

*Le Serment d'Hippocrate  
face aux évolutions bioéthiques :  
boussole pour le médecin  
ou vestige symbolique?*

## Présentation

Cet essai interroge la place actuelle du serment d'Hippocrate dans un contexte marqué par les évolutions éthiques contemporaines. L'angle adopté est anthropologique au sens large, c'est-à-dire centré sur la conception de l'homme et du soin qui sous-tend la pratique médicale. L'objectif est double. Il s'agit d'abord de montrer que le serment n'est pas un simple vestige historique, mais qu'il exprime une certaine idée de la médecine fondée sur la responsabilité, la limite et la protection du vulnérable. Il s'agit ensuite d'examiner si les transformations récentes : primauté de l'autonomie, nouvelles pratiques biomédicales, contraintes économiques, constituent des ajustements compatibles avec cet héritage ou traduisent une redéfinition plus profonde du rôle du médecin. La démonstration cherche ainsi à éclairer une question centrale : le médecin est-il encore celui qui soigne selon une finalité propre, ou devient-il l'exécutant de projets individuels ou sociétaux ?

## Résumé

L'essai s'ouvre sur un rappel de la place fondamentale du serment d'Hippocrate. Il montre que, malgré ses adaptations historiques, ce texte a durablement structuré l'identité du médecin autour de principes essentiels : ne pas nuire, refuser de provoquer la mort, protéger la vulnérabilité du patient et inscrire l'acte médical dans une finalité morale claire.

Dans un second temps, l'analyse se tourne vers les évolutions contemporaines. L'affirmation croissante du principe d'autonomie, les débats actuels relatifs à la fin de vie, les pratiques de médecine reproductive ou encore les nouvelles technologies biomédicales discutées dans le cadre des Etats Généraux de la Bioéthique, interrogent la finalité même du soin. Se dessine alors une tension croissante entre une médecine orientée vers le bien du patient et une médecine répondant prioritairement à la demande individuelle.

Enfin, l'essai met en lumière les pressions structurelles qui tendent à transformer le soin en prestation de service. Il conclut que le serment conserve une valeur normative à condition de demeurer une limite intérieure et éthique réelle, et non un simple héritage symbolique.

## Références bibliographiques et numériques

### Textes fondateurs et institutionnels

- Conseil national de l'Ordre des médecins  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
- Dictionnaires académiques : <https://www.academie-medecine.fr/dictionnaire/>,  
<https://www.dictionnaire-academie.fr/>
- Musée virtuel de la Médecine, Dr Aly Abbara (traductions du serment)  
[https://www.aly-abbara.com/museum/medecine/meseum\\_virtuel\\_medecine.html](https://www.aly-abbara.com/museum/medecine/meseum_virtuel_medecine.html)
- Etats Généraux de la Bioéthique, 2018, Avis n°129  
[https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis\\_129\\_vf.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis_129_vf.pdf)
- Rapport Belmont (1979)  
<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
- Loi Kouchner du 4 mars 2002  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

### Ouvrages

- Hippocrate, *Le traité des épidémies*
- Beauchamp et Childress, *Principles of Biomedical Ethics*
- Aude Dugast, Jérôme Lejeune, *La liberté du savant*
- Jacques Testart, *Le Désir du gène*

### Références complémentaires

- Cours de la Faculté de médecine
- Dr Aimé Ravel, *La brûlante actualité du serment d'Hippocrate datant du Ve siècle avant Jésus-Christ*  
<https://www.fondationlejeune.org/wp-content/uploads/2014/05/20ans-BAT-260214.pdf>
- Emission France Info  
[https://www.franceinfo.fr/replay-jt/franceinfo/12-13-info/le-11h-13h-du-lundi-16-fevrier-2026\\_7767122.html](https://www.franceinfo.fr/replay-jt/franceinfo/12-13-info/le-11h-13h-du-lundi-16-fevrier-2026_7767122.html)

## Introduction

Vingt-cinq siècles après son instauration, le serment d'Hippocrate «est considéré comme l'un des textes fondateurs de la déontologie médicale», selon le conseil national de l'ordre des médecins. Au fil du temps, il a accompagné l'entrée dans la profession médicale et contribué à structurer la représentation que les médecins se font de leur responsabilité. Il constitue à la fois un repère historique et un engagement solennel. Plus qu'un rituel de fin d'études, c'est l'expression d'une évidence partagée : celle d'une médecine orientée vers le soin, le refus de nuire, et la protection des plus vulnérables. De génération en génération, il a façonné l'identité du médecin en l'inscrivant dans une responsabilité morale indissociable de l'acte de soigner.

Certes, ce serment n'a jamais été figé. Les invocations aux dieux d'Olympe ont disparu et les formulations se sont adaptées aux cultures et aux époques. L'histoire du texte est celle d'ajustements successifs, destinés à le rendre intelligible et applicable dans des contextes nouveaux. Ces évolutions font émerger une interrogation légitime quant à leur nature : constituent-elles un simple ajustement culturel ou traduisent-elles une transformation profonde de la conception même de la médecine? Jusqu'où un serment peut-il évoluer sans que son identité morale en soit affectée ? Ne serait-ce pas hypocrite de continuer à le nommer d'après Hippocrate s'il n'en a pas conservé sa substance?

Questionner le serment d'Hippocrate revient à interroger la dimension éthique de l'acte médical. L'éthique, du grec ἦθος (èthos = morale), est définie par l'Académie française comme la «réflexion relative aux conduites humaines et aux valeurs qui les fondent, menée en vue d'établir une doctrine, une science de la morale». Lors d'ateliers organisés par l'EREGE (Espace de réflexion éthique du Grand Est), la différence entre morale et éthique a été soulignée. Alors que la morale définit le bien et le mal dans un cadre formel et dogmatique, l'éthique porte sur une réflexion de la pratique, qui serait plus adaptative. Plus qu'un ensemble de règles, l'éthique en est l'examen critique et raisonné. L'Académie de médecine caractérise l'éthique médicale comme «l'ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients». En médecine, l'éthique structure ainsi l'exercice même du soin : elle ne s'y ajoute pas, elle en détermine le sens et les limites. Jérôme Lejeune, médecin français très attaché au serment d'Hippocrate, rappelait : «la technologie est cumulative, la sagesse ne l'est pas». L'éthique est là pour encadrer ces prouesses technologiques.

À l'heure des évolutions bioéthiques contemporaines, le serment d'Hippocrate demeure-t-il une véritable boussole pour le médecin, ou risque-t-il de devenir un vestige symbolique ?

## **Le serment d'Hippocrate : un engagement moral**

### **Primum non nocere**

«ὠφελέειν, ἢ μὴ βλάπτειν», «Primum non nocere» a écrit Hippocrate dans *Le traité des épidémies*. Dès les premières années d'études médicales, cette maxime s'impose comme une exigence structurante. On la retrouve dans le serment d'Hippocrate : «je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice». Avant même de guérir, le médecin doit veiller à ne pas aggraver la situation de celui qui lui est confié.

La définition même du soin met en exergue cette responsabilité du médecin envers son patient. L'académie nationale de médecine définit les soins comme «l'ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale.» Cette orientation vers le bien du patient distingue l'acte médical d'une simple prestation technique.

Ce refus de nuire impose au médecin une grande humilité. Dans le serment d'Hippocrate original, il était noté : «Je ne taillerai pas les calculeux et je laisserai cette pratique à des professionnels». Cette référence spécifique à l'urologie s'explique par la fréquence importante des calculs vésicaux en Grèce. On devait faire appel à un médecin plus expérimenté pour réaliser cette opération. Cette explication est retrouvée dans l'œuvre posthume de Louis Portes sur le serment d'Hippocrate. Reconnaître qu'un geste dépasse sa compétence, qu'un diagnostic demeure incertain, qu'un risque n'est pas suffisamment maîtrisé, relève d'une exigence éthique. La prudence et l'humilité professionnelle deviennent ainsi une condition du soin. Le refus d'agir peut, dans certaines circonstances, constituer la décision la plus raisonnable.

### **Une relation asymétrique**

Intervenir sur un corps souffrant, c'est exercer un pouvoir sur une personne vulnérable biologiquement mais aussi psychologiquement et existentiellement. La maladie fragilise, inquiète, parfois isole. La capacité de décision peut être altérée par la peur ou la douleur. Le patient consulte parce qu'il est dépendant d'un savoir qu'il ne maîtrise pas.

Cette asymétrie impose au médecin une responsabilité accrue. Le pouvoir médical est réel : pouvoir de diagnostiquer, de prescrire, d'orienter, parfois de décider en urgence. Mais ce pouvoir ne trouve sa légitimité que dans sa finalité thérapeutique. Il n'est pas domination, il est service.

Cette responsabilité supérieure suppose en retour une confiance. Le patient accepte de livrer son intimité, de se soumettre à des examens, de suivre des prescriptions. Comme l'écrivait Louis Portes : «le colloque singulier entre le médecin et le patient est la rencontre d'une confiance et d'une conscience». Ainsi, la relation médecin-patient demeure structurée par une dissymétrie qui fonde une exigence morale particulière. C'est cette exigence qui confère au serment sa portée.

## Une identité professionnelle

Au-delà des principes qu'il énonce, le serment participe à la construction d'une identité professionnelle. Il ne se limite pas à encadrer des actes ; il engage la manière d'être du médecin. En ce sens, il ne constitue pas un supplément moral extérieur à la technique médicale, mais une dimension intrinsèque de la profession. L'éthique n'y est pas ajoutée a posteriori; elle est intégrée à chaque décision, à chaque geste, à chaque relation. Diagnostiquer, prescrire, annoncer un pronostic sont des actes techniques, mais aussi des actes moraux.

Le serment ancien évoquait : «Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté». Le soignant ne doit pas instrumentaliser celui qu'il soigne. Comme le souligne le Dr Aimé Ravel dans *La brûlante actualité du serment d'Hippocrate datant du Ve siècle avant Jésus-Christ*, «l'innocence est la qualité de celui qui ne nuit pas», et la pureté donne la capacité de considérer le patient «comme une personne, quels que soient ses troubles physiques ou psychiques». En ce sens, le serment ne définit pas seulement des interdits ; il impose une attitude, et propose un cadre structurant pour l'ensemble de la profession. Il contribue à distinguer la médecine d'une simple prestation de services en rappelant qu'elle repose sur un engagement moral. Si cette dimension venait à s'effacer, la profession risquerait de perdre ce qui fait sa spécificité.

Ainsi, la médecine suppose une véritable vocation. Le serment d'Hippocrate oriente la médecine vers une finalité précise : le bien du patient. La responsabilité du médecin ne consiste pas à exécuter une demande, mais à exercer un jugement professionnel au service du soin. Si la médecine mobilise des savoirs scientifiques, elle ne saurait s'y limiter : sans finalité morale, elle deviendrait une technique parmi d'autres. C'est donc une certaine conception de l'identité médicale, fondée sur la protection du plus vulnérable et sur une responsabilité supérieure, que le serment contribue à structurer. Or, cette conception se trouve aujourd'hui confrontée à de profondes recompositions du paysage bioéthique contemporain.

## **Les évolutions contemporaines**

### **L'autonomie comme principe dominant**

Depuis la seconde moitié du XXe siècle, la bioéthique occidentale s'est progressivement structurée autour du principe d'autonomie. Le rapport Belmont (1979) et l'ouvrage fondateur de Beauchamp et Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (1979), ont consacré le respect de l'autonomie comme pilier de la décision médicale. En France, la loi Kouchner du 4 mars 2002 affirme la primauté du consentement libre et éclairé et reconnaît au patient un rôle décisionnel dans sa prise en charge. D'une relation médecin-patient historiquement marquée par un certain paternalisme médical, on est passé à un modèle de décision partagée.

Cette évolution constitue un progrès indéniable en matière de respect des personnes. Cependant, l'autonomie du patient tend parfois à devenir un principe dominant, voire exclusif. Le risque apparaît lorsque le soin se confond avec la satisfaction d'une volonté individuelle. Le patient n'est plus seulement un sujet à accompagner, mais parfois un "demandeur" dont le projet personnel devient le critère décisif. La médecine glisse alors vers une logique de prestation : le médecin serait chargé de mettre en œuvre ce qui est souhaité, dès lors que cela est techniquement possible. La tension est manifeste : soigner ce qui est véritablement bénéfique pour le patient ou réaliser ce qui est voulu ?

### **Les nouvelles pratiques en débat**

Les débats bioéthiques contemporains illustrent l'importance que l'autonomie du patient a pris dans les décisions médicales. Alors que l'Assemblée Nationale vient de voter la proposition de loi Falorni en seconde lecture, la question de la fin de vie constitue aujourd'hui un exemple particulièrement révélateur de ces tensions, interrogeant la frontière entre soigner et provoquer la mort. Le rôle du médecin demeure-t-il orienté vers la préservation de la vie et le soulagement de la souffrance, ou devient-il le garant d'une volonté de mourir exprimée par le patient ? Une telle évolution interroge directement la portée du serment d'Hippocrate et son refus historique de donner la mort. Dans ses différentes formulations contemporaines subsiste encore l'engagement : «Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.» Si la loi venait à autoriser l'euthanasie et le suicide assisté, faudrait-il réviser cet interdit? Quelle autorité conserverait un serment que des générations de médecins ont prêté en s'engageant précisément à ne pas donner la mort? La question n'est pas seulement juridique, elle touche à la cohérence morale de l'engagement professionnel. Lors des débats à l'Assemblée Nationale, le député Patrick Hetzel affirmait : Les professionnels de santé «portent au quotidien une profonde éthique de la vulnérabilité, une éthique qui refuse de détourner le regard, une éthique qui refuse la solitude des derniers jours, une éthique qui affirme que la dignité humaine ne disparaît jamais et en aucun cas».

Ce débat n'est pas inédit dans l'histoire récente. L'adoption de la loi Veil en 1975 a nécessité une modification de la formulation du serment, marquant une rupture significative par rapport à l'interdit ancien : «Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande,

ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif». Aujourd'hui, l'IVG est largement pratiquée et intégrée à l'offre de soins. Le «semblablement» suggère également que le médecin ne devait pas proposer la possibilité d'un avortement. Or, il est devenu courant que l'IVG soit suggéré, en particulier lorsqu'un handicap foetal est diagnostiqué, tandis que toute tentative d'en détourner une femme constitue un délit d'entrave. On note un renversement par rapport au socle fondé il y a plus de 25 siècles.

La médecine reproductive soulève des interrogations similaires. L'extension de l'assistance médicale à la procréation à toutes les femmes, en 2021, marque un passage d'une médecine thérapeutique à une médecine répondant à un projet parental. La sélection embryonnaire et le diagnostic préimplantatoire interrogent également la frontière entre soin et optimisation. L'avis 129 des travaux du Comité consultatif national d'éthique en 2018 pose la question du regard collectif porté sur le handicap. Le risque n'est pas seulement médical, il est anthropologique : à force de sélectionner, ne contribue-t-on pas à redéfinir implicitement les normes de ce qui est acceptable ou désirable? Jacques Testart, à l'origine de la première naissance par fécondation in vitro en France, montre, dans *Le Désir du gène*, que «les techniques de reproduction ouvrent la porte à un nouvel eugénisme démocratique, doux et insidieux.»

Dans chacun de ces domaines, une interrogation commune émerge : le médecin est-il encore celui qui soigne ou celui qui exécute un projet individuel rendu possible par la technique ?

### **Les pressions économiques**

À ces évolutions normatives et technologiques s'ajoutent des pressions structurelles. La rationalisation économique des systèmes de santé impose des logiques de rentabilité, de tarification à l'activité et d'optimisation des ressources. Le temps médical se fragmente, la relation se standardise. Des questions se posent par rapport au coût financier de nos actes. Lors des débats avec l'EREGE, la question du coût des thérapies géniques et des techniques de fécondation in vitro a été longuement discutée.

Concernant la fin de vie, la question se posera nécessairement : le gain financier de l'euthanasie par rapport aux soins palliatifs est très significatif. Mais veut-on tuer les patients qui coûtent trop cher à la société? Quel est le prix que la France est prête à mettre pour sauver les plus vulnérables? Je cite encore Jérôme Lejeune, qui a tout fait pour soigner ses patients jusqu'au bout : «Il faut reconnaître que les maladies coûtent cher, en souffrance individuelle, comme en charge pour la société. Et je ne parle pas des souffrances des parents ! Mais ce prix, nous pouvons l'évaluer : C'est exactement celui qu'une société doit payer pour rester pleinement humaine.» Est-on prêt à renoncer à un accompagnement complet de nos patients pour réduire les coûts de la société ?

## **Réaffirmer le serment**

### **Une limite nécessaire**

Dans un contexte où l'autonomie du patient tend à devenir principe dominant, le serment rappelle une évidence fondamentale : toute demande n'est pas nécessairement médicalement juste ni moralement légitime. Le consentement, si essentiel soit-il, ne suffit pas à transformer un acte en soin. La responsabilité du médecin ne peut être dissoute dans la seule volonté exprimée par le patient.

Le professeur Lejeune lors d'une interview précisait : «Hippocrate déjà connaissait bien ce phénomène, et son fameux serment, que prêtent tous les médecins, stipule que l'on ne donnera pas de poison à un malade, 'même à un esclave'. Voilà un détail qui, pour cette époque où les esclaves étaient considérés comme du bétail, prend un relief extraordinaire.» Il y a des interdits qu'un médecin ne peut pas franchir. Le serment joue un rôle de garde-fou, de limite intérieure à la toute-puissance technique comme à la toute-puissance du désir. Il rappelle que la médecine n'est pas neutre: elle est orientée vers la protection, le soulagement, l'accompagnement, non vers la production ou la suppression de la vie selon les demandes.

L'autonomie du patient ne supprime pas la responsabilité professionnelle ; pourtant, elle tend parfois à déplacer le centre de gravité de la décision vers la seule volonté individuelle.

### **La responsabilité du médecin**

Réaffirmer le serment, c'est aussi affirmer que le médecin reste un sujet moral. Il n'est ni un exécutant administratif, ni un opérateur technique chargé d'appliquer des protocoles. La clause de conscience, reconnue dans plusieurs domaines sensibles, ne constitue pas un privilège corporatiste, mais la reconnaissance d'une responsabilité personnelle. Refuser un acte peut, dans certaines circonstances, être une décision éthique. Il ne s'agit pas de refuser un soin nécessaire à la survie d'un patient : le devoir de soigner demeure inconditionnel. Mais encore faut-il déterminer ce qui relève du soin. Si un acte ne vise plus à diagnostiquer, traiter, soulager ou accompagner, mais à provoquer délibérément la mort, peut-on encore le qualifier de soin ?

Cette question traverse aujourd'hui les débats sur la fin de vie, comme ce fut le cas lors d'une interview sur *France info* entre le président d'honneur de l'ADMD et la porte-parole de la Marche Pour la Vie. Peut-on dire que tuer est un soin? Légaliser un droit du médecin à donner la mort est-il acceptable? Cela engage l'identité de la profession médicale.

## **Protéger les plus faibles**

Le critère éthique fondamental demeure la protection du plus fragile, qui s'applique à chacun de nos patients, peu importe son âge, sa maladie, sa conscience. C'est également affirmé dans la déclaration de Genève qui commence ainsi : «JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ; JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ; JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ; JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine». La grandeur historique de la médecine tient à ce qu'elle s'est constituée comme défense des vulnérables.

Comme le rappelait le docteur Lejeune dans une interview par Michel Leclercq, en 1980 : «Un peuple qui ne peut plus avoir confiance en ses médecins est exposé à n'importe quelle catastrophe. Je ne suis pas prophète, mais je sais que si la médecine perd sa seule noblesse, qui est de porter secours à ceux qui souffrent, à ceux qui ne sont ni beaux, ni puissants, aux mal venus, aux mal aimés, si elle les abandonne, eh bien, elle perdra son âme. Et une médecine qui n'a pas d'âme est un symptôme dramatique pour une population». La confiance sociale repose sur la certitude que le médecin n'utilisera jamais son savoir contre celui qui souffre.

L'histoire montre que des décisions collectives peuvent être réévaluées avec sévérité par les générations suivantes. La persistance d'un interdit sur vingt-cinq siècles n'est pas anodine : elle exprime une prudence civilisationnelle. Supprimer un tel verrou engage bien davantage qu'une réforme technique ; cela engage notre vision de la dignité humaine.

Toujours lors des débats à l'Assemblée nationale, le député Patrick Hetzel a souligné qu'une «société se jugera toujours à la manière dont elle prend soin des plus vulnérables, c'est ça la véritable fraternité». Si la loi concernant l'aide active à mourir venait à être légalisée, le regard que l'on porte sur chacun de nos patients serait transformé.

## **Conclusion**

Si le serment d'Hippocrate venait à disparaître comme référence réelle, la médecine risquerait de perdre sa spécificité morale pour devenir une simple technologie du corps. S'il devient purement symbolique, il cessera d'orienter les consciences. Mais s'il est réaffirmé comme limite intérieure et boussole éthique, il peut encore structurer la profession dans un monde incertain, traversé par des attentes sociales toujours plus exigeantes mais également par l'essor de l'intelligence artificielle. La question n'est donc pas de savoir si la médecine doit évoluer. Elle évolue nécessairement. La question est de savoir si, avec ces évolutions, la médecine conservera une finalité morale claire, ou si elle acceptera de redéfinir indéfiniment ses propres frontières au gré des mœurs et des attentes sociales.

Le Serment d'Hippocrate devrait rester la boussole morale de la médecine; l'affaiblir en le vidant de sa substance primitive, c'est risquer de condamner la profession à naviguer sans cap et trahir l'engagement de vingt-cinq siècles de médecins envers les plus vulnérables.