la médecine, il serait injuste et difficile de les obliger à enfouir leurs talents dans les campagnes. »

1 Introduction

Nous sommes trois étudiants spécialisés en chimie, actuellement inscrits dans le Cycle Pluridisciplinaire d'Études Supérieures (CPES) au lycée Kléber et à l'Université de Strasbourg. Ce cursus combinant les approches pédagogiques des Classes Préparatoires aux Grandes Écoles (CPGE) et de l'Université nous offre une formation pluridisciplinaire assez exigeante. Au terme des trois années, nous obtiendrons une double licence en Chimie et en Sciences et Société.

La richesse de ce parcours réside dans la diversité des enseignements proposés. En complément des sciences fondamentales, telles que la chimie, les mathématiques et la physique, il intègre des disciplines variées comme la philosophie, le français et l'anglais, favorisant ainsi une formation pluridisciplinaire. Les cours d'ouverture « Sciences et Société » jouent un rôle central en nous encourageant à développer une réflexion critique sur les enjeux contemporains liés aux sciences.

Ce cours de droit de la santé illustre parfaitement l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire. Bien qu'il puisse sembler éloigné de nos domaines d'études, il se révèle en fait étroitement connecté à notre spécialisation. Nos parcours professionnels pourraient nous conduire vers des secteurs tels que la pharmacologie, la biochimie ou encore les innovations technologiques en médecine. Ce cours nous offre donc une opportunité d'intégrer les dimensions sociales et juridiques dans nos analyses scientifiques.

Problématique

La transition entre la fin du XVIII^e et le XIX^e, portée par les idéaux des Lumières et les transformations engendrées par la Révolution industrielle, marque un tournant majeur dans l'organisation de la médecine en France. En effet, le système médical est profondément réformé, et les avancées scientifiques se confrontent aux réalités sociales et économiques du pays.

Dans notre corpus, Cabanis, Fourcroy, Thouret et Carret analysent les limites de la réglementation médicale, questionnent le statut juridique, les compétences des professionnels de santé et débattent des concessions nécessaires pour garantir un accès équitable à des soins de qualité, y compris dans les zones rurales isolées.

Ces réflexions traduisent une quête d'équilibre entre une médecine progressiste (axée sur des avancées scientifiques) et une justice sociale, visant à rendre ces progrès accessibles à tous. Les débats de l'époque résonnent encore aujourd'hui, notamment à travers des problématiques contemporaines telles que l'accès aux soins dans les déserts médicaux, la régulation des professions de santé, ou la répartition des compétences entre les différents acteurs du système de santé.

Notre réflexion s'organisera autour de cette problématique :

Comment concilier une rigueur scientifique toujours plus exigeante avec l'objectif d'une médecine accessible et équitable, tout en prenant en compte les disparités sociales, économiques et géographiques ?

2 Analyse des textes

2.1 Cabanis : Entre Élitisme et Accessibilité aux Soins

Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808), médecin et philosophe, fut l'un des réformateurs majeurs de l'enseignement médical en France. Profondément influencé par les Lumières, il était en faveur d'une approche scientifique et rationnelle de la médecine, notamment dans ses ouvrages *Du degré de la certitude de la médecine* et *Rapport sur les facultés de l'âme* (1798)¹. Cabanis militait pour une réglementation stricte de la pratique médicale, visant à écarter les imposteurs et à garantir une meilleure qualité des soins. Son raisonnement repose sur l'idée qu'il vaut mieux former un nombre restreint de praticiens hautement qualifiés plutôt que de multiplier les médecins de compétences inégales.

Analyse du texte

Le texte s'inscrit dans un contexte de réorganisation du système de santé après la Révolution française, visant à réguler et structurer la pratique médicale. L'auteur défend une médecine uniforme et de qualité, rejetant la distinction entre médecins et officiers de santé. Cette vision préfigure un monopole médical où seuls les diplômés peuvent exercer, et privilégie la qualité des soins, estimant qu'il vaut mieux manquer de médecins dans certaines régions que d'accepter des praticiens jugés incompetents. Cela peut sembler choquant, mais cela s'inscrit dans une logique de protection de la santé publique et d'unification des standards médicaux. À l'époque, l'objectif était d'instaurer un contrôle strict de la pratique médicale afin de prévenir les risques associés aux praticiens autodidactes ou mal formés qui étaient encore nombreux.

Ce débat sur la restriction de l'accès à la profession médicale pose la question de l'inégalité géographique dans l'accès aux soins. En limitant l'exercice aux seuls diplômés, certaines zones rurales se sont retrouvées dépourvues de professionnels de santé, créant ainsi des « déserts médicaux ».

Aujourd'hui, le système de santé français est confronté à cette problématique. Il faudrait garantir la qualité des soins et en même temps, en assurer l'accessibilité pour tous. Selon *Géoconfluences Lyon*, une publication scientifique soutenue par l'ENS de Lyon, les déserts médicaux sont : « *des zones où le ratio de professionnels de santé, notamment de médecins, est faible, allongeant les délais d'accès aux soins. Cela entraîne des risques de dégradation de la santé des patients, un recours accru aux urgences et des difficultés à trouver un médecin traitant, menaçant ainsi le service public de santé.* »².

Pour combler ces déserts médicaux, la conférence des doyens de médecine a récemment proposé d'instaurer un « service médical à la nation » pour les jeunes médecins³. Cette mesure viserait à lutter contre les déserts médicaux, qui touchent 30,2% de la population française selon un rapport sénatorial de 2022. L'idée serait qu'un jeune médecin, après ses études, contractualise pour un an dans une région sous-dotée, avec une rémunération

1. Cabanis, P. J. G. *Pierre Jean Georges Cabanis*. Wikipédia. Récupéré le 1 janvier 2025.

2. Géoconfluences. (2024, 22 novembre). Désert médical

3. Millet, A. (2024, 5 novembre). *Déserts médicaux : proposé par les doyens de médecine*, « le service médical à la nation ». L'Étudiant. Récupéré le 6 janvier 2025.

attractive et un accompagnement familial. Bien que cette proposition soit à l'état de réflexion, les syndicats d'internes restent sceptiques, jugeant les modalités inefficaces.

L'État, en rendant obligatoires les stages dans les déserts médicaux, adopterait une approche utilitariste, différente de celle de Cabanis. En effet, cette logique, axée sur l'intérêt collectif immédiat, vise à répondre à l'urgence des besoins de soins dans les zones sous-dotées en envoyant des jeunes médecins là où la demande est la plus forte.

Envoyer des jeunes médecins dans ces zones rurales sans incitations à long terme est probablement inefficace. En l'absence de mesures comme une rémunération plus attractive, un accompagnement à l'installation, ou des conditions de travail améliorées, ces initiatives risquent de rester sans impact durable. Il serait peut-être plus pertinent de réformer en profondeur l'attractivité des zones rurales.

2.2 Fourcroy : Réforme de la Profession Médicale

Antoine-François Fourcroy (1755-1809), médecin et chimiste, joua un rôle central dans la réorganisation de la médecine sous le Consulat et l'Empire⁴. Membre du Conseil d'État dès 1799, il participa activement à la refonte législative du système médical. Parmi ses réalisations figurent les lois de 1803, qui ont réorganisé la profession médicale.

Analyse du texte

Dans le texte étudié, Fourcroy dénonce l'insuffisance de la régulation de l'exercice médical au début du XIXe siècle, notamment à travers un système de patentes inefficace et un contrôle inexistant sur les praticiens. En effet, la Révolution française avait aboli les corporations, notamment par le décret d'Allarde et la loi Le Chapelier de 1791. Tout citoyen possédant une patente pouvait exercer la médecine.

Il critique donc ce vide juridique post-révolutionnaire, où l'exercice illégal de la médecine reste largement non sanctionné, exposant ainsi la population aux charlatans. Selon lui, une régulation stricte, fondée sur des qualifications vérifiables, est essentielle pour protéger la santé publique. Il met également en évidence l'absence de déontologie dans un tel système, où les non-qualifiés peuvent exercer sans aucune surveillance. Il affirme qu'une régulation de l'État, fondée sur une formation officielle et des contrôles rigoureux, est indispensable pour restaurer la crédibilité et la compétence dans le domaine médical.

Fourcroy participe activement à la mise en place des lois de 1803, qui marquent une étape importante dans la réorganisation de la profession médicale. Par exemple, la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) rend obligatoire le diplôme d'État pour exercer la médecine et la chirurgie, et crée deux catégories de praticiens : les docteurs en médecine et chirurgie, qui possèdent un diplôme universitaire, et les officiers de santé, moins qualifiés, dits "second ordre". Ces derniers étaient autorisés à exercer dans les zones rurales uniquement et leurs actes étaient restreints. Ils ne pouvaient également pratiquer que dans le département où ils avaient obtenu leur diplôme.

Les principes de régulation médicale instaurés par la loi de 1803 sont toujours d'ac-

4. Fourcroy, A.-F. (n.d.). *Antoine-François Fourcroy*. Wikipédia. Récupéré le 1 janvier 2025.

tualité dans les débats autour du système de santé, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels et le contrôle des pratiques. Nous pouvons prendre l'exemple des médecines alternatives⁵ souvent perçues comme des solutions non pharmaceutiques. En effet, elles représentent un défi croissant pour l'encadrement de la santé publique. Ces pratiques, qui s'éloignent de la médecine conventionnelle, attirent de plus en plus de patients, notamment ceux souffrant de maladies chroniques ou de pathologies que la médecine traditionnelle peine à traiter. Toutefois, de nombreuses médecines alternatives manquent de fondements scientifiques solides, échappent à toute régulation et peuvent s'avérer risquées pour la sécurité des patients. En l'absence de preuves scientifiques et de contrôles adéquats, elles peuvent retarder l'accès à des traitements médicaux validés et occasionner des effets secondaires indésirables. L'absence de cadre légal pour ces pratiques permet aussi à des non-professionnels d'utiliser des termes tels que « médecine » ou « docteur », induisant souvent les patients en erreur.

Dans son rapport de juin 2023, l'Ordre des Médecins (CNOM) alerte sur les dangers des pratiques de soins non conventionnelles (PSNC). Bien qu'elles connaissent un essor considérable, ces pratiques échappent à tout contrôle des autorités sanitaires, ce qui expose les patients à des dérives thérapeutiques et sectaires. Le CNOM souligne l'urgence d'une régulation stricte pour protéger la santé publique et prévenir les risques liés à ces soins non encadrés. Il est donc impératif de distinguer clairement, dans le cadre de la régulation médicale, les pratiques fondées sur des preuves scientifiques validées de celles qui reposent sur des croyances ou des thérapies non éprouvées.

2.3 Thouret : Division des Pratiques Médicales

Jean-Baptiste Thouret (1746-1794), médecin et homme politique, est connu pour sa vision pragmatique de la régulation médicale⁶. Partisan d'une délimitation stricte entre médecins qualifiés et non qualifiés, il souhaitait établir des rôles précis pour chaque catégorie de praticiens. Cette distinction visait à répondre aux besoins de santé immédiats tout en garantissant l'intégrité scientifique de la profession.

Analyse du texte

Dans ce texte, l'auteur propose une vision hiérarchisée des professions médicales, fondée sur une distinction entre les rôles des médecins et ceux des officiers de santé. Les officiers de santé, responsables des soins de première nécessité, se limitent aux pathologies bénignes et doivent renvoyer les patients aux médecins lorsqu'une intervention plus spécialisée est requise. En ce sens, la hiérarchisation des pratiques vise à protéger la qualité des soins tout en garantissant que chaque professionnel intervient dans son domaine de compétence.

Cette organisation renforce les distinctions entre les différents acteurs du système de santé et impose une formation différenciée. Elle met en lumière l'importance d'une

5. Ordre des médecins. (2023). *Les pratiques de soins non conventionnelles et leurs dérives : état des lieux et propositions*. Rapport, juin 2023.

6. Thouret, J.-G. (n.d.). *Jacques-Guillaume Thouret*. Wikipédia. Récupéré le 1 janvier 2025

régulation précise des rôles, ce qui permet de prévenir les abus, tout en établissant un cadre pour l'exercice médical.

Cette vision hiérarchique témoigne aussi d'une époque où les infirmiers étaient relégués à un rôle subordonné et limité, cantonnés aux tâches les plus simples et considérés comme une classe inférieure dans la hiérarchie médicale. Leur contribution à la prise en charge des patients était alors largement minimisée, et leur expertise n'était pas reconnue au-delà de la fonction exécutante. Cette situation a progressivement évolué pour laisser place à une nouvelle perception du rôle des infirmières dans le système de santé.

Ainsi, l'article de 2004 de *Santé publique*,⁷ montre que les infirmières sont devenues des actrices essentielles de la santé publique. Ce changement de perspective reflète une réévaluation de leurs compétences et de leur autonomie, marquant une rupture avec l'approche historique de leur rôle qui les réduisait aux soins les plus ordinaires. Aujourd'hui, les infirmières sont non seulement impliquées dans les soins individuels, mais jouent également un rôle crucial dans la prévention, l'éducation à la santé et la gestion des crises sanitaires. Elles s'affirment de plus en plus comme des professionnelles indispensables à la mise en œuvre des politiques de santé publique. Cette évolution témoigne d'une montée en puissance de la profession, qui a su s'adapter aux enjeux contemporains du système de santé.

Un enjeu majeur consiste à poursuivre l'évolution de la répartition des rôles entre les « officiers de santé » et les médecins. L'objectif est de mieux utiliser les compétences de chaque professionnel, notamment face à la pénurie de personnel médical, afin de garantir une prise en charge efficace.

2.4 Carret : Opposition entre Médecine Rurale et Urbaine

Michel Carret (1767-1834) était un chirurgien et homme politique français⁸. Il défendait une vision de la médecine qui accordait plus de poids aux qualifications et à la formation académique des praticiens, tout en minimisant les spécificités des besoins des populations rurales.

Analyse du texte

Dans son texte, Michel Carret distingue la médecine pratiquée en ville et celle pratiquée à la campagne. Selon lui, les habitants des zones rurales, ayant des modes de vie plus simples, seraient touchés par des maladies moins complexes, ce qui, justifierait des soins moins spécialisés. Il estime que cette différence correspondrait à une certaine logique naturelle, en affirmant que la médecine rurale n'exigerait pas la même formation approfondie que celle urbaine. Cependant, cette idée peut être perçue comme une forme de ségrégation des patients, certains étant privés de l'accès aux meilleurs soins en raison de leur origine sociale ou géographique.

Une telle vision, aujourd'hui, serait jugée choquante, car elle repose sur des stéréotypes

7. Pommier, J. et Deschamps, J. (2004). *Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations*. Santé Publique, Vol. 16(2), 197-206.

8. Carret, M. (n.d.). *Michel Carret*. Wikipédia. Récupéré le 6 janvier 2025

sociaux géographiques et réduit la médecine à une question de milieu. Cela va à l'encontre des principes d'égalité d'accès aux soins et de la dignité de chaque patient, qui doivent être garantis, quel que soit leur lieu de vie ou leur condition sociale.

Néanmoins, on peut encore voir un prolongement de cette vision dans la distinction entre la médecine de quartier, représentée par les hôpitaux publics, et la médecine de prestige, incarnée par les cliniques privées. La médecine publique est souvent perçue comme un espace de "soins de base" confronté à des ressources limitées, tandis que la médecine privée est associée à des "soins de luxe" accessibles principalement à ceux qui en ont les moyens financiers. L'ouvrage de Sylvie Morel, *L'urgence à plusieurs « vitesses » sociales. Fracture territoriale et inégalité dans l'accès aux soins d'urgence en France*⁹ et l'analyse de Philippe Burnel, *Les cliniques privées*¹⁰ mettent en exergue cette différence d'accès aux soins.

Sylvie Morel met en évidence les inégalités d'accès aux soins d'urgence en France, en particulier la fracture entre les établissements publics et privés. Les populations défavorisées, souvent situées dans des zones rurales ou mal desservies, rencontrent des difficultés pour accéder à des soins de qualité en raison de la répartition inégale des services de santé et des coûts élevés. Ainsi, les plus modestes se tournent vers les hôpitaux publics, qui sont souvent saturés, tandis que les plus privilégiés peuvent se permettre des soins plus rapides et de meilleure qualité dans les cliniques privées. Cela renforce les inégalités sociales et territoriales.

Philippe Burnel souligne de son côté que les cliniques privées, bien que proposant des soins de meilleure qualité et dans un cadre plus confortable, restent inaccessibles à une grande partie de la population en raison de leurs coûts. Ces établissements fonctionnent selon des logiques de marché, où l'accès aux soins dépend en grande partie du pouvoir d'achat, accentuant ainsi la division entre ceux qui peuvent se permettre des soins privés et ceux qui n'ont d'autre choix que de se tourner vers les services publics.

Les inégalités actuelles soulignent donc la nécessité de réformes pour améliorer l'accès aux soins d'urgence pour les populations les plus vulnérables.

Conclusion

Les textes historiques étudiés mettent en évidence des tensions dans l'organisation des soins, qui se retrouvent encore aujourd'hui. Par exemple, les conflits liés à la répartition des compétences entre professionnels de santé ou aux inégalités d'accès aux soins sont récurrents. Cette persistance interroge sur l'efficacité des réponses juridiques et institutionnelles apportées. Cela souligne en tout cas l'importance de tirer des enseignements du passé pour ajuster les politiques publiques

Dans ce contexte, la réflexion d'Amartya Sen, économiste et philosophe indien, lauréat

9. Morel, S. (2014). *L'urgence à plusieurs « vitesses » sociales. Fracture territoriale et inégalité dans l'accès aux soins d'urgence en France* (Thèse de doctorat, Université de Nantes, École doctorale Droit, Économie-Gestion, Sociétés, Territoires). Centre Nantais de Sociologie.

10. Burnel, P. (2024, octobre). *Les cliniques privées : Organisation, fonctionnement et place dans l'offre de soins*. Presses de l'EHESP.

du prix Nobel d'économie en 1998, exposée dans son ouvrage *L'Idée de Justice*¹¹, apporte un éclairage particulièrement pertinent. Sen a développé l'approche par les « capacités » pour évaluer la justice sociale. Plutôt que de se concentrer uniquement sur la distribution des ressources ou des biens, il propose d'examiner les « capacités » des individus, c'est-à-dire leurs réelles possibilités de choisir et de mener la vie qu'ils estiment avoir de la valeur. Cette approche met l'accent sur la liberté réelle des personnes à accomplir des actions et des modes de vie qu'elles ont des raisons de valoriser.

Par exemple, deux personnes peuvent disposer des mêmes ressources matérielles, mais si l'une d'elles est en mauvaise santé ou fait face à des discriminations, ses « capacités » seront limitées par rapport à l'autre. Ainsi, pour Sen, une société juste est celle qui s'efforce d'élargir les « capacités » de chacun, en réduisant les privations et en augmentant les opportunités, afin que tous puissent mener une vie digne et enrichissante.

Pour Amartya Sen, la santé est un élément central du développement humain. Il insiste sur l'importance de permettre à chacun d'accéder aux soins médicaux et de mener une vie en bonne santé, considérant cela comme un pilier des « fonctionnements » et des « capacités » des individus. Une société juste doit donc garantir à tous non seulement des soins de qualité, mais aussi une prévention efficace et la promotion du bien-être, sans aucune distinction sociale.

Cette approche souligne l'importance de politiques publiques qui ne se limitent pas à offrir des services de santé, mais qui visent aussi à réduire les inégalités en agissant sur les déterminants sociaux et économiques influençant la santé. Il ne faudrait pas seulement chercher à soigner, mais également chercher à créer des conditions permettant à chacun de vivre en bonne santé.

11. Sen, A. (2009). *L'Idée de Justice*. Éditions du Seuil.

Bibliographie

Références

- [1] Cabanis, P. J. G. (n.d.). *Pierre Jean Georges Cabanis*. Wikipédia. Récupéré le 1 janvier 2025, de https://fr.wikipedia.org/wiki/Pierre_Jean_Georges_Cabanis
- [2] Géoconfluences. (2024, 22 novembre). *Désert médical*. Géoconfluences. Récupéré le 6 janvier 2025, de <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/desert-medical>
- [3] Millet, A. (2024, 5 novembre). *Déserts médicaux : proposé par les doyens de médecine, « le service médical à la nation »*. L'Étudiant. Récupéré le 6 janvier 2025, de <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/deserts-medicaux-propose-par-les-doyens-de-medecine-le-service-medical-a-la-nation.html>
- [4] Fourcroy, A.-F. (n.d.). *Antoine-François Fourcroy*. Wikipédia. Récupéré le 1 janvier 2025, de https://fr.wikipedia.org/wiki/Antoine-Fran%C3%A7ois_Fourcroy
- [5] Ordre des médecins. (2023). *Les pratiques de soins non conventionnelles et leurs dérives : état des lieux et propositions*. Rapport, juin 2023. Récupéré le 6 janvier 2025, de https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/4xh6th/cnom_psnr.pdf
- [6] Thouret, J.-G. (n.d.). *Jacques-Guillaume Thouret*. Wikipédia. Récupéré le 1 janvier 2025, de https://fr.wikipedia.org/wiki/Jacques-Guillaume_Thouret
- [7] Pommier, J., & Deschamps, J. (2004). *Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations*. Santé Publique, 16(2), 197-206. Récupéré le 6 janvier 2025, de <https://doi.org/10.3917/spub.042.0197>
- [8] Carret, M. (n.d.). *Michel Carret*. Wikipédia. Récupéré le 6 janvier 2025, de https://fr.wikipedia.org/wiki/Michel_Carret
- [9] Morel, S. (2014). *L'urgence à plusieurs « vitesses » sociales. Fracture territoriale et inégalité dans l'accès aux soins d'urgence en France* (Thèse de doctorat, Université de Nantes, École doctorale Droit, Économie-Gestion, Sociétés, Territoires). Centre Nantais de Sociologie.
- [10] Burnel, P. (2024, octobre). *Les cliniques privées : Organisation, fonctionnement et place dans l'offre de soins*. Presses de l'EHESP.
- [11] Sen, A. (2009). *L'Idée de Justice*. Éditions du Seuil.