



# Approche par les principes, approche par les cas : sur le terrain, une complémentarité nécessaire et féconde

Jean-Paul Amann, Marie Gaille

## ► To cite this version:

Jean-Paul Amann, Marie Gaille. Approche par les principes, approche par les cas : sur le terrain, une complémentarité nécessaire et féconde. *Éthique et Santé*, Elsevier, 2007, 4 (4), pp.195-199. <<http://www.em-consulte.com/article/157949/approche-par-les-principes-approche-par-les-cas-le>>. <10.1016/S1765-4629(07)79749-0>. <halshs-01309142>

**HAL Id: halshs-01309142**

**<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01309142>**

Submitted on 15 Sep 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Approche par les principes, approche par les cas :  
les limites philosophiques d'une opposition**

**Auteurs**

Amann, Jean-Paul : Assistant de recherche en philosophie, Collège de France, Paris, France

Gaille-Nikodimov, Marie : chargée de recherche en philosophie au Centre de recherche sens, éthique et société (CNRS/UMR 58137), Paris, France

**Auteur correspondant**

Marie Gaille-Nikodimov

Université de Paris 5 René Descartes

45 rue des Saints pères

75006 Paris

tél : 0142864218

fax : 0142864241

mail : [mgaillenikodimov@yahoo.fr](mailto:mgaillenikodimov@yahoo.fr)

## **Résumés & mots clé**

### **Résumé en français**

L'article entend étayer l'hypothèse d'une complémentarité féconde et nécessaire, dans la réflexion éthique appliquée au champ de la médecine, entre le traitement au cas par cas des dilemmes moraux et l'approche de ces dilemmes fondée sur un ou des principes. Il entend contribuer à la mise en évidence de sa fécondité et de sa nécessité de manière théorique. Il s'attache à mettre en évidence que l'affirmation d'une controverse entre « casuistes » et « principistes » peut être en grande partie nuancée à la lumière des diverses articulations entre morale du cas et morale du principe proposées tant dans l'éthique médicale des soixante dernières années que dans la tradition philosophique la plus ancienne. Selon les auteurs, l'enjeu n'est pas tant de savoir si le raisonnement moral bénéficie d'une telle complémentarité que de déterminer la ou les façons les plus fécondes d'un point de vue éthique d'organiser le « va-et-vient » entre les principes et les cas. Cet article vient en complément de la contribution de V. Fournier, 'Approche par les principes, approche par les cas : une complémentarité nécessaire et féconde selon le Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin'.

### **Résumé en anglais**

This paper advocates for the hypothesis of a necessary and fruitful interaction between a case by case approach and an approach based on principles when dealing with moral dilemmas that take place in the field of medical practice. This paper intends to show in a theoretical way the necessity and fruitfulness of this interaction. It wants to throw into light the fact that medical ethics for the past sixty years and moral philosophy have been questioning the idea of a

controversy between a case by case approach and an approach based on principles, rather than confirming it. According to the authors of this paper, the actual issue is not to show that moral reasoning benefits from an interaction between the two approaches, but rather to determine the most fruitful ways to go back and forth cases and principles. The paper by V. Fournier, 'La complémentarité nécessaire et féconde des principes et des cas en éthique clinique et médicale : l'expérience du Centre d'éthique clinique (hôpital Cochin, Paris)', has been conceived to complete this theoretical approach.

**Mots clé en français & en anglais** : éthique clinique, cas, principe, philosophie morale, méthode/ clinical ethics, case, principle, moral philosophy, method

L'éthique médicale contemporaine est traversée par un débat qui a un « air de famille » pour les philosophes. Ce débat porte sur l'opposition parfois établie entre une approche par principes et une approche par les cas des problèmes éthiques suscités par les pratiques thérapeutiques et la recherche biomédicale. Elle est notamment apparue dans le cadre d'une critique de l'éthique clinique, mode de réflexion sur les cas difficiles de décision médicale, initialement développé aux Etats-Unis mais aujourd'hui présent, sous des formes variées dans différents États européens (Angleterre, Suisse, Allemagne, France, Pays-Bas, Italie par exemple). On a pu juger que l'éthique clinique faisait la part trop belle aux cas, au détriment des principes. Au-delà de ce jugement et de la question de savoir s'il est ou non avéré, l'affirmation d'une opposition entre approche par les principes et approche par les cas pose une question de fond : faut-il maintenir cette opposition ou plutôt chercher à proposer une articulation entre ces deux types d'approche ? Sur ce point, les philosophes ont une contribution à apporter en raison de leur riche tradition d'interrogation sur ce sujet en philosophie morale.<sup>1</sup>

L'idée d'une opposition entre « principalistes » et casuistes n'est pas nouvelle. Mais l'idée de sa relativité non plus n'est pas nouvelle, aux yeux même de ceux qui passent pour défendre de manière stricte l'une ou l'autre des positions. Pour illustrer ce propos, nous nous intéresserons dans un premier temps, à l'histoire de l'éthique médicale dans les cinquante dernières années en Amérique du nord. C'est en effet d'abord dans le contexte nord-américain qu'une réflexion s'est développée à ce propos. Puis, nous envisagerons la question de l'articulation entre approche par cas et approche par principes au sein de la philosophie éthique.

---

<sup>1</sup> L'analyse et la discussion qui suivent ont été développées à partir des interrogations liées à la participation des auteurs aux discussions multi-disciplinaires organisées par le Centre sur les cas qui lui sont soumis depuis la création du Centre d'éthique clinique.

Au préalable, rappelons qu'au plan sémantique, l'expression d'« éthique clinique » ne désigne pas, en tant que telle, une éthique médicale dépourvue de toute référence aux principes éthiques. Si, dans un premier temps, la réflexion éthique s'est d'abord développée aux États-Unis dans les années 1960 à propos de questions soulevées par la recherche biomédicale, elle s'est vite exercée à l'analyse des pratiques thérapeutiques. C'est alors que « l'éthique médicale » ou « l'éthique clinique » en sont venues à désigner, de manière spécifique et synonyme, le champ de réflexion éthique consacré à la pratique de la médecine, par différence avec celle orientée vers les problèmes éthiques soulevés par la recherche.

Ce n'est qu'ultérieurement, en 1979, que l'expression d'« éthique clinique » a acquis sous la plume de M. Siegler un sens plus particulier et sensiblement différent de celui d'éthique médicale, qui reste plus générique : l'éthique clinique désigne alors la réflexion en tant qu'elle sert la décision médicale dans des situations de choix difficile, dès lors que cette réflexion est au plus près de l'expérience clinique et ne se contente pas d'appliquer systématiquement le seul principe d'autonomie du patient [1].

Ce point de terminologie établi, revenons à la manière dont l'éthique médicale nord-américaine considère la relation cas-principes. La discussion ne s'est pas initialement organisée autour d'une critique de la philosophie morale kantienne, qu'on aurait jugée comme une morale « excessive » du principe, fondée dans l'impératif de « toujours se conduire de telle sorte *que je puisse aussi vouloir que ma maxime devienne une loi universelle* » [2]. La référence kantienne intervient dans l'éthique médicale nord-américaine mais il importe de rappeler qu'elle a été insérée dans une réflexion qui a d'abord posé, au cours des années 1970, des principes spécifiques à l'éthique médicale devant réguler les pratiques de la recherche biomédicale et celles des médecins (respect de l'autonomie de la personne, bienfaisance, non-

malfaisance, justice). Dans les années 1970, on s'est demandé comment donner sens à et faire appliquer ces principes dans des situations de soin ou dans des protocoles de recherche qui suscitaient des questions inédites en éthique médicale. La référence à Kant a ensuite été reprise par des philosophes, comme O. O'Neill, qui se réclamaient de sa pensée morale et entendaient promouvoir l'importance du principe comme règle du jugement moral, en défense d'une critique développée dans un ouvrage publié en 1989, dont nous reparlerons, *The Abuse of Casuistry*, de A. Jonsen et S. Toulmin, et d'une mauvaise compréhension de Kant qu'a pu contribuer à diffuser une approche par le cas sans nuances.

Comme en France, en Amérique du nord, l'idée d'une articulation féconde entre l'approche par les cas et l'approche par les principes a régulièrement été mise en doute. On s'est demandé, dans une lignée très pascalienne, à quoi bon parler encore d'éthique (même médicale), si chaque cas, chaque contexte, chaque circonstance est une invitation à relativiser les principes. Mais tout aussi régulièrement les théoriciens des deux approches ont insisté sur la nécessité de les articuler plutôt que de les opposer.

Ainsi de A. Jonsen et S. Toulmin, par exemple, qui ont beaucoup fait pour réhabiliter et définir une approche casuiste en éthique médicale dans un contexte théorique (nord-américain) dominé jusque là par les « principalistes ». En 1995, dans un article intitulé « Casuistry : an alternative or complement to principles ? » [3], A. Jonsen présente les rapports entre les grandes théories éthiques et l'étude des cas au moyen d'une métaphore. Aujourd'hui, dit-il, les œuvres classiques des grands moralistes apparaissent comme de vastes constructions intellectuelles, mais étrangement vides : elles sont constituées de grandes chambres conceptuelles dépourvues de l'ameublement des cas. L'argument est clair, il plaide

pour la complémentarité entre une approche par la théorie, les principes et les règles et une approche plus casuistique.

Dans le même article, A. Jonsen rappelle aussi que le principaliste et très rigoriste théologien protestant Paul Ramsey, sévère critique de l'utilitarisme médical et des libéraux du Hastings Center,<sup>2</sup> n'hésitait pas à écrire en 1970 dans *The Patient as Person* : « l'éthique médicale aujourd'hui doit être une casuistique » [4]. Ramsey entendait par ce terme de casuistique l'art d'appliquer aux situations concrètes et souvent inédites qui se présentent à la médecine moderne les principes moraux qui sont les nôtres.

On peut du reste noter que Kant lui-même, souvent brandi en Europe comme le meilleur représentant d'une spécificité européenne qui viendrait en opposition à une approche nord-américaine jugée trop individualiste, faisait une grande place aux considérations casuistiques dans sa philosophie morale ou plutôt à la question de l'application des principes aux cas éthiques spécifiques. Il suffit de lire sa *Doctrine des mœurs* pour constater qu'il aborde un grand nombre de « questions casuistiques ». Pour lui aussi, la casuistique consistait à trouver des principes intermédiaires entre le caractère inévitablement général des règles et le caractère toujours particulier des cas.

Certes, entre la théologie morale de P. Ramsey et le rationalisme humaniste de Kant, les différences sont grandes, mais ils sont proches ici par leur double souci des principes et de leur application. Ainsi, pour le casuiste A. Jonsen, si *The Patient as Person* est un des textes fondateurs de la bioéthique<sup>3</sup>, ce n'est pas parce qu'il rappelle (et avec quelle force !) des principes, ou parce qu'il montre sur quoi ils se fondent, mais parce qu'il aborde ces principes

---

<sup>2</sup> Le Hastings Center est un centre de recherche en bioéthique proche de la ville de New-York, aux Etats-Unis, fondé en 1969 par le philosophe D. Callahan et le psychiatre W. Gaylin.

<sup>3</sup> Il en a préfacé la réédition en 2001 (Yale University Press).



à l'occasion des cas concrets qui commencent à émerger à la connaissance du public dans les années 1970 : le consentement aux soins ou à la recherche, la fin de vie, le prélèvement et le don d'organes, la répartition des ressources médicales, etc. Le cadre moral d'arrière-plan entre Kant et Ramsey est fort différent (ce que Jonsen appelle les vastes édifices des théories morales). Mais le problème est identique : il est celui de l'articulation appropriée entre une approche par cas et une approche par principes, tant pour la réflexion que pour la décision en éthique médicale.

Au-delà de P. Ramsey évoqué plus haut, les tenants de l'approche « principaliste » ne restent pas, eux non plus, insensibles à l'idée d'une nécessaire complémentarité cas-principes. On peut évoquer à ce sujet le point de vue des auteurs des *Principles of biomedical ethics*, T. Beauchamp et J. Childress. Leur réflexion constitue une pièce essentielle de la pensée « principaliste ». Or, de manière significative, ils avouent ne pas comprendre qu'on puisse opposer l'approche par les cas et l'approche par les principes en éthique médicale.

L'opposition ne correspond pas à l'expérience vécue par T. Beauchamp, en tant que philosophe ayant participé à l'élaboration du *Rapport Belmont*. Ce rapport, publication majeure de l'histoire de l'éthique médicale aux États-Unis dans les années 1970 a eu pour finalité de définir les principes de protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et behavioriste. C'est à cette occasion que pour la première fois ont été formalisés les quatre grands principes de l'éthique bio-médicale nord-américaine (respect de l'autonomie de la personne, bienfaisance, non malfaisance, justice). Pour autant, dès leur formalisation et avant même de les définir, les auteurs soulignent que ces principes constituent un cadre de réflexion dont l'application ne va pas de soi : « ces principes ne peuvent pas toujours s'appliquer de manière incontestable pour résoudre des problèmes

d'éthique particuliers. L'objectif vise à fournir une structure analytique ayant pour but de guider la résolution de problèmes d'éthique résultant de la recherche faisant appel à la participation de sujets humains » [5]. Ainsi donc, les « principalistes » eux-mêmes, reconnaissent la difficulté d'appliquer les principes énoncés. Quant aux casuistes qui participèrent à la rédaction du rapport, parmi lesquels A. Jonsen et S. Toulmin, ils n'exprimèrent aucun désaccord ni sur la nécessité de poser des principes, ni sur la nature même des principes promus par le rapport [6].

L'opposition cas-principes ne correspond pas non plus à la manière dont T. Beauchamp et J. Childress envisagent la relation entre les cas et les principes qu'ils ont posés comme fondateurs de l'éthique médicale dans *The Principles of biomedical ethics*. Dans leur ouvrage, ils insistent sur la nécessaire « fertilisation » réciproque du cas et du principe et sur le caractère dialectique de l'éthique médicale. Ils avancent deux arguments à l'appui de leur thèse. La considération du cas particulier permet selon eux de conférer au principe une signification précise sans laquelle il peut difficilement être appliqué de manière correcte : « la spécification (par le cas) est une façon de réduire le caractère trop général d'une norme, de lui donner une plus grande capacité à guider l'action, tout en la maintenant en adéquation avec la signification morale du principe originel » [7]. C'est pourquoi la philosophe J. Saint-Arnaud estime que la critique adressée par les « casuistes » à l'éthique médicale de T. Beauchamp et J. Childress manque sa cible en l'interprétant comme une méthode déductive : « *The Principles of biomedical ethics* posent certes les quatre principes que sont le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice de manière empirique. Cependant, avant leur spécification, ils ne contiennent que des repères très généraux pour l'action. Ils sont des outils pour repérer et interpréter les faits mais ne tirent leur véritable valeur éthique qu'une fois 'spécifiés' au cas par cas » [8].

Le second argument en faveur d'une fertilisation réciproque des cas et des principes découle des situations où les principes entrent en concurrence les uns avec les autres et où leur respect simultané est impossible. Considérés dans leur généralité, les principes n'apparaissent pas incompatibles. Mais l'examen des cas particuliers met en évidence leur éventuelle incompatibilité. L'exemple récurrent de cela dans la littérature anglo-saxonne est celui du témoin de Jéhovah qui refuse une transfusion sanguine au péril (informé) de sa vie : le respect du principe d'autonomie est une option possible pour le médecin ; elle entre en contradiction avec la conception médicale du principe de bienfaisance qui conduit à effectuer la transfusion, en dépit du refus du patient [9].

Cette brève incursion dans l'histoire de l'éthique médicale et de ses développements au cours des cinquante dernières années en Amérique du nord met donc en évidence que, s'il existe bien des « principalistes » et des « casuistes », leurs principaux théoriciens ont tous insisté sur la nécessité de conjointre leurs deux approches. Si l'on considère maintenant la philosophie éthique avec laquelle l'éthique médicale entretient des liens théoriques étroits, on observe la place centrale qu'y a occupé aussi la question de l'articulation cas-principes et on y retrouve le même souci de penser leur relation comme une articulation, plutôt que comme une opposition.

L'un des premiers arguments des anciens en faveur de cette articulation tient à la nature même de l'action morale. On le tient d'Aristote, et ce n'est pas un hasard si A. Jonsen et S. Toulmin, dans leur histoire de la casuistique, y font référence. Aristote a en effet contribué de manière déterminante à définir la philosophie éthique comme une pensée soucieuse du contexte de l'action. Lorsqu'il s'agit de déterminer une conduite vertueuse, dit-il, le principe n'est pas

suffisant à l'élaboration d'un jugement éthique [10]. Le domaine de l'action « a rapport aux choses singulières ». Cela implique pour Aristote que l'application des principes éthiques n'a rien d'évident. Elle relève d'un domaine où il n'y a rien de fixe et où l'agent doit toujours examiner les circonstances de l'action, sans pouvoir s'en tenir à une prescription définie *a priori*. L'homme prudent, figure à travers laquelle Aristote explicite sa théorie de la vertu morale, n'a pas seulement pour objet « les universels » mais aussi, comme le médecin et le navigateur, la connaissance des faits particuliers [11].

Un second argument traditionnellement avancé pour dénoncer le caractère artificiel de l'opposition entre une éthique du principe et une éthique du cas est celui de la spécification. Nous l'avons évoqué précédemment à propos de T. Beauchamp et J. Childress, mais il n'a pas été élaboré dans le cadre de l'éthique médicale récente. C'est au contraire un argument classique de la philosophie éthique. On le rencontre par exemple chez Cicéron. Dans le traité des *Devoirs* (44-43 av. J-C.), la considération du cas n'est pas liée à une absence de principe, mais à la difficulté à appliquer celui-ci aux situations concrètes. Cicéron estime que le principe moral fondamental est celui de la justice, il doit être suivi en toutes circonstances. Cependant, il y a manière et manière de le mettre en œuvre : il y a différents devoirs selon l'âge, l'état d'homme public, d'homme privé, d'étranger ; le devoir change en fonction des circonstances. Ce que la considération des circonstances de l'action permet, selon Cicéron, c'est la détermination appropriée de ce qui est juste. Cette considération permet notamment de distinguer le devoir *apparent* du devoir *réel*. La poursuite du juste n'est jamais remise en cause par Cicéron, mais celle-ci peut prendre des formes différentes. C'est en ce sens que l'on peut parler d'un « calcul des devoirs » chez Cicéron : le juste n'est pas toujours évident à percevoir ; il est de ce fait nécessaire de ne pas en rester au critère général de la justice, mais de s'intéresser aussi à ses applications [12].

## Conclusion

Ainsi, que l'on se place dans l'histoire récente de l'éthique médicale nord-américaine ou dans l'histoire plus ancienne de la philosophie éthique, l'articulation du cas et du principe a toujours été affirmée comme nécessaire et féconde.

En Europe, le discours bioéthique se fait l'écho d'une telle conviction. Le philosophe G. Hottois, par exemple, dénonce les deux « extrêmes » du discours bioéthique, d'une part la casuistique concrète qui refuse de se fonder ou d'établir des normes générales, d'autre part l'universalisme formel dont le risque est de proposer des normes vides et partant d'être inutile pour guider l'action et la décision [13].

De leur côté, P. Kemp et J. D. Rendtorff, qui ont coordonné la publication des travaux de la commission européenne sur l'idée d'une bioéthique européenne à la fin des années 1990, ont aussi insisté sur l'idée d'une détermination mutuelle des cas et des principes : « la relation entre les principes et les cas concrets devrait se comprendre comme une herméneutique dynamique, c'est à dire à l'origine d'un cercle vertueux d'interprétation réciproque : les cas et les principes se déterminant mutuellement dans le développement de la bioéthique et de ses lois. Les principes ne peuvent que très peu se définir de façon abstraite, ils doivent être considérés à la lumière de situations concrètes, et réciproquement, les situations concrètes ne peuvent s'appréhender sans une réflexion qui s'essaye à formuler des règles générales et des principes. Nous avons besoin d'une théorie du jugement réflexif pour mieux comprendre et

décider de la relation qui doit exister entre cas et principes. C'est pourquoi, nous devons sortir d'une approche qui serait ou purement casuistique ou exclusivement 'principaliste' » [14].

Il apparaît donc plus qu'urgent, à la fois d'un point de vue théorique et pratique, de dépasser l'idée d'une opposition entre l'approche par les cas et l'approche par les principes. Une question demeure ouverte, pour une réflexion à venir. Elle est complexe, et non totalement résolue par l'argumentation qui vient d'être développée : il s'agit de la manière d'articuler le cas et le principe. Il en existe plusieurs, qui chacune ont leurs défenseurs. Il y a par exemple des casuistiques *top down*, qui partent des principes pour aller aux cas, mais il y a aussi *la néo-casuistique* de A. Jonsen et S. Toulmin. Bien qu'il ne croie pas à une opposition absolue entre principes et casuistique, A. Jonsen affirme que les points fixes qui guident le jugement moral en éthique médicale ne sont pas seulement des principes abstraits, mais aussi des « cas paradigmatiques » (Karen Ann Quinlan, Baby Doe, etc.), ainsi que certains travaux de grandes commissions nationales et internationales. Il emprunte à S. Toulmin l'expression de *morisprudence* pour marquer l'analogie avec l'art de la jurisprudence, caractéristique de la *Common Law*. Le casuiste, dit-il, croit que le raisonnement moral ne va pas des principes aux cas, mais des cas les plus clairs aux cas les moins clairs, voire même que les principes sont incorporés (*embedded*) dans les cas [15]. C'est pourquoi, ajoute-t-il, il ne recourt en pratique que rarement à la théorie pour les résoudre.

À notre sens, cette question mériterait d'être examinée tant par les médecins que par les philosophes, ou mieux encore, entre médecins et philosophes. Comme le souligne la philosophe M. Canto-Sperber, une réflexion éthique appropriée consiste en une « information réciproque » de la philosophie et des cas concrets [16]. Selon nous, le travail qui reste à faire

consisterait à mieux déterminer comment circuler entre théorie et pratique de la façon la plus féconde.

[1] cf. sur ce point le rapport ‘Les comités hospitaliers d’éthique clinique sont-ils des lieux de production de

nouvelles normes de pratique ? Etude sur le champ institutionnel hospitalier de l’éthique clinique en Amérique du Nord et en France’ proposé par J-Ch. Mino et dirigé par C. Weil (répondant à un appel d’offre MIRE n°28/96 sur ‘éthique médicale, les institutions productrices d’éthique, leur histoire et leur actualité’).

[2] *E. Kant, Fondements de la métaphysique des moeurs*, tr. de V. Delbos, Paris, Delagrave, 1957 [1785], section 1, p. 103.

[3] Jonsen A., ‘Casuistry : an alternative or complement to principles ?’, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 5, N° 3, 1995, 237-251.

[4] Ramsey P., *The Patient as a Person*, Yale University Press, 1970, xvii.

[5] Rapport Belmont, en accès libre sur internet (en anglais et en français).

[6] Beauchamp T. L., ‘Principlism and its alleged competitors’ [1995], in : (éd.) Harris J., *Bioethics, Oxford reading in philosophy*, 2001, 490-491.

[7] Beauchamp T. L., “Methods and principles in biomedical ethics”, *Journal of Medical ethics*, octobre 2003, 29, 5, 269.

[8] Saint-Arnaud J., ‘L’approche bioéthique par principes : fondements et critiques’, *La bioéthique : un langage pour mieux comprendre ?*, Paris, Eska, 2000, 55-68 ; O’Neill O., ‘Practical principles and practical judgement’, *Hastings Center Report*, 31, 4, Juillet-août 2001, 15-23.

[9] Cf. à ce propos les contributions de Beauchamp T. L. et de Childress J. F., in : *Journal of Medical Ethics*, Octobre 2003, revue cit.

[10] Jonsen A. R., Toulmin S., *The Abuse of casuistry, a history of moral reasoning*, Berkeley, University of California Press, 1988, 10.



[11] Aristote, *Éthique à Nicomaque*, tr. de J. Tricot, Paris, Vrin, 1987. On se reportera en particulier sur ce point aux livres I, 1094a-b, 1095a et 1097a, II, 1103&-1104a et 1106a, III, 1112a-b, VI, 1140b-1141b. Par ailleurs, les études menées par S. Byl attestent de la connaissance par Aristote du corpus hippocratique : *Recherches sur les grands traités biologiques d'Aristote : sources écrites et préjugés*, Académie royale de Belgique, Bruxelles, 1980, 34-88. cf. aussi, à ce sujet, Jouanna J., *Hippocrate*, Paris, Fayard, 1992.

[12] Cicéron, *Des devoirs*, in : *Les Stoïciens*, tr. de É. Bréhier, éd. dir. par P-M. Schul, Paris, NRF Gallimard, 9162, I, 10, 505-506; I, 18, 515-516 ; I, 34, 537.

[13] Hottois G., 'Bioéthique', in : (dir.) Hottois G. et Missa J-N., *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, médecine, environnement, technologie*, DeBoeck Université, 2003, 126.

[14] Kemp P., Rendtorff J. D., *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw*, I et II, Barcelone et Copenhague, Institut Borjà di bioètica et Centre for Ethics and Law, 2000, 21 [notre trad.].

[15] Jonsen A., 'Casuistry', *Methods in Medical Ethics*, Georgetown University Press, Washington D.C., 2001, 119.

[16] Canto-Sperber M., *La philosophie morale britannique*, Paris, PUF, 1994,