

ÉTHIQUE MÉDICALE ET BIOÉTHIQUE / MEDICAL ETHICS AND BIOETHICS
À LA RECHERCHE D'UNE ÉTHIQUE UNIVERSELLE EN MÉDECINE
Dialogue de l'histoire et de la philosophie

<http://www.lebanesemedicaljournal.org/articles/67-3/ethics7.pdf>

Anne Marie MOULIN*

Moulin AM. À la recherche d'une éthique universelle en médecine. Dialogue de l'histoire et de la philosophie. J Med Liban 2019 ; 67 (3) : 147-152.

INTRODUCTION

Avec le serment d'Hippocrate [1], la profession médicale revendique une impressionnante continuité à la fois philosophique et éthique. Le serment d'Hippocrate continue à être prêté dans bon nombre de facultés de médecine à travers le monde entier, il est vrai avec de nombreux remaniements dont la disparition de la mention des dieux grecs et des esclaves. Il atteste le souci continu de marquer la spécificité d'une profession reconnue comme un des plus vieux métiers du monde, et rappelle qu'elle obéit à une loi que ses membres ont eux-mêmes définie. Une prétention qui peut paraître exorbitante, mais qui signifie que cette loi doit aussi se positionner par rapport à l'ensemble des lois existantes, à la fois divines et humaines. La permanence apparente de cette déontologie médicale ne doit cependant pas laisser ignorer les changements considérables survenus tout à la fois dans les sciences, dans le droit et dans les mœurs. Au regard de l'histoire et de la philosophie contemporaines, que restait-il aujourd'hui de la revendication d'une profession unie par l'affirmation de valeurs universelles ? Peut-il y avoir permanence et universalité de l'éthique médicale, face au monde d'aujourd'hui, irréductiblement divers et irréversiblement « globalisé » ?

LE SERMENT D'HIPPOCRATE REVISITÉ
CONTINUITÉ ET DISCONTINUITÉ HISTORIQUES

Le serment d'Hippocrate ne représente qu'imparfaitement une continuité historique. Tout d'abord, les spécialistes de la Grèce antique discutent de son attribution à Hippocrate, figure emblématique d'une école de savants médecins, active autour des V^e et IV^e siècles avant Jésus-Christ [2]. Le serment attribué à Hippocrate leur apparaît [3] assez éloigné des théories médicales en vigueur dans l'École de Cos. Ils s'interrogent également sur le lien avec les doctrines stoïciennes et aristotéliennes, et avec

* UMR SPHERE CNRS/Université de Paris VII.
Présidente du Comité d'éthique et de déontologie de l'Institut de recherche pour le développement (IRD)
anne.saintromain@gmail.com

la religion officielle de la cité grecque. Pour eux, le Serment marque avant tout une préoccupation qui s'est avérée durable, de comprendre le métier de médecin comme alliant savoir-faire et engagement désintéressé auprès des malades. La qualité des soins dépendrait de cette alliance qui marque en même temps la supériorité morale du médecin au milieu de cette foire d'empoigne, cette arène d'une vive compétition, que représente le marché de la santé, de l'Antiquité à nos jours, avec son offre bigarrée de la part de multiples praticiens.

Galien, le second père de la médecine après Hippocrate (1^{er} siècle après Jésus-Christ), nous a laissé un *Commentaire du Serment*, où il insiste sur le fait que le médecin est un savant, un philosophe, qui puise dans des livres ses connaissances. Mais le *Commentaire* ne semble pas avoir joué un grand rôle dans le mouvement des idées dans l'Antiquité et avoir eu peu de répercussions sur le traitement officiel de la médecine. Les pouvoirs publics n'intervenaient guère à propos d'un contrat essentiellement moral, entre le médecin et son malade, pour ne pas dire son client.

Dans l'Antiquité tardive, par exemple dans l'Alexandrie des derniers Ptolémées (1^{er} siècle après J.-C.), on s'inquiète désormais des références religieuses du Serment : sont-elles ou non compatibles avec la religion chrétienne [4] ? Les représentants de l'Église, les saintes femmes se mêlent désormais de soigner et de faire des miracles, une concurrence inédite s'amorce.

Le serment d'Hippocrate permet d'évoquer une tradition médicale et scientifique qui unit profondément la France et le Liban, et aussi science arabo-persane et science occidentale. Dans le monde arabe, le Serment a fait l'objet d'une traduction au IX^e siècle. Plusieurs ouvrages traitant de *hisba* (droit des affaires économiques et commerciales au regard du droit islamique) font mention du Serment à propos de la profession médicale. Le contenu du Serment rappelle en effet les principes guidant le *muhtasib* ou fonctionnaire chargé par les édiles de la moralisation du *sûq* (le marché) : il contrôle l'exactitude des poids utilisés, la qualité des denrées et l'absence de fraude sur les plantes médicinales, et plus largement sur tous les remèdes proposés aux chalandes. En Perse, pendant tout le XIX^e siècle, le titre de *Boqrâtol-hokamâ*, qui peut se traduire littéralement par l'Hippocrate des médecins, est la plus haute distinction décernée par les shahs Qadjar aux médecins de cour.

Quand l'École de Médecine du Caire fut créée par le pacha d'Égypte Mohamed Ali en 1827, la référence à l'antiquité de la profession et au patrimoine scientifique commun aux Grecs et aux Arabes figura constamment dans les discours officiels et les traductions des manuels de l'École en langue arabe [6]. Un tableau existe représentant la première séance de dissection, en présence d'oulémas d'al-Azhar, sous des cartouches portant les noms d'Hippocrate et de Galien aux côtés de ceux d'Ibn Sîna et de Râzî [7]. Au congrès international de médecine d'Alexandrie en 1928, même référence rituelle à Hippocrate et son serment. À la période nassérienne, le Serment est prononcé par les promotions de médecins à la Faculté de Qasr al-Ayni, au cours d'une grande cérémonie officielle.

En Europe occidentale, la prestation officielle du Serment par les médecins semble ne s'être imposée que tardivement. La première mention de sa prestation se situerait à Wittenberg en 1508 et à Bâle en Suisse en 1570. Au XIX^e siècle, le souvenir d'Hippocrate a été relancé, en rapport avec la réorganisation de la profession, pour relever son prestige et lutter contre la concurrence, tout en se dégageant du contrôle de l'Église. Anne-Louis Girodet, artiste élève de David, en 1792, au moment de la Révolution, peint Hippocrate, debout, tête nue, refusant les présents du roi de Perse Artaxerxès, affirmant à la fois son indépendance et son attachement à la démocratie de son pays. En 1816, le tableau est offert par son propriétaire à la Faculté de médecine de Paris. « Qui n'a senti toute la force et la noblesse du refus qui éclate dans les gestes de l'Hippocrate du beau tableau de M. Girodet que possède aujourd'hui la Faculté de médecine de Paris ? [8] ». Après le désastre de la guerre de 1870, sous la Troisième République, la référence à l'Antiquité fut remobilisée. Une gravure tirée de l'œuvre de Girodet fut suspendue dans la salle d'honneur de la Faculté de médecine de Paris dite des Cordeliers, au Quartier latin, où elle se trouve toujours.

Au XX^e siècle, le Serment a été remis à l'honneur, pour consolider la profession à la fois dans son éthique et ses privilèges, et relance la question de sa profondeur historique et de la mise à jour de ses valeurs de référence. (Je l'ai moi-même prêté, comme beaucoup de confrères et consœurs à Beyrouth). Le serment d'Hippocrate a été réécrit par l'Association médicale mondiale, fondée en 1947, et révisé à plusieurs reprises (Serment dit de Genève).

Cette constance ne saurait cacher une évolution de la pratique réelle, entamée à vrai dire dès l'institution du Serment. Même si les dynasties de médecins sont toujours restées fréquentes, il y a longtemps que la transmission du savoir s'est démocratisée et a franchi les bornes d'une étroite corporation. La chirurgie, exclue du Serment (interdiction du maniement du couteau pour l'opération de la « taille ») fait partie intégrante de la médecine

depuis la fin du XVIII^e siècle. Les thérapeutiques, même si elles s'apparentent à des poisons, ont droit de cité, depuis le temps des thériaques et autres remèdes « composés » (*adwiyya mourakkaba*) jusqu'aux médicaments contemporains.

Au Moyen Âge et à la Renaissance, avaient lieu des procès visant à faire reverser l'argent reçu par les thérapeutes lorsque leurs recettes s'avéraient inefficaces. C'est, paradoxalement, au XIX^e siècle, quand l'anatomie et la physiologie se targuaient de progrès considérables, (peut-être en rapport avec le nihilisme thérapeutique de la période romantique [10]) que la doctrine juridique de l'obligation de moyens, et non de résultats, s'interpose entre le médecin et les revendications du patient, une doctrine que Philippe Meyer a qualifié de doctrine de « l'irresponsabilité médicale » [11]. Le médecin n'est pas tenu par une obligation de résultats, mais seulement de moyens, évidemment fonction du progrès des connaissances et des techniques mais aussi de plusieurs éléments contextuels. La question de l'efficacité et de l'efficacé des gestes thérapeutiques se pose désormais et pourrait s'inscrire dans la législation, ouvrant une nouvelle ère des rapports juridiques entre médecin et malade, déjà amorcée dans le domaine de la chirurgie esthétique.

Aujourd'hui, c'est là que s'inscrit la question, véritable blessure ouverte au flanc de l'éthique, de l'accès aux soins des individus et des populations, dès lors qu'une thérapeutique se révèle efficace en un point du monde pour une maladie donnée, C'est toute la problématique du droit aux traitements dans les pays les moins « avancés ». En 2002, la découverte de l'efficacité de certains antirétroviraux a entraîné la création du *Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*, qui œuvre pour la diffusion des nouveaux traitements. Mais la dénonciation du déni de justice peut s'étendre à toutes les maladies pour lesquelles le traitement existant n'est pas disponible, comme par exemple celui de l'hépatite C depuis 2014.

MÉDECIN DE L'INDIVIDU OU DES COLLECTIVITÉS ?

Ces considérations amènent à revenir sur la nature des obligations du médecin, dans un serment d'Hippocrate revisité. D'après le Serment, les obligations du médecin valent vis-à-vis de l'individu dont il partage les secrets. Seule une connaissance approfondie des caractéristiques de son patient lui permet en effet une meilleure orientation de son diagnostic et une adaptation plus fine de son traitement. L'idéal sous-jacent est conforme à l'esprit du *Qaniin* d'Ibn Sîna (XI^e siècle après J.-C.), selon qui tout traitement doit tenir compte des particularités du malade : sexe, âge, caractéristiques corporelles, profession, préférences alimentaires, exercices physiques et sport, activités sexuelles, etc. Tous, éléments de ce qui s'appelle en termes

contemporains la « singularité de l'individualité », « *The Uniqueness of the Individual* [12] », selon le terme de Sir Percy Brian Medawar [13], prix Nobel 1960 et pionnier de l'immunologie des greffes d'organes. L'idée d'une thérapeutique « *tailor-made* », sur mesure pour l'individu, a aujourd'hui toutes les faveurs du public, même si nous sommes encore loin du compte dans nos espérances vis-à-vis de la médecine future, dite « personnalisée ».

Le bénéficiaire du Serment était donc d'abord l'individu. Mais la dimension collective est apparue très tôt en filigrane. Au Moyen-Âge, des gravures pleines d'imagination représentent Hippocrate soignant les malades, lors de la grande « peste » d'Athènes [14] (IV^e siècle avant J.-C.). Au moment de la Réforme, le médecin anglais Gideon Harvey insiste sur le fait que médecins et religieux doivent rester à leur poste, quoi qu'il arrive [15], malgré le vieil adage parfois attribué à Hippocrate : en cas d'épidémie, « Pars loin, tôt et reviens tard » « *Cito, longe et tarde* [16] ». Au XVII^e siècle, les avis diffèrent sur la conduite à tenir par le médecin en temps de peste. Se consacrer avant tout à son patient (surtout quand il s'agit d'un grand de ce monde) et le suivre dans son prudent exode ? Ou assurer ses devoirs envers la collectivité ?

Dès la Grande Peste du XIV^e siècle, la désertion chronique des médecins avait obligé nombre de cités, en Italie par exemple, à réquisitionner des « médecins des épidémies » chargés sur place d'assister la population [17]. Pour les autorités, les médecins représentent des « trésors de savoirs [18] », certes à ne pas gaspiller en les exposant inconsidérément au danger [19], mais dont la présence, tout comme celle des magistrats, est indispensable pour prévenir le désordre qui s'empare de la cité par temps d'épidémie quand, comme le disait Thucydide : « Nul n'est plus retenu ni par la crainte des dieux, ni par les lois humaines. [20] » À la veille de la Révolution française, l'institution des médecins des épidémies a reçu tous les encouragements de la Société royale de médecine [21]. La santé publique est une figure encore marginale, mais nullement absente de l'éthique médicale.

HUMANISTE ET HUMANITAIRE DISTINCTION DE RAISON OU VÉRITABLE DISSIDENCE ?

Cela nous amène à considérer deux états possibles de cette éthique, une version qu'on peut dire « humaniste », avec un clin d'œil à la tradition antique, médiévale et renaissante, gréco-latine et arabe, et une version « humanitaire ».

Le terme humanitaire aurait été lancé par Lamartine en 1835 en se réclamant de l'humanité toute entière, reléguant au second plan les divisions entre nations, ethnies et religions, et surtout affirmant l'unité de l'espèce humaine, au milieu des débats des naturalistes partisans du

mono- ou du polygénisme. C'est dans cet esprit que la Croix-Rouge a été créée par Henri Dunant en 1859, pour porter secours aux combattants de tous les fronts, et que la Convention de Genève a entériné en 1864 le principe d'une assistance bilatérale. Mais la première organisation médicale humanitaire au sens large a été créée lors de la guerre de Sécession du Biafra (1967-1970) [22], quand le Groupe médico-chirurgical d'urgence devint Médecins sans frontières (MSF) en 1971 [23].

Il existe une tension palpable entre les versions humaniste et humanitaire, qui pose le problème du rapport à la Loi des héritiers d'Hippocrate [24]. Médecins sans frontières s'est positionné en face d'états passifs et indifférents et d'organisations internationales empêtrées dans un système de négociations frisant la connivence [25]. Ses militants n'ont pas hésité, parfois au risque de leur vie, à passer les frontières clandestinement, par exemple en Afghanistan [26].

De quelle loi s'agit-il ? D'une loi formulée par la profession, définissant droits et obligations du praticien et théoriquement garantie par la plupart des États, y compris le devoir d'assistance à personne en danger [27]. Sur cette obligation peut se bâtir toute une casuistique, y compris la dérogation à l'obligation d'obtempérer aux injonctions des pouvoirs politiques locaux [28] et des forces de l'ordre, bref le droit à « résister », suivant le mot d'ordre popularisé par Stéphane Hessel [29]. Ce sont les insuffisances de la version humaniste traditionnelle, qui ont conduit à lui adjoindre une version « humanitaire » qui la compléterait. Peut-on alors parler d'un écartèlement entre les deux versions ? D'un engagement dans une situation d'urgence, marquée au sceau de l'exceptionnel, la médecine humanitaire a évolué vers une autre forme, marquée par l'assistance à toutes les détresses, y compris les affections chroniques, en se heurtant évidemment à la multiplicité des besoins et à la difficulté de choisir les bénéficiaires au milieu d'un océan de souffrances, face à une récession de l'État-providence dans beaucoup de pays ou de sa carence dans les autres.

Avec la médecine humanitaire, la relation médecin/patient s'est dilatée aux dimensions du monde : « Dans leur salle d'attente, deux milliards d'hommes », redisent les panneaux publicitaires pour MSF à partir de 1978 [30]. La relation médecin/patient était médiatisée par le corps du patient individuel. Le corps est devenu un corps collectif. L'humanité, sujet de droits, a acquis une sorte de personnalité juridique. Les dernières versions du Serment de Genève de l'Association médicale mondiale et de l'OMS oscillent entre l'humanité et le patient pour désigner le corrélat des activités médicales. Cependant, les nouveaux humanitaires, prompts à se substituer aux États, s'interrogent sur les choix à faire, dans le cadre d'une mission universelle dont la présence est requise sous

toutes les latitudes. L'ambition de soulager toutes les misères du corps et de l'esprit se double d'interrogations sur la légitimité, l'efficacité et la pertinence des interventions. Enfin, les socio-anthropologues mesurent l'écart qui s'accroît entre le « *cure* » ou traitement au sens technique et le « *care* » adressé à la personne et répondant plus pleinement à son attente : si le premier relève de la médecine classique, le second renvoie à une pensée holistique qui impose de revoir droits et devoirs de la profession, et de réviser ses modes d'intervention.

PHILOSOPHIE DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE LE « MÉDECIN DE SOI »

Dans une perspective de médecine holistique et d'émergence du malade comme sujet, un détour inattendu s'impose par la philosophie cartésienne. Celle-ci est connue par sa distinction entre la pensée et l'étendue (dont le corps fait partie), la première étant plus facile à connaître (par le cogito) que la seconde, assimilée à un ensemble de mécanismes que la science a cependant pour but de comprendre et de maîtriser. Mais dans les *Entretiens avec Burman* comme dans ses lettres à la Princesse Elisabeth, Descartes s'intéresse de plus en plus à l'interaction du corps et de l'âme, à propos des émotions et des passions qui jouent un grand rôle dans santé et maladie. Il est ainsi amené à proposer que précisément l'expérience des émotions et des passions, analysée avec rigueur, serve à jeter les fondements d'une nouvelle médecine dans son *Traité de l'Homme*, resté inachevé. Qui plus est, il suggère qu'une fois parvenu à un certain âge, tout homme puisse, tirant parti de son érudition, mais aussi de sa longue expérience, communiquer les fruits de son exercice de la raison, et appliquer à lui-même ses conclusions, afin de jouir d'une longévité sans précédent et à tout le moins d'une vieillesse dépourvue d'infirmités, permettant d'exercer jusqu'au bout la suzeraineté de la raison sur un corps docile [33].

Finalement, on ne saurait être mieux soigné que par soi-même, en raison de la connaissance profonde et prolongée de son propre corps, ce corps si intimement associé à l'exercice de la pensée par une relation intersubstantielle entre pensée et étendue, qui demeure à bien des égards une énigme pour le philosophe du cogito [34]. La médecine professionnelle s'efface ainsi au profit du « médecin de soi-même » [35]. Mais cette forme de solipsisme rend difficile la confrontation d'expériences individuelles et le fonctionnement de l'intersubjectivité.

C'est la philosophie kantienne qui permet de sortir de cette situation et rend possible l'objectivation du corps d'autrui pour la connaissance, assorti du principe de n'accepter pour maxime morale que celle qui peut être universalisable.

En d'autres termes, il ne peut y avoir d'humanisme médical que s'il peut se déployer en humanitarisme tourné vers autrui.

VERS UNE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE

La pérennisation du serment d'Hippocrate, sous quelque forme que ce soit, ne saurait donc dissimuler l'évolution considérable qui a eu lieu dans la science, les mœurs et la médecine. Tous les hommes ne sont pas devenus, loin de là, médecin de soi, bien que l'éducation médicale se soit considérablement développée, et que la plupart des sociétés aient subi une médicalisation en profondeur. La relation entre médecin et malade en revanche s'est beaucoup transformée.

La relation entre médecin et malade avait jadis été présentée par Louis Portes, premier président du Conseil de l'Ordre des médecins en France, comme une relation avec un patient « passif, aveugle et dolent [36] ». Le terme de patient, couramment employé aujourd'hui, était déjà en usage au XVIII^e siècle mais uniquement pour les malades chirurgicaux, voués à une longue patience au sens fort, c'est-à-dire à la torture d'une chirurgie sans anesthésie. « Patient » ne correspond plus à aucun des qualificatifs utilisés par Portes, il est de fait et de droit actif, autonome et éclairé. La relation entre médecin et malade a grandement perdu de son asymétrie. Le patient peut puiser dans son milieu une masse d'informations à partir de laquelle il engage le dialogue presque à égalité avec son interlocuteur diplômé. Il possède des droits opposables : une Charte du patient hospitalisé, inaugurée en France en 1974 et remaniée en 1995, qui les énumère.

Mais ces rééquilibrages ne concernent pas, loin de là, tous les malades. Tout le monde ne dispose pas des mêmes loisirs et des mêmes sources d'informations, ce qui a provoqué l'apparition d'inégalités d'un nouveau type. Nombreux sont ceux qui ne bénéficient pas de cette émergence de l'autonomie du malade qui, sans diplôme, peut néanmoins bénéficier d'une combinaison de toutes les sources de savoirs. Nombreux aujourd'hui sont ceux, désignés comme « vulnérables [37] », qui n'ont pas accès à la plénitude du soin, que cette vulnérabilité soit due aux circonstances – réfugiés, migrants, à la suite de guerres et catastrophes diverses –, à leur état physique : handicapés, ou à leur statut social : femmes, vieillards, prisonniers.

La revendication d'autonomie s'est accompagnée d'une contestation vis-à-vis de la médecine officielle et de la multiplication des médecines dites « parallèles », bien que certaines d'entre elles aient acquis droit de cité dans les facultés, en particulier l'homéopathie et l'acupuncture.

La critique adressée par Michel Foucault aux excès du biopouvoir dont il voyait l'inauguration dans le Grand Renfermement hospitalier du début du XVII^e siècle [38], a fait place à un mouvement plus large de contestation et même de résistances, comme dans l'exemple de la vaccination. L'émergence de l'autonomie du sujet et la reconnaissance de la parole, des plaintes et des demandes du patient, la transformation des techniques de communication semblent avoir atténué les contrastes et la dissymétrie d'autrefois. Mais si l'individualité biologique doit être respectée, si est projeté dans l'avenir l'idéal d'une thérapeutique adaptée aux particularités génétiques et immunologiques (bon ou moins bon répondeur, idiosyncrasie, etc.), une prise en charge holistique de la personne, corps et esprit, ne doit-elle pas tenir compte aussi de sa culture, à tous les sens du mot ?

Finalement, au regard de l'histoire et de l'anthropologie contemporaines, que reste-t-il de la revendication d'unité d'une profession unie par l'adhésion à des valeurs tenues pour universelles ? Va-t-on assister à la babélisation de la médecine, procédant d'une reconnaissance des valeurs plurielles des patients mises au centre d'un soin véritable, *care* au-delà du *cure* ? Question qui tempère le débordement d'optimisme sur les avancées et innovations constantes de la médecine contemporaine.

BABÉLISATION DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE OU RENOUVELLEMENT DE SES VALEURS ?

Cette crise des valeurs de l'éthique médicale est accueillie par tout un courant de l'anthropologie contemporaine comme préluant à une nouvelle approche de la médecine et à une nouvelle évaluation de sa place dans l'amélioration de la qualité de la vie, et pas seulement son allongement.

En ce qui concerne les progrès de la longévité humaine, la question soulevée en 1975 par la *Némésis médicale* d'Ivan Illich [39], de la part prise par la médecine était restée ouverte. Après sa déclaration fracassante du droit universel à la santé en 1947, l'OMS a mis cinquante ans sinon à percevoir du moins à proclamer l'importance des facteurs sociaux dans la genèse et le maintien de la santé publique et collective. En 2008, elle a édité un rapport exhaustif sur la place des déterminants sociaux de la santé [40].

En 2014, le journal anglais *Lancet* a publié un rapport introduisant une petite révolution dans l'éthique du soin : selon ses auteurs, l'absence de reconnaissance des valeurs culturelles locales est un des principaux obstacles à l'amélioration globale de la santé pour tous [41]. Le rapport ne contenait pas qu'une condamnation de l'oubli des cultures locales incarnées dans les individus. Il appelait de façon positive à prendre en compte la « créativité »

des patients et l'apport irremplaçable de leurs souffrances et de leurs besoins. Il évoquait le « silence forcé » des malades et plaidait pour un dialogue renouvelé, à propos de leurs valeurs respectives, dans un monde plus concret, ne se contentant pas de l'affirmation d'un universalisme abstrait.

Une attention plus poussée à la diversité culturelle permettrait de faire une meilleure médecine, et à moindres coûts. Entre autres, le temps mis à prendre l'histoire clinique diminuerait le poids des tests et examens dits autrefois « complémentaires », sans parler du sacro-saint scanner (CT Scan), si répandu quasiment en routine qu'il a fallu mettre à l'étude un « scanner *low dose* », qui fait subir un dixième de l'irradiation due au scanner version standard (0,5 au lieu de 5 millisieverts).

Dans cet effort pour faire une vraie place à la culture de l'Autre, les auteurs du *Lancet* voient aussi un enjeu épistémologique, le maintien d'un pouvoir heuristique, d'une capacité d'appréhender l'inconnu, en bref d'innover, un souci permanent de la science médicale contemporaine.

Les anthropologues rappelaient ainsi que la médecine est aussi une culture. L'examen du serment d'Hippocrate et de ses vicissitudes historiques l'illustre amplement. Le progrès scientifique lui-même prouve la fragilité et la naïveté de beaucoup de nos certitudes. En même temps, l'éternel retour au serment d'Hippocrate permet utilement de rappeler l'importance de la construction d'une confiance pour mettre en place un traitement et obtenir la compliance. On n'est pas si loin de la vieille formule de la rencontre d'une confiance et d'une conscience.

RÉFÉRENCES

1. Version dans la traduction française de Littré. Dictionnaire de la pensée médicale. Dominique Lecourt éd. Paris : Presses Universitaires de France, 2004: 1030-1031.
2. Rosenthal F. An ancient commentary of the Hippocratic Oath. *Bulletin of the History of Medicine* 1956; 30: 52-87.
3. Nutton V. Healers in the medical market place: towards a social history of Graeco-Roman medicine. In: Andrew Wear ed. *Medicine in Society*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008: 1-58.
4. Temkine O. Hippocrates in a World of Pagans and Christians, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.
5. Ebrahimnejad H. Le dialogue entre religion et médecine en Iran au XIX^e siècle. In: *Le labyrinthe du corps. Islam et Révolutions médicales*. AM Moulin éd. Paris: Karthala, 2013: 91.
6. Moulin AM. L'esprit et la lettre de la modernité égyptienne. L'enseignement médical de Clot bey. In: Panzac, Raymond, eds. *La France et l'Égypte à l'époque des vice-rois 1805-1882*, IFAO, Cahier des Annales islamologiques 2002; 22: 119-134.
7. Musée de la Faculté de médecine de Qasr al-Ayni, au Caire.
8. Panckoucke C. *Dictionnaire des Sciences médicales*, Paris, 1817, vol 18, p. 573.

9. Rabier C. Article Chirurgie. In: Dominique Lecourt, éd. Dictionnaire d'histoire de la médecine. Paris: PUF, 2004: 231-236.
10. Ackerknecht E. *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1967.
11. Meyer P: *L'irresponsabilité médicale*, Paris: Grasset, 1993.
12. Medawar PB: *The Uniqueness of the Individual*. London: Methuen, 1957.
13. Sujet britannique, d'une famille d'origine libanaise ayant émigré en Amérique latine.
14. Nutton V: *Ancient Medicine*, London: Routledge, 2004: 54.
15. Harvey G: *A Discourse on the Plague...*, Nathaniel Brooke, London 1665.
16. Vargas F: *Pars vite et reviens tard*, Paris: Viviane Hamy, 2001.
17. Carpenter E: *Orvieto et la peste noire de 1348*, Paris : Imprimerie nationale, 1967.
18. Ole Peter Grell. *Conflicting duties : Plague and the obligations of early modern physicians towards patients and Commonwealth in England and the Netherlands*. In: Andrew Wear, Johanna Geyer-Kordesch and Roger French eds. *Doctors and Ethics: the Earlier historical setting of professional ethics*. Amsterdam: Rodopi, 1993: 131-152.
19. Voir la devise de la Croix-Rouge: « Servir en Survivant ».
20. Thucydide: *La Guerre du Péloponnèse*, Livre II, LIII, Les Belles Lettres, 1967: 62.
21. Desai JP, Goubert JP, Le Roy Ladurie E, Meyer J, Muller O & Peter JP: *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIII^e siècle*, Paris: Mouton, 1972.
22. Brauman R: *La médecine humanitaire*, Paris: PUF, Que sais-je ?, 2009.
23. Rufin JF: *L'aventure humanitaire*, Paris: Gallimard, 1994.
24. Godeau P: *Les héritiers d'Hippocrate. Mémoires d'un médecin du siècle*, Paris: Flammarion, 2000.
25. Favez JC: *Une mission impossible ? Le CICR, les déportations et les camps de concentration nazis*, Lausanne: Payot, 1988.
26. Weber O: *Les 25 ans d'épopée des hommes et des femmes qui ont inventé la médecine humanitaire*, Paris: Robert Laffont, 1995.
27. En France, Article 68 du Code civil.
28. Moulin AM. *Wissenschaft, Mythos und Medizin vor 1947*. In: Ulrich Troehler und Stella Reiter-Theil, eds. *Ethik und Medizin, 1947-1997*. Göttingen: Wallstein, 1997: 41-60.
29. Hessel S. « Résister, c'est créer. ». In: *Indignez-vous*, Paris: Ed. Indigène, 2010.
30. MSF: *Dans leur salle d'attente, deux milliards d'hommes*, Paris: Chêne Hachette, 1987.
31. Mol A. *The Logic of Care : Health and the Patient's Choice*, London: Routledge, 2008.
32. Lawrence C & Weisz G: *Greater than the Parts, Holism in Biomedicine, 1920-1950*, Oxford: Oxford University Press, 1998.
33. « La médecine peut nous exempter d'une infinité de maladies », Descartes, *Discours*, Adam-Tannery, vol. VI, p. 62, « et nous affranchir de la vieillesse et délais de la nature », *Entretien avec Burman*, Œuvres complètes, tome V, p. 179. Descartes était de l'avis de Tibère "que ceux qui ont atteint l'âge de trente ans eussent assez d'expérience des choses qui leur peuvent nuire ou profiter pour être eux-mêmes leurs médecins". Lettre au marquis de Newcastle, Œuvres de Descartes, Editions Adam-Tannery, tome IV, p. 168.
34. Romano C: *Les trois médecines de Descartes. Dix-septième siècle 2002/4*, N° 217, pp. 675-696.
35. Aziza-Shuster E. *Le médecin de soi-même*, Paris: PUF, 1972.
36. Dans une conférence prononcée en 1950: Louis Portes, *À la recherche d'une éthique médicale*, 1^{re} édition 1954 (Paris, 1964), p. 159.
37. Moulin AM. *Genèse et usages de la notion de vulnérabilité*. In: Ababou M & Radi-Ferrié S, eds. *Santé, politiques sociales et formes contemporaines de vulnérabilité*. Université Sidi Mohamed Ben Abdallah de Fes et Centre Jacques Berque, 2015: 19-40.
38. Foucault M: *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris: Plon, 1961.
39. Illich I: *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris: Seuil, 1975.
40. Friel S, Marmot M, Bell R et al. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Geneva, 2008. Moulin AM, *Determinants of Health. A comment*. In: Bhattacharya, Messenger, Overy, editors. *Social Determinants of Health, Assessing Theory, Policy and Practice*, New Delhi: Orient Blackswan, 2010: 325-336.
41. Napier AD, Ancarno C, Butter B et al. *Culture and Health*. *Lancet* 2014; 384 (9954): 1607-1639.