

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

La bioéthique en Afrique francophone

Ravez, Laurent

Published in:

Journal international de bioéthique

Publication date:

2013

Document Version

le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Ravez, L 2013, 'La bioéthique en Afrique francophone: quelques experiences concretes', *Journal international de bioéthique*, vol. 24, numéro 2-3, pp. 167-176.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

CHAPITRE 4. LA BIOÉTHIQUE EN AFRIQUE FRANCOPHONE : QUELQUES EXPÉRIENCES CONCRÈTES

L. Ravez

ESKA | « *Journal International de Bioéthique* »

2013/2 Vol. 24 | pages 73 à 76

ISSN 1287-7352

ISBN 9782747220569

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-journal-international-de-bioethique-2013-2-page-73.htm>

!Pour citer cet article :

L. Ravez, « Chapitre 4. La bioéthique en Afrique francophone : quelques expériences concrètes », *Journal International de Bioéthique* 2013/2 (Vol. 24), p. 73-76.

DOI 10.3917/jib.242.0073

Distribution électronique Cairn.info pour ESKA.

© ESKA. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Chapitre 4

LA BIOÉTHIQUE EN AFRIQUE FRANCOPHONE : QUELQUES EXPÉRIENCES CONCRÈTES

*L. RAVEZ**

Depuis un peu plus de deux ans, je suis associé à un grand programme américain de renforcement des capacités en bioéthique financé par les National Health Institutes (NIH) qui gèrent la recherche médicale aux Etats-Unis. Étonnamment, ce programme américain s'adresse à des pays d'Afrique (subsaharienne) francophone, c'est-à-dire pour nous jusqu'à présent : la République Démocratique du Congo, le Congo Brazzaville, Madagascar et le Burundi. Cela crée évidemment une situation étrange où les bailleurs de fond d'un projet s'adressant à des populations historiquement francophones (même si dans les faits, la pratique du français est en régression) sont anglophones et entendent bien le rester. Mais il n'y a pas que cela qui est étrange. La principale étrangeté de ce projet réside dans son objet même : former à la bioéthique des personnes issues de pays à faibles revenus dans lesquels souvent l'urgence semble être ailleurs.

Au début de mon implication dans le projet, cette étrangeté m'a causé quelques états d'âme. J'avais en tête que la bioéthique et l'éthique des soins de

* Directeur du Centre Interdisciplinaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé (CIDES) – Namur Research Institute for Life Sciences (Narilis) – Université de Namur (FUNDP).
laurent.ravez@fundp.ac.be

santé sont essentiellement une affaire de ventres bien nourris. Je n'ai pas honte, personnellement, d'être un ventre bien nourri, mais je veux garder la pleine conscience de ce qui constitue un privilège par rapport à ces millions d'êtres humains qui n'ont pas ma chance. Dès lors, il me semblait presque indécent d'aller, par exemple, parler de l'autonomie du patient dans un pays où le simple fait d'être patient est déjà un privilège. Comment interroger là-bas sur un plan éthique la relation entre le patient et son médecin, lorsque voir un médecin et être examiné par lui (ou elle) constituent déjà une victoire.

Avant de m'engager dans l'aventure de ce projet, j'ai donc parlé de mes scrupules à un ami congolais, médecin néonatalogue installé depuis de nombreuses années en Belgique. Il m'a parlé de son pays où il retourne régulièrement, en me disant cette petite chose simple, mais qui n'a pas fini de me trotter dans la tête : « Lorsque dans un pays comme le mien l'accès aux soins est déjà en soi un parcours du combattant, il ne faudrait pas ajouter à ce mal celui de se voir traiter comme un chien lorsqu'on parvient enfin à être examiné par un médecin ». Cela fait réfléchir, n'est-ce pas ? Et cela motive aussi.

À l'origine, le projet auquel je participe était essentiellement tourné vers l'éthique de la recherche sur l'être humain. Il s'agissait de renforcer les capacités en éthique des membres des comités d'éthique locaux déjà existants et des chercheurs sur place afin qu'ils puissent mettre en place de tels comités lorsqu'ils n'existaient pas encore. De tels comités d'éthique sont essentiels pour deux raisons au moins. La première est que la recherche sur l'être humain ne peut plus se faire aujourd'hui sans l'avis des comités d'éthique. Si l'Afrique ne veut pas être le parent pauvre du monde en matière de recherche, elle doit donc veiller à l'installation sur place de comités d'éthique. L'éthique est donc factuellement indispensable pour le développement de la recherche. Les équipes locales le savent, et les équipes occidentales également qui se tournent de plus en plus vers les pays du sud pour développer et étayer de nouvelles hypothèses de recherche, et qui ont donc besoin des comités d'éthique sur place. Mais il y a également une deuxième raison qui rend l'installation des comités d'éthique indispensable : il s'agit de l'opportunisme de certaines firmes pharmaceutiques qui n'hésitent pas à tenter de faire là-bas ce qu'elles ne pourraient plus se permettre de faire ici. Les comités d'éthique locaux peuvent alors constituer d'excellents remparts contre l'empressement de certains à contourner les règles éthiques qu'ils trouvent trop contraignantes dans les pays du Nord. Les exemples sont nombreux, mais on pourrait citer, à titre de paradigme malheureux, le Trovan, antibiotique utilisé expérimentalement par Pfizer sur 200 enfants lors d'une épidémie de méningite au Nigéria en 1996. Les enquêteurs ont pu mettre en évidence des négligences majeures en termes d'information des parents dont beaucoup ont cru que leurs

enfants se voyaient proposer un vaccin. Plusieurs enfants sont morts dans cette aventure et beaucoup d'autres ont été cruellement meurtris dans leur chair.

Promouvoir une éthique de la recherche sur l'être humain est donc quelque chose d'indispensable, MAIS... qui laisse un peu sur leur faim les professionnels de la santé qui ne sont pas directement concernés par la recherche. J'ai pu m'en rendre compte dès ma première visite à l'Université de Kinshasa. Une équipe était déjà en place constituée de Félicien Munday (que nous venons d'entendre) et de Bavon Mupenda (que nous entendrons samedi) – elle s'est agrandie depuis –. Même si l'objet de cette première visite était essentiellement axé sur l'éthique de la recherche, c'est d'éthique clinique que l'on m'a demandé de parler, c'est-à-dire de l'éthique au chevet du patient, de l'éthique du petit quotidien des soins. C'est bien cette éthique-là qui préoccupe essentiellement les esprits dans les pays du Sud. Dans les pays du Nord aussi, probablement, ce qui, bien entendu, n'enlève rien à l'importance de l'éthique de la recherche ou de l'éthique de la santé publique.

Si donc l'éthique clinique tараude les esprits au Nord comme au Sud, les préoccupations d'un côté et de l'autre sont néanmoins très différentes. En évitant d'être trop caricatural, on pourrait dire qu'au Nord, le questionnement en éthique clinique s'incarne souvent dans des problématiques qui concernent le respect de l'autonomie du patient et de ses droits, ainsi que dans ce que l'on appelle maladroitement sa dignité. Classiquement, les discussions éthiques tourneront alors autour de l'information du patient, de l'obtention de son consentement, du refus de soins qu'il oppose parfois aux soignants, de sa demande d'en finir parfois lorsqu'il n'en peut plus, de sa liberté reproductive (avoir ou ne pas avoir d'enfants), etc. Au Sud, ces questions sont bien entendu également discutées, mais elles ne sont pas en elles-mêmes le reflet du vécu des soins.

Pour aller droit au but, dans beaucoup de pays du Sud, la préoccupation éthique majeure tant du patient que du soignant tourne principalement autour de la (in)justice sociale. Vous le savez, la question de la justice sociale, c'est le partage du gâteau de l'offre en matière de soins de santé. Se soucier de justice sociale, c'est donc réfléchir à l'offre de soins et à sa distribution. Je suis de ceux qui pensent, comme Alain Badiou, qu'il n'y a qu'un seul monde et que l'accès à des soins de santé de qualité est un droit humain fondamental. Cela signifie concrètement qu'il ne devrait pas y avoir un gâteau de la santé pour le Nord et un gâteau de la santé pour le Sud, mais qu'il ne devrait y avoir qu'un seul gâteau, que nous aurions à nous partager de façon équitable. Localement, dans les pays du Sud, cela signifie également que puisque la part de gâteau disponible est maigre, il faut accorder une importance toute particulière (et se battre pour cela) à une répartition plus juste des ressources en matière de soins de santé.

Concrètement, comme me le disait un néphrologue congolais, comment faire avec les patients qui n'ont les moyens de se faire dialyser qu'une seule et unique fois ? Que faire aussi avec ces patients prétendument non compliants, mais qui, en réalité, n'ont tout simplement pas les moyens financiers ou plus généralement matériels d'appliquer les traitements prescrits par le médecin ou de se présenter au rendez-vous fixé ? (je veux parler des conditions de vie : l'accès à une nourriture de qualité, à de l'eau saine, à un logement salubre, etc.)

Cela dit, je vous invite à vous méfier des clichés clivant le Nord et le Sud. Les questions de justice sociale et en particulier d'accès aux soins de santé sont d'actualité dans les pays du Nord également, mais elles sont probablement moins sexys que les arguties autour des mères porteuses, du clonage ou de l'utérus artificiel.

Chez nous aussi, la pauvreté nuit gravement à la santé. Chez nous aussi, la maladie rend pauvre. Comme l'écrit Richard Wilkinson : « Dans les pays développés, États-Unis compris, la population des zones géographiques les plus pauvres au sein de chaque nation a une espérance de vie moyenne inférieure de dix à quinze ans à celle des habitants des zones les plus riches ». Il ajoute : « Nous avons tendance à croire que les différences entre classes ont régressé dans les sociétés modernes. En fait, les écarts en matière de santé se sont creusés au cours des dernières décennies. Ils révèlent un véritable abîme entre l'existence des riches et des pauvres, des gens ayant bénéficié d'une éducation poussée et des gens qui en ont été privés, et, dans le cadre d'une même catégorie économique et sociale, entre les différents groupes ethniques »¹.

Finalement, si l'on prend au sérieux la dynamique de réflexion critique et d'action qu'est l'éthique des soins de santé, il me semble qu'il faut conclure qu'en la matière aussi, il n'y a qu'un seul monde. Le monde de la bioéthique est un, mais les contextes sont parfois si différents d'un continent à l'autre, que les priorités dans les problématiques à traiter peuvent varier considérablement. Lorsque la table est bien garnie, on peut se permettre de pinailler sur la qualité des mets servis, mais lorsqu'elle n'offre que le strict nécessaire à la survie voire un peu moins, on ne pinaille plus, on se nourrit. En bioéthique aussi, il y a des urgences, c'est-à-dire des questions plus urgentes que d'autres à traiter. Ça n'empêche évidemment pas de s'intéresser à d'autres choses, moins urgentes, mais cela nous oblige au moins à ne pas oublier de traiter ces urgences-là aussi.

¹ R. WILKINSON, *L'égalité c'est la santé*, Paris, Demopolis, 2010, p. 13.