

LES IMPÉRATIFS D'EFFICIENCE
POUR L'ALLOCATION DE RESSOURCES LIMITÉES EN SOINS DE SANTÉ
AUTORISENT-ILS L'INFLÉCHISSEMENT
DES PRINCIPES DE CONFIDENTIALITÉ ET
DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ?

L. MICHEL¹

L'utilisation de larges bases de données personnelles identifiables peut promouvoir certains «biens sociaux», mais au prix d'un empiétement sur les droits à la vie privée. Dans le même ordre d'idées, de nombreux arguments en faveur d'une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources en soins de santé et d'une plus performante analyse coût-bénéfice conduisent certains à défendre, voire à proposer, un certain degré de rétention d'information du patient à propos d'options alternatives de traitement. La question posée est dès lors: *«Pouvons-nous admettre que notre société évolue progressivement vers un système de santé qui autoriserait une différente façon d'interpréter un principe aussi traditionnel que la protection de la vie privée, dont la confidentialité des données médicales personnelles en est le paradigme? Le second principe, directement corrélé au précédent et qui est aussi malmené, est celui, traditionnellement incontournable, du consentement informé du patient».*

LA DIALECTIQUE DU MAÎTRE ET
DE L'ESCLAVE À L'ÉPREUVE
DU VOILE D'IGNORANCE

Comment peut-on défendre, formuler ou «reconstruire» des principes sans que

cette démarche ne soit influencée par notre propre situation dans la société? Si maître et esclave, fort et faible, homme «en blanc» tout-puissant et patient vulnérable, discutent ensemble, comment ne pas voir que leurs conceptions des principes et des valeurs risquent d'être tributaires de leurs positions relatives? Qui plus est, ces positions relatives peuvent être influencées, ou manipulées, par les impératifs socio-économiques d'une *société finie* (selon l'expression de Paul Valéry), c'est-à-dire aux ressources limitées. Il faut donc organiser notre argumentation de façon à en arriver à une conception *impartiale*, en oubliant qui nous sommes (l'idéal méta-éthique, l'*hypergood*), et tâcher de nous prononcer indépendamment des contingences qui nous assaillent. Cette *position originelle* (1) place les contractants, résultant de ce processus d'abstraction, derrière un *voile d'ignorance* fictif qui est censé leur cacher ce qui peut les différencier. C'est à John Rawls (1), qui, dans son désormais célèbre ouvrage de philosophie morale et politique, a présenté une conception de la justice qui généralise et porte à un plus haut niveau d'abstraction la théorie du contrat social telle qu'on la trouve déjà chez Locke, Rousseau et Kant, que l'on doit ce concept de *position originelle*. Mais cette

¹ Service de Chirurgie, Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, 5530 Yvoir.

position originelle n'est pas une fiction idéaliste, déposédant les contractants de leur humanité ou les détachant totalement des rapports sociaux réels, mais bien une hypothétique position dans laquelle ils gardent leur capacité de raisonner, leur conception de la nature humaine et leurs connaissances générales.

Ajoutons que sans être hostiles les uns aux autres, les contractants ne sont pas nécessairement motivés par l'altruisme. S'ils sont mutuellement désintéressés, ils n'acceptent toutefois pas de voir leurs intérêts sacrifiés à ceux des autres (i.e. l'abandon de mes droits à la confidentialité et au consentement éclairé sur l'autel d'une santé publique potentiellement plus efficiente). L'inverse signifierait un choix par des saints de principes pour une société de saints. Les principes doivent donc être généraux, car leur application doit être *universelle* excluant toute forme de principe «égocentrique» et n'autorisant aucune exception pour l'un des contractants. Ce qui signifie aussi qu'ils doivent être relativement simples, cohérents et utilisables dans le temps et l'espace de la société. Je n'ai pas dit qu'ils devaient être complets, ni immuables.

LE MOMENT INTUITIF, PREMIER MOMENT DE LA DÉMARCHE ÉTHIQUE

Des êtres de bonne foi, capables d'argumenter et de discuter sur un pied d'égalité, prêts à jouer le jeu pour aboutir au choix objectif de principes de base d'une société bien ordonnée se poseront, devant le problème que nous avons soulevé, la question suivante - qui est du domaine du raisonnement de type intuitif (mais le moment intuitif n'est-il pas le premier moment de l'éthique): «*Quels principes souhaiterai-je*

que l'on m'applique si je devenais l'objet de cet infléchissement des principes de confidentialité et de consentement éclairé?»

Cette question est d'autant plus pertinente que l'on raisonne ici en termes de distribution de «*biens primaires*», dont nous sommes sensés avoir besoin pour réaliser notre projet de vie, dans une société composée de citoyens libres et égaux. Citoyens d'autant plus libres et égaux, qu'ils refusent que l'on viole ou dénature certains droits fondamentaux (i.e. l'habeas corpus, la liberté de conscience et d'expression...), certains avantages socio-économiques (i.e. les bases sociales et matérielles du respect de soi) ou leur chance d'accès à certains avantages. Mais à ces biens sociaux premiers, il faut ajouter les biens primaires privés, dont la santé. Cependant, la santé - et son contraire: le handicap - sont des facteurs naturels (non choisis) qui feront persister des inégalités. Quelle que soit l'efficiencia du *principe de différence* de la théorie de Rawls (i.e. les avantages ou les revenus doivent être distribués de manière égale, sauf si une inégalité de distribution accroît l'avantage ou le revenu le plus faible) dans une société optimisant le sort de ses membres les plus défavorisés, quelle que soit l'exploitation potentielle de la virtualité que constitue un talent, le handicap lui ne pourra que rarement être intégralement rattrapé, laissant persister des discriminations que même l'agrégation des conditions (ou biens primaires) ne pourra supprimer. Dès lors, que l'on se réfère soit à la conception solidariste (1) de Rawls (*la société étant un tout solidaire où la distribution, arbitraire au départ, aboutit à ce que toute personne ait un droit égal à l'ensemble le plus étendu de libertés fondamentales qui soit compatible avec un ensemble de libertés pour tous: le MAXIMIN qui ne doit pas être assimilé à la charité chrétienne*), ou que l'on se réfère à la conception propriétaire du liberta-

rien (2) Robert Nozick (*pour qui la société est un ensemble d'individus ayant une liberté créatrice ne pouvant être violée par l'intrusion d'autrui*), largement consacrée à une critique des positions de Rawls, on restera sur sa faim lorsqu'il s'agit du domaine du handicap en particulier ou du droit à la santé en général. En effet, ces deux théories modernes de philosophie morale et politique n'apportent dans le domaine de la santé que des solutions partielles, soit par certaines formes de solidarité (e.g. Medicare, Medicaid, National Health Service), soit par des transferts de droit de propriété dans le cadre de contrats bilatéraux libres (Health Maintenance Organisations-HMO-cotées à Wall street) ne délégitimant pas le souverain marché (3).

RETOUR AUX ASSISES KANTIENNES

Toutefois, la référence kantienne commune des théories de Rawls (1) et Nozick (2), à savoir: l'inviolabilité et la protection d'une sphère d'autonomie individuelle contre toute irruption ou intrusion au nom d'objectifs sociaux affirmés supérieurs - fussent-ils la meilleure distribution, pour le plus grand nombre, des ressources finies en soins de santé -, constituent une assise supplémentaire pour la défense des principes de confidentialité et de consentement informé. Il faut reconnaître une certaine supériorité à la méthode de Rawls (1) qui en recourant au *choix dans l'incertitude* de la position originelle traduit déjà à ce stade un jugement intuitif justifiant *en amont* les principes adoptés; l'équilibre réflexif visant lui à définir une cohérence entre les principes énoncés et les jugements moraux auxquels nous adhérons après avoir été confrontés aux situations concrètes, constituant la justification *en aval*. Par comparaison Nozick n'impo-

sera une clause lockéenne à son principe d'appropriation originelle que pour tempérer en aval (*quasi a posteriori*) certaines conséquences intolérables de sa théorie (2, 3). En d'autres mots, cette clause lockéenne consiste, lorsqu'il y a des richesses disponibles dans la nature, à me rendre propriétaire de ces richesses par le fait d'y avoir mélangé mon travail (i.e. *l'appropriation originelle*), pourvu toutefois que j'en laisse suffisamment et d'aussi bonne qualité pour les autres. Cette théorie reste cependant relativement muette à propos des situations de pénurie et de rareté.

A travers la *fiction* de la position originelle, on essaye de préciser les contours de la notion de personnalité morale libre et égale, pour ensuite identifier les principes qui correspondent le mieux à cette conception de la personne dans une société démocratique moderne au sens large, et plus spécifiquement dans la sphère relationnelle patients - personnels de santé, où l'étalon de référence n'est pas le principe d'utilité, mais les biens primaires privés que constituent le droit à la santé et son corollaire direct: l'accès aux soins de santé. Les principes qui se dégagent de cette idée intuitive fondamentale mise en scène dans la position originelle sont, dans le domaine qui nous intéresse ici, le respect de l'autonomie du patient, les principes de justice distributive et d'égal accès, les principes de bienfaisance et de non-maleficence, selon la terminologie anglo-saxonne de bioéthique. Bienfaisance peut suggérer un acte de miséricorde, de gentillesse ou de charité. De façon plus globale, bienfaisance affirme une obligation d'aider les autres à rencontrer leurs légitimes intérêts. Dans le contexte biomédical, les principes de bienfaisance et de non-maleficence imposent l'obligation de mettre en balance le *possible bien* contre le *possible mal* liés à nos actes; ces deux principes ne peuvent donc être isolés du principe de justice. Car il faut distinguer

les deux faces du principe de bienfaisance: l'une étant l'apport de bénéfices (le bien-être, la prévention contre et la suppression des dangers), l'autre étant la balance à réaliser entre bénéfices et désagréments. La première face constitue l'aspect positif de la bienfaisance, la seconde face étant la version familière du *principe d'utilité* (qui recouvre, à notre époque, le domaine de plus en plus vaste de ce qu'on appelle: coût-bénéfice, coût-efficacité, évaluation du risque, decision-making process, contraintes de la justice distributive, ainsi que le non moins vaste domaine défini approximativement par les errements sémantiques de la littérature socio-épidémiologico-statistico-médicale!). Quant au principe de non-maleficence, s'il est évidemment lié au précédent, il concerne la maxime du *Primum non nocere*, ou encore le *noninfliction of harm*.

CE QUI EST EFFICACE EST JUSTE!

Que penser alors des politiques de santé reposant sur les théories et pratiques actuelles du management s'appuyant par exemple sur le sophisme caricatural suivant: «*Ce qui est efficace est vrai. Or, ce qui est vrai est juste. Donc, ce qui est efficace est juste*» (4). Va-t-on réduire les dépenses et sauvegarder l'accès du plus grand nombre à des services de santé de base, en développant des critères de pronostic, des indices de survie et de réussite de tel ou tel traitement au prix de l'abandon du caractère incontournable de la confidentialité des données, de l'information loyale et du consentement éclairé des patients? Or la pratique de la Médecine doit s'assortir de tant de subtilités et de nuances, qu'il sera toujours difficile de l'enfermer dans un carcan rigide de restrictions et de régulations. Dans ce domaine, il y aura donc

toujours conflit entre pouvoir politique et managérial d'un côté et contre-pouvoir médical et corporatiste de l'autre. Méfions-nous ici, qu'au nom de la sauvegarde de l'accès du plus grand nombre à des services de santé de base, nous ne posions des jugements moraux impulsifs ou influencés par des théories en vogue du *tout économique*, ou pire par notre appartenance à un groupe de pression corporatiste. C'est à l'abri de ce risque potentiel de dérive que pourrait nous mettre le voile d'ignorance de la position originelle.

En fait, et après analyse plus sereine, cette dérive d'un utilitarisme - mâtiné parfois d'un peu de libéralisme - semblant pouvoir recommander et légitimer des violations intuitivement inadmissibles des droits des individus, peut être partiellement freinée par ce qu'il est convenu d'appeler *l'utilitarisme des règles*, à savoir: «qu'une action bonne, dans cette perspective, n'est pas une action qui maximise la somme des utilités (par rapport à toute autre action possible), mais bien une action qui se conforme à une règle dont l'observation par tous maximise la somme des utilités (par rapport à toute autre règle possible ou à l'absence de règle: e.g. *l'obligation que les uns ont de rembourser un emprunt est la condition de l'épargne des autres*). Cet utilitarisme des règles en médecine est loin d'être une construction désincarnée, car les critères de sélection des priorités - et donc des pathologies et des patients - sont multiples et font appel à plusieurs facettes du concept de justice. Voici quelques exemples sous forme d'interrogations:

- l'appartenance à un organisme assureur, à une entité nationale offre-t-elle une priorité (e.g., greffe d'organe)?
- l'appartenance à un groupe déterminé de pathologie peut-elle constituer une priorité pour bénéficier d'un traitement pro-

metteur, qui ferait en plus progresser la Science (e.g., drogues potentiellement efficaces pour traiter des complications du SIDA)?

- l'appartenance à un groupe de pathologie pour lequel le traitement a une chance élevée de réussite, offre-t-elle une priorité? Nous rejoignons ici le concept de l'utilité médicale d'un traitement (e.g., investir dans le traitement des affections cardiaques plutôt que cancéreuses).
- si l'*utilité médicale* est équivalente pour un grand nombre de patients, doit-on choisir un procédé de sélection basé sur la chance et sur le principe de la liste d'attente, largement en vigueur outre-Manche et parfois chez nous?
- concept aussi de l'*utilité sociale* dont le caractère est plus controversé. Est-ce que la valeur sociale de plusieurs bénéficiaires potentiels est à prendre en considération lors d'un choix d'attribution de ressources limitées?

Mais l'utilitarisme des règles présente aussi quelques dangers. L'illustration suivante rassurera ceux qui pourraient croire à une dérive dans mon raisonnement; il concerne la répartition des faibles stocks de Pénicilline à la fin de la guerre 40-45. Dans les rangs de l'armée américaine, la Pénicilline fut préférentiellement distribuée aux soldats souffrant de maladies sexuellement transmissibles plutôt qu'à ceux blessés au combat. La justification était l'utilité sociale, à savoir les besoins militaires. En effet, le soldat affecté d'une maladie vénérienne pouvait plus rapidement retourner au combat grâce à la Pénicilline! L'utilité sociale du «blessé au bordel de campagne» (après avoir été «pénicillinisé») était supérieure à l'utilité sociale du «blessé au champ d'honneur». Quant à l'armée britannique, elle décida de réserver la Pénicilline aux équipages de bombardiers, causant plus de dommages à l'ennemi qu'un nombre équivalent de fan-

tassins. Très vite on a du réaliser que cette politique de sélection fondée sur un principe **utilitariste** (maximisation de l'utilité totale) de la justice distributive conduisait à une rébellion larvée des personnels de santé. Ceux-ci confrontés avec de jeunes patients potentiellement curables grâce à la Pénicilline, contournèrent les règles coercitives de la hiérarchie militaire. Le paternalisme d'Etat ayant, dans le cas rapporté, soudoyé le patriotisme des militaires, qui lui eût plus de difficultés à embrigader le paternalisme médical de l'époque. Car faut-il le répéter, c'est à cette époque et ensuite durant les «Trentes glorieuses» que le paternalisme médical céda le pas, du moins en Occident, au principe d'autonomie du patient, dont le respect de la confidentialité et du consentement informé sont les manifestations les plus nettes. Dans l'exemple de la Pénicilline, le résultat final de cette politique utilitariste fut qu'elle aboutit à une perte de considération pour l'autorité, dont les décisions ne pouvaient susciter chez le personnel de santé ni une adhésion morale, ni une compliance volontaire; mais suscitait par contre une réaction intuitive de réprobation. Même si à cette époque dramatique, le bien commun était de vaincre le plus rapidement possible l'Allemagne nazie et donc de rendre opérationnel un maximum d'équipages de bombardiers.

CYNISME DU POUVOIR (ÉCONOMIQUE ET AUTRE) ET INSTRUMENTALISATION DES DROITS

Un système de valeurs clairement énoncé et suffisamment débattu, aussi incomplet et temporaire (non définitif) soit-il, sera mieux respecté et assurera une plus grande crédibilité de l'autorité, parce que rendant son comportement plus prédictible et plus transpa-

rent. Les valeurs retenues, soit au terme d'une procédure d'équilibre réflexif, soit en accord avec une tradition culturelle et principale enracinée, fourniront alors une possibilité d'explication des choix éthiques, ainsi qu'une possibilité de compréhension des choix à dimension sociale et de leurs interactions. Au centre d'un système de valeurs se situe l'attitude vis-à-vis du pouvoir et de ceux qui le détiennent. Si le pouvoir est perçu comme cynique, les citoyens ne seront pas indéfiniment trompés; qui plus est, ils seront sur la défensive. Ce n'est que si les valeurs proposées et défendues par le pouvoir correspondent aux conclusions d'un débat démocratique et/ou à notre enracinement culturel, que se maintiendra la motivation et la loyauté des citoyens.

Toutefois, même lorsqu'on sait avec quasi certitude qu'un acte particulier, pris isolément, maximiserait la somme des utilités, il se peut que même les utilitaristes puissent le condamner: parce qu'il enfreindrait une règle dont il est parfois précieux de préserver la stabilité. Car *l'instrumentalisation des droits* (3), transformant ceux-ci en gadgets et les rendant contingents et instables, finirait par aboutir, à moyen ou long terme, à une réaction violente des citoyens devant l'absence de coopération sociale que représente le viol de droits élémentaires tels que ceux d'être informé (sur sa maladie et sur les options thérapeutiques) et ceux relatifs à la confidentialité des données personnelles.

DÉMARCHE AGRÉGATIVE
DU TECHNOCRATE
DE LA SANTÉ ET
DÉMARCHE DÉSAGRÉGATIVE
DU CLINICIEN

Il n'empêche que le développement de critères de pronostic, d'index de survie et

de réussite de tel ou tel traitement représentent des pistes encore largement inexplorées, ou maladroitement exploitées à l'heure actuelle. Même si ce domaine est prometteur, il faut garder en mémoire que la validité des résultats sera statistique et lorsque nous l'appliquerons individuellement à un patient nous pourrions toujours passer à côté d'un cas curable. Le clinicien ne pourra jamais se laisser impressionner outre mesure par les techniques analytiques et statistiques appliquées à de larges populations ou groupes de patients, au point de perdre de vue une simple règle: *«chaque patient doit toujours être évalué individuellement par le clinicien»*. Ceci n'empêche aucunement que l'on poursuive les recherches visant à définir les meilleurs modes de traitements possibles. Ceci n'empêche nullement que l'on continue à essayer de *«convertir les chiffres du coût de la santé en meilleure efficacité de soins»*. Mais les principes de justice menaceraient de sombrer si la démarche agrégative du technocrate de la santé devait totalement se substituer à la démarche, par essence désagrégative du clinicien. A fortiori, si une telle substitution s'effectuait au prix de la négation du principe de confidentialité des données et de consentement informé.

LA «GAG» CLAUSE

Cette menace est réelle. Prenons la controverse récente de la *«Gag clause»* (5, 6) qui est l'exemple le plus célèbre, à l'heure actuelle, du challenge de la conception traditionnelle du flux d'informations à partir des systèmes de soins de santé vers les patients, via les médecins. Dans un nombre significatif de contrats entre organisations de soins (les HMO aux USA) et médecins, des clauses furent introduites qui limitaient les informations que ceux-ci

pouvaient fournir à leurs patients, notamment les informations à propos d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques potentiellement efficaces, mais qui n'étaient pas couvertes par l'HMO en question, sous le prétexte qu'elles n'étaient pas estimées comme «*cost worthy*» (bien qu'étant peut-être bénéfiques pour le patient); ou encore des informations à propos de spécialistes qu'il aurait pu être utile de consulter pour le traitement de problèmes spécifiques et complexes, mais ne relevant pas de la liste des médecins agréés par l'HMO; enfin des informations à propos d'incitants économiques proposés aux médecins pour qu'ils réalisent et prescrivent moins d'interventions médicales ou du moins des interventions moins coûteuses pour le HMO (le bon médecin étant celui qui voit ou soigne peu de patients!). Mais si cette controverse de la «*gag clause*» a porté à l'attention du public le problème de l'information du patient dans le système de *managed care*, elle n'a en rien résolu le problème. En effet, des questions plus subtiles persistent quant à savoir quelle quantité (ou quelle échelle) de rétention d'informations est nécessaire pour assurer un éventuel fonctionnement plus efficient et plus souple du système de santé (sans préciser quel était le point de vue prédominant: celui du patient ou du HMO!). C'est le même type de raisonnement et d'arguments qui ont été proposés, par exemple en Belgique, pour l'application au début de 1997 de l'arrêté royal limitant l'utilisation des antibioprophylaxies en chirurgie. Si les patients avaient du être informés individuellement des effets et risques potentiels de telles restrictions liées à une «*efficiency-based policy*», cette politique n'aurait pas encore pu être effectivement initiée. Car au pire les patients auraient pu pétitionner de façon à pouvoir disposer de la thérapeutique potentiellement bénéfique, mais coûteuse pour la société. Au mieux la confian-

ce des patients dans le système de soins aurait été un peu plus sapée et le temps passé en explications et palabres irrémédiablement perdu.

RATIONNEMENT LARVÉ OU SAUVEGARDE DE LA RELATION DE CONFIANCE PATIENT-MÉDECIN?

Le rationnement larvé («*silent rationing*») qui est en route depuis quelques années, s'intensifie et les restrictions atteignent maintenant les interventions de faible coût, mais de grande échelle, qui constituent probablement la majeure part des coûts en soins de santé, car étant aussi les interventions souvent les plus bénéfiques aux patients (7). Dans l'autre plateau de la balance se trouve l'avenir et la signification résiduelle de l'obligation d'obtenir un consentement éclairé du patient. Si les options thérapeutiques disponibles pour le patient, et si les informations à propos de ces options, se réduisent de plus en plus, il en sera de même de l'obligation de consentement informé. Portée à l'extrême, cette restriction de l'information et des options offertes aux patients réduira le consentement éclairé au simple droit de refuser le seul traitement restant, ... au seul droit de dire non!

Tout aussi important pour la pratique médicale sont la tradition de confidentialité et la *relation de confiance entre patient et médecin*. Cette double responsabilité - recueil d'informations relatives à la santé du patient pour étayer le processus décisionnel clinique et *confidentialité* pour promouvoir une relation de confiance - a été traditionnellement reconnue, et mutuellement renforcée, car étant perçue comme indispensable pour des soins de qualité et pour le respect des personnes.

C'est ainsi que les «common laws» anglo-saxonnes (7) sont fondées sur l'existence d'une relation spéciale entre patient et médecin, et placent les devoirs de sauvegarde de la confidentialité des données personnelles sur le détenteur de ces données, présumant qu'un seul individu recueille, enregistre, classe et conserve les dossiers médicaux. En cas de viol du secret et de fuite de données confidentielles, la situation sur le plan pénal et civil est grosso modo la même, alors qu'à l'heure actuelle la plupart des données confidentielles sont générées par de multiples sources. Le dossier papier traditionnel, détenu par un responsable, est maintenant «appelable» et souvent «téléchargeable» sur l'écran d'un ordinateur. C'est dans un tel environnement neuf que se rejoignent la problématique du respect de la confidentialité et du consentement informé. En effet, traditionnellement la méthode de contrôle de l'accès aux informations personnelles se faisait par l'information du patient qui donnait ou non son consentement à la divulgation ou à l'utilisation de ses données confidentielles. Cette méthode a vécu à l'ère de la communication et de l'infrastructure administrative omniprésente d'un système

d'allocation de ressources rares. Le contrôle des informations personnelles et le respect de la confidentialité ne sont plus assurés. Le recours à un consentement informé de pure forme pour accéder à ces données ne respecte pas les principes de base, alors que sur le plan juridique il ne libère en rien le médecin de ses responsabilités, car le patient donne en fait un *consentement procédurier* à propos d'un dossier dont il ne connaît que peu ou pas le contenu.

Au-delà du *consentement*, la société doit affronter l'indispensable délibération à propos des biens collectifs qui pourraient être éventuellement générés par l'utilisation des banques de données individuelles et donc en courant le risque de violer la *confidentialité* des patients. Si la société croit, voire décide, que l'utilisation des données confidentielles dans des buts de santé publique se justifie, et que le public doit renoncer à une partie de son droit au respect de la vie privée en échange de biens publics potentiels, alors il est impératif de développer des pratiques rigoureuses et d'application universelle pour le recueil, l'utilisation et la transmission des données personnelles confidentielles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. RAWLS J. - A theory of Justice, Oxford University Press, 1972.
2. NOZICK R. - Anarchy, State and Utopia, Oxford, Blackwell, 1974.
3. VAN PARIJS Ph. - Qu'est-ce qu'une société juste? Introduction à la pratique de la philosophie politique. Paris, Seuil, 1991
4. LE MOUËL. - Critique de l'efficacité, Paris, Seuil, 1991.
5. FIRSHEIN J. - US doctors fight Gag clauses in contracts. *Lancet* 347: 113, 1996.
6. FADEN R. - Managed care and informed consent. *Kennedy Institute of Ethics J* 7: 377-379, 1997.
7. GOSTIN L.O. - Personal privacy in the health care system: employer-sponsored insurance, managed care, and integrated delivery system... *Kennedy Institute of Ethics J* 7: 361-376, 1997.