

REVUE AFRICAINE DE BIOÉTHIQUE ET D'ÉTHIQUE MÉDICALE

AFRICAN JOURNAL OF BIOETHICS AND MEDICAL ETHICS

REVISTA AFRICANA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA



REVUE AFRICAINE DE BIOÉTHIQUE ET D'ÉTHIQUE MÉDICALE

AFRICAN JOURNAL OF BIOETHICS AND MEDICAL ETHICS

REVISTA AFRICANA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA



REVUE AFRICAINE DE BIOÉTHIQUE ET ÉTHIQUE MÉDICALE
Journal de l'Association Ivoirienne pour la Formation Universitaire Professionnelle (AIFUP)
et son Centre d'Éthique Médicale et de Bioéthique (CEMB)

DIRECTEUR DE PUBLICATION :
Pr. Koffi Hervé YANGNI-ANGATE

RÉDACTEUR EN CHEF :
Pr. Médard KAKOU

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT :
Dr. Zagocky Euloge GUEHI

CORRESPONDANCE :
www.revuebioethique.org
revbioafrique@gmail.com

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE INTERNATIONAL

M. **Etienne MONTERO**, Professeur des Universités, Doyen de la Faculté de Droit, Université de Namur en Belgique.

M. **Manuel De SANTIAGO**, Professeur des Universités, Directeur du Programme d'Éthique et de Déontologie Médicale, Faculté de Médecine, Université "Autónoma" de Madrid en Espagne.

M. **Jose Miguel Serrano RUIZ-CALDERON**, Professeur des Universités, Université Complutense, Madrid en Espagne, Membre du Comité de Bioéthique d'Espagne.

Mme. **Duni SAWADOGO**, Professeur des Universités, Faculté de Médecine, Université Félix Houphouët Boigny de Cocody en Côte d'Ivoire

M. **Bernard ARS**, Professeur des Universités, Ex-Président Fondateur de l'Institut Européen de Bioéthique, Bruxelles en Belgique. Président de la Société Médicale Belge de Saint-Luc, Grimbergen en Belgique.

M. **Joachim HUARTE**, Professeur des Universités, Faculté de Médecine, Université de Genève en Suisse. Membre de la Société Suisse de Bioéthique et de la Société Académique de Genève.

M. **Koffi Hervé YANGNI-ANGATE**, Professeur des Universités, Faculté de Médecine, Université Alassane Ouattara de Bouaké en Côte d'Ivoire. Membre du Comité International de Suivi du Programme Ouest Africain de Bioéthique.

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

La Rédaction examinera avec plaisir les manuscrits inédits, en français, anglais et espagnol, qui lui seront soumis. Tout manuscrit accepté est réservé à la *Revue Africaine de Bioéthique et d'Éthique Médicale*. L'auteur qui envisagerait de publier son article dans une autre revue sera tenu d'en avertir la rédaction. Les contributions sont bienvenues quelle que soit la présentation adoptée. Elles devront cependant, une fois acceptées, se conformer aux règles éditoriales de la revue.

Les auteurs conserveront un double de leur manuscrit. La Rédaction n'est pas toujours en mesure de retourner les manuscrits non retenus.

Règles éditoriales

- L'exemplaire original sera imprimé au recto seulement (y compris les notes, la bibliographie, le résumé et les mots-clés), en double interligne. Il pourra être envoyé par courrier électronique en format WORD [SEP]
- La bibliographie sera présentée en fin d'article, par ordre alphabétique de noms d'auteurs, et comportera l'ensemble des éléments mentionnés dans les bibliographies de la revue. Elle suivra le modèle ci-joint :

COPANS, J., 1980, *Les marabouts de l'arachide*, Paris, Le Sycomore.[SEP]SAMOFF, J., 1987, « School Expansion in Tanzania : Private Initiatives and Public [SEP]Policy », *Comparative Education Review*, 31 (3): 333-360.[SEP]FREESTON, P., 2001 « The Transnationalisation of Brazilian Pentecostalism », in A. [SEP]CORTEN & R. MARSHALL-FRATANI, *Between Bible and Pentecost*, London, Hurst & Co.: 195-215.

- Les références bibliographiques dans le cours du texte seront simplement données entre parenthèses de la façon suivante : (Chauveau 1978 : 44-53), (*Ibid.* : 156-159). [SEP]
- Les appels de notes et les notes devront figurer dans le texte en numérotation continue.
- Les figures et les cartes seront remises prêtes à cliquer. Si elles ont été faites au moyen d'un logiciel de dessin ou de graphisme, une copie du fichier correspondant doit figurer également avec mention du logiciel utilisé. [SEP]
- L'auteur remettra également un résumé de l'article en anglais n'excédant pas 120 mots ainsi qu'une liste de quatre à six mots-clés.

1- Comptes rendus d'ouvrages[SEP]

La *Revue Africaine de Bioéthique et d'Éthique Médicale* publie également des recensions d'ouvrages et des articles à caractère bibliographique. Ces contributions sont le plus souvent sollicitées par la Rédaction, mais elles peuvent aussi lui être proposées. En règle générale, elles ne doivent pas dépasser 2 000 mots.

2- Épreuves

La copie révisée par la Rédaction sera communiquée à l'auteur. Les épreuves ne lui seront

pas soumises. Chaque auteur recevra en pdf, le même numéro complet accompagné de son article. [SEP]

INSTRUCTIONS FOR CONTRIBUTORS

The *African Journal of Bioethics and medical ethics* welcome the submission of manuscripts in English, French or in Spanish from scholars and postgraduate students. Submitted papers should not have been published elsewhere. Once his/her article has been accepted for publication by the *African Journal of Bioethics and medical ethics*, the author shall inform the *African Journal of Bioethics and medical ethics* should he/she consider publishing the article in another journal.

Manuscripts not accepted for publication are not normally returned to authors unless their return is specifically requested.

Contributors are asked to follow the requirements set out below, which, as well as facilitating the Editor's work, are intended to avoid errors, limit corrections and speed up publication. The *African Journal of Bioethics and medical ethics* reserve the right to return any article accepted for publication with the request that it be reworked according to these guidelines.

1- Stylesheet

- Contributions should be clearly typed in double spacing, preferably on A4 paper. They can be sent by email (WORD format).
- The main divisions within the text should be clearly indicated, and subheadings should be given to each part.
- Authors should pay particular attention to normalising the spelling adopted for terms in vernacular languages. Such terms should be italicised and not put into quotation marks. The diacritic marks should be clearly identifiable (the transcription system used being indicated if need be).
- A complete bibliography will be presented at the end of the article. It should contain all published works (books and articles) referred to, listed alphabetically by author's names : please refer to our pattern hereinafter :

MITCHELL, J. C., 1956 *The kalela Dance. Aspects of Social Relationships among Urban Africans in Northern Rhodesia* (Manchester: Manchester University Press) («Rhodes-Livingstone Papers» 27). [SEP]NEWBURY, M. C., 1974 «Deux lignages au Kinyaga», *Cahiers d'Études africaines* XIV (1), 53: 26-38. NEWBURY, M. C., 1975 *The Cohesion of Oppression: A Century of Clientship in Kinyaga, Rwanda* (Madison, [SEP]University of Wisconsin , Ph. D. thesis), mimeo. [SEP]WILKS, I., 1975a *Asante in the Nineteenth Century. The Structure and Evolution of a Political Order* (London: Cambridge University Press). [SEP]WILKS, I., 1975b «Dissidence in Asante Politics: Two Tracts from the Late Nineteenth Century», in I. ABULUGHOD, ed., *African Themes* (Evanston, IL: Northwestern University, Program of African Studies): [SEP]47-63.

- Simple references in the text shall be inserted as follows: (David 1957: 153-165, 256; Dylan 1982: 43).

- Footnotes will be numbered consecutively throughout the article. Notes concerning Tables should be asterisked and attached to the Table. They are not included in the continuous numbering.
- Maps and figures should be presented on a separate page, with a title and number (if they have been drawn on a computer, please register it under PICT, or inform us of the software used). Their location should be clearly marked in the margin of the article. If they are not original documents, their origin should be mentioned.
- For each article, a summary in English not exceeding 15 lines (roughly 200 words) and four to six keywords will be provided by the author.


2 - Book reviews

Also publish book reviews. Although reviewers are usually directly solicited by the African Journal of Bioethics and medical ethics editors, submissions are also welcome. In general book reviews should not exceed 2,000 words.

3 – Proofs

Revised copies of articles may be read and corrected by the authors provided they can give the Editors an address through which they can be contacted without delay. A copy of the edited manuscript will be sent to the author for a final revision before setting. However, the galley-proofs will not be submitted to the authors.

4 - Offprints

Each author will receive a PDF copy of the whole issue and a PDF offprint of their article. 

Sommaire/Contents/Resumen

Basile NGONO.....	11-16
Pour l'intégration de l'éthique de la recherche dans les projets de santé publique en Afrique	
For the integration of research ethics into public health projects in Africa	
Para la integración de la ética de la investigación en proyectos de salud pública en África	
N'Dacchi Honoré TRAORÉ.....	17-20
Confiance en la raison	
Trust in reason	
Confianza en la razón	
Koffi Hervé YANGNI-ANGATÉ, Euloge Zagocky GUÉHI.....	21-26
L'éthique et le développement humain en Afrique : la médecine en question	
Ethics and human development in Africa: the medicine in question	
Ética y desarrollo humano en África : el medicamento en cuestión	
Bernard ARS.....	27-33
Robotique médicale - Repère éthiques	
Medical Robotics - Ethical Benchmarks	
Robótica médica - Puntos de referencia éticos	
José Miguel Serrano RUIZ-CALDERÓN.....	35-40
Euthanasia and complacency in bioethics : an approach based on suicide	
L'euthanasie et la complaisance en bioéthique : une approche basée sur le suicide	
Eutanasia y complacencia en bioética : un enfoque basado en el suicidio	
Basile NGONO.....	41-53
Les racines chrétiennes de l'hospitalité et des soins	
The Christian roots of hospitality and care	
Las raíces cristianas de la hospitalidad y el cuidado	



Éditorial

La Revue Africaine de Bioéthique et d'éthique médicale (**Bioéthique & Sociétés**), est un semestriel, plurilinguale (français, anglais et espagnol) en ligne, à accès libre et à comité de pairs.

Elle est une initiative de l'Association Ivoirienne pour la Formation Universitaire et Professionnelle (AIFUP) et son Centre d'Éthique Médicale et de Bioéthique (CEMB), qui œuvre depuis plusieurs années pour une culture de la vie et la promotion de la dignité humaine en Afrique.

Par cette revue, l'AIFUP, ambitionne d'abord de créer un espace proprement africain de référence en éthique médicale et bioéthique, ensuite de mettre en place, une plateforme de partage de connaissances entre professionnels de la santé, des soins et chercheurs, dans le domaine de la bioéthique, l'éthique, la déontologie médicale en Afrique et dans le monde, mais aussi de proposer un outil de participation au débat mondial et africain sur les questions éthiques actuelles, posées par le développement technoscientifique dans le domaine du vivant.

Cette revue a pour ambition de publier : articles, commentaires, comptes rendus, éditoriaux, débats, études de cas, de haute qualité qui concernent des domaines aussi variés que l'éthique clinique et la bioéthique. Les contributions portant sur l'environnement et sa protection, ou encore sur l'écologie seront bien accueillies.

Son premier numéro rassemble les différentes contributions au colloque de bioéthique d'Abidjan en 2009 sur le thème suivant : « *Cellules souches embryonnaires et euthanasie* ».

Les articles de ce numéro offrent plusieurs réflexions structurées autour de trois points essentiels :

- 1- L'éthique du care qui se situe entre le soin, la sollicitude et la vulnérabilité. Les réflexions retenues portent sur l'intégrité de la recherche en santé publique en Afrique et sur les sources de l'hospitalité et des soins (Basile NGONO).
- 2- La place de l'éthique dans le développement humain en interrogeant la médecine et la conception de la personne humaine en Afrique noire (Hervé Koffi YANGNI-ANGATE, Euloge Zagocky GUÉHI), mais aussi en révélant une autre facette de la raison avec (N'Dacchi Honoré TRAORÉ) qui libère l'homme du factuel pour l'inscrire dans la nécessaire transcendance source de progrès social, économique et scientifique.
- 3- Les débats actuels de bioéthique sur les fins de vie et la technicisation de la médecine. Les contributions dans ce cadre concernent la robotique médicale avec (José Miguel Serrano RUIZ-CALDERON) et l'euthanasie avec une approche s'appuyant sur le suicide (Bernard ARS)

En renouvelant nos remerciements aux auteurs de ce deuxième numéro nous encourageons tous

les intellectuels, chercheurs à s'approprier la Revue « *Bioéthique & Sociétés* »

Merci à Tous

Pr. Koffi Hervé YANGNI-ANGATÉ



Editorial

The African Journal of Bioethics and medical ethics (Bioethics & Societies) is an online biannual multi lingual (French, English, Spanish) committee and open-access.

It is an initiative of the Ivorian Association for University and Vocational Training (AIFUP) and its Medical Ethics and Bioethics Centre (CBSS), which has been working for several years for a culture of life and the promotion of human dignity in Africa.

Through this journal, AIFUP aims firstly to create a truly African reference space in medical ethics and bioethics, then set up a platform for knowledge sharing between health and care professionals and researchers, in the field of bioethics, ethics, medical ethics in Africa and all over the world and finally also promote a tool for participation in global and African debate on current ethical issues raised by the techno-scientific development in the field of life.

This journal's objective is to publish: articles, reviews, reports, editorials, debates, high quality case studies which concern several fields as clinical ethics and bioethics. Contributions on the environment and its protection, or ecology will be welcomed. Its first issue puts together the different contributions during the conference on bioethics in Abidjan, 2009 on the theme: «*Embryonic stem cells and euthanasia*». The articles in this issue offer several reflections structured around three essential points:

- 1- The relationships between ethics, care and vulnerability. Reflections focus on the integrity of public health research in Africa and the sources of hospitality and care (Basile NGONO).
- 2- The importance of ethics in human development by questioning medicine and the conception of human in Africa (Koffi Hervé YANGNI-ANGATE, Euloge Zagocky GUÉHI), and also revelation of another reality that liberates man from the factual and conducts humanity into a necessary transcendence, source of bioethics and social, economic and scientific progress (N'Dacthi Honoré TRAORÉ).
- 3- The current bioethics debates on the end of life and the technicization of medicine. The contributions in this context concern medical robotics (José Miguel Serrano RUIZ-CALDERON) and euthanasia with a suicide-based approach (Bernard ARS)

By renewing our thanks to the authors of this second issue, we encourage all intellectuals, researchers to be involved in the expansion of the journal

Thank you to ALL

Pour l'intégration de l'éthique de la recherche dans les projets de santé publique en Afrique.

Basile NGONO

Docteur en philosophie, École Supérieure des Sciences et techniques de la communication de Yaoundé au Cameroun, Chercheur associé d'éthique militaire aux Écoles Saint Cyr en Coëtquidan,

RÉSUMÉ : Le continent africain est un espace d'effectuation des recherches et des projets de santé publique pour des raisons nobles mais le plus souvent pour des raisons non avouées. C'est un lieu commun de dire qu'il est aisé de mener des projets de recherche dans une région du monde où la régulation n'existe pas. Dans notre exposé, nous proposerons que l'éthique de la recherche fasse désormais partie intégrante de toutes les recherches en lien avec les projets de santé publique en Afrique. **Mots-clés :** éthique, éthique de la recherche, santé publique, Afrique.

research and public health projects for noble reasons, but most often for undisclosed reasons. It is a commonplace to say that it is easy to conduct research projects in a region of the world where regulation does not exist. . In our presentation, we will propose that research ethics become an integral part of all research related to public health projects in Africa. **Keywords:** ethics, research ethics, public health, Africa.

Key Words: Ethics, Research Ethics, Public Health, Africa.

ABSTRACT: The African continent is a space for
Introduction

Le titre annonce une réflexion qui va bien au-delà de ce qui habituellement fonde l'éthique de la recherche. Il est sans doute trop ambitieux pour la tâche qui est maintenant la mienne et risque de nous amener sur des fausses pistes. Il suggère cependant tout un



intéressant programme de travail qu'il vaudrait la peine de mettre en place pour élaborer une véritable éthique de la recherche en santé publique. En fait, mon titre était d'abord, « **Enjeux éthique dans les projets de santé publique en Afrique** » et nous l'avons reformulé : comme suit ?) « **Pour une intégration de l'éthique dans les projets de recherche de santé publique en Afrique** ». La nuance me paraît importante.

En guise d'introduction, je voudrais expliciter le sens de la nuance dont je viens de parler. Pour la clarté du débat, il me semble nécessaire de distinguer éthique et éthique de la recherche. Une fois les notions clarifiées, j'aborderai le thème focal de ma présentation, la recherche en santé publique dans son rapport à l'éthique de la recherche. De là, je serai conduit à aborder une autre question : comment élaborer une éthique de la recherche en phase avec la recherche en santé publique ? Faut-il emprunter le modèle aux sciences biomédicales ou développer un modèle original ? Enfin, troisième question, sur quel fondement, cette éthique devrait-elle reposer ?

Éthique et éthique de la recherche.

En introduction, je veux indiquer la nécessité de distinguer éthique et éthique de la recherche. Une bonne compréhension de la distinction peut faciliter la discussion et favoriser l'élaboration d'une éthique de la recherche spécifique à la recherche en santé publique.

Quand je réfléchis sur l'histoire de l'éthique de la recherche, que je lis les documents officiels qui en expriment la compréhension qui a maintenant cours et que j'écoute les différents membres des Comités d'éthique dire l'intelligence qu'ils en ont, il devient clair à mon esprit que la protection des participants à une recherche définit fondamentalement cette forme d'éthique. Voici comment je restituerais la problématique. La science est bonne, la recherche est nécessaire pour « améliorer le bien-être, la connaissance et la compréhension des êtres humains. J'ajouterais que les projets de recherche en santé publique en Afrique sont bons parce qu'ils visent le bien de la population. Par le biais de différents projets, ils améliorent le mieux-être de l'ensemble de la population. Cependant, il est inacceptable d'utiliser des

personnes uniquement pour atteindre de tels objectifs, si légitimes soient-ils. S'impose donc la nécessité de protéger les sujets de la recherche. L'éthique de la recherche définit les normes et les procédures réglementant la recherche avec des sujets humains. Cette éthique fait appel à des principes éthiques cardinaux, d'ailleurs de plus en plus nombreux, qui, appelant à la responsabilité des chercheurs propose une démarche axée sur les sujets et impose des normes ainsi que des procédures. Tout cela vise à protéger les participants à la recherche.

Cette visée s'explique très bien en raison du contexte de développement de ce type d'éthique. D'une part, les atrocités des médecins nazis durant la guerre 1939-1945 montrèrent la nécessité d'obtenir le consentement des sujets de la recherche. Le Code de Nuremberg fit de cette obligation sa norme initiale. D'autre part, vingt ans plus tard, les révélations d'Henry Beecher à propos des scandales en recherche biomédicale américaine conduisirent à mettre en place des mécanismes efficaces pour protéger les sujets de recherche. Les comités d'éthique de la recherche devinrent un moyen privilégié pour assurer le respect.

Sans nier la noblesse de la visée et de la pertinence des mécanismes retenus, il faut reconnaître la limite fondamentale de cette approche par rapport à une vision plus large de l'éthique. En mettant l'accent sur les règles nécessaires de protection des sujets humains, cette approche ne dit qu'une facette de l'éthique. Le risque est de prendre la partie pour le tout.

A regarder, par exemple, la dynamique qui anime le projet et le renouveau de l'éthique des années 1960 et 1970, le souffle paraît beaucoup plus puissant et créateur. Dans la mouvance de la révolution culturelle de la fin des années 1960, l'éthique vise essentiellement à un

renouvellement des rapports sociaux et à une nouvelle approche de la science. L'éthique représente une manière de refaire le monde en lien avec les idéaux démocratiques contemporains. C'est d'ailleurs pourquoi il apparaissait même nécessaire de changer le vocabulaire : de la morale identifiée à la conformité et à la règle, on passe à l'éthique interprétée comme expression de la créativité dans l'action. Ce mouvement de renouveau se reflète parfaitement dans la définition de Paul Ricoeur, « la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans les institutions justes » (Ricoeur, 1991, 202).

Recherche en santé publique et éthique de la recherche.

Cette remarque de vocabulaire étant faite, j'en viens à la question de la recherche en santé publique dans son rapport à l'éthique de la recherche. Nul ne niera que la recherche en santé publique en Afrique recèle des enjeux éthiques. J'appréhende la santé publique comme faisant partie intégrante des sciences humaines et sociales qui recèlent des enjeux éthiques. Dans « Enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales », Alvaros Pires reprend, à quelques reprises, le terme éthique pour présenter l'un des défis fondamentaux qui se posent aux sciences sociales, celui des intérêts ou des biais des chercheurs. A la naissance des sciences sociales, une des grandes préoccupations du chercheur « était de neutraliser le plus possible les intérêts éthiques et politiques de l'analyste » (Pires, 1997, 4). Aujourd'hui, continue plus loin l'auteur, « il faut repenser la place positive de l'éthique, voire du biais, dans la production même de la connaissance scientifique » (Pires, 1997, 4). La recherche en santé publique ne peut faire fi de l'éthique mais l'éthique dont il est ici question ne correspond pas au concept

d'éthique de la recherche tel que je le vois à l'œuvre.

Nécessité d'une éthique de la recherche en santé publique

Est-ce à dire que la recherche en santé publique doit rester étrangère à l'éthique de la recherche telle qu'elle s'est développée ? Dans les années 90, lorsque les établissements faisant de la recherche durent aligner leurs règlements aux énoncés des Codes et des rapports d'éthique, beaucoup de chercheurs en sciences humaines et sociales dont, en santé publique, protestèrent. Certains refusèrent même de s'y soumettre. Depuis, les ardeurs se sont calmées, du moins dans le monde occidental. Je ne suis pas assuré cependant que l'entente est devenue pleinement cordiale. Des malaises importants subsistent.

A la question – la recherche en santé publique dit-elle s'exonérer de l'éthique de la recherche dans des îlots de permissivité comme l'Afrique subsaharienne ? – ma réponse est nettement négative. La recherche en santé publique ne doit pas faire fi de l'éthique sur aucun espace de notre monde commun, pour parler comme Hannah Arendt et cela pour quatre raisons. La première tient au fait que nous sommes entrés dans l'ère de l'économie du savoir dans laquelle la recherche joue un rôle moteur. Les universités et les organismes de recherches sont pleinement engagés dans ce mouvement et certaines universités se qualifient comme des universités de recherche. Le contexte d'effectuation de la science, quel que soit son type, place les chercheurs dans des positions extrêmement exigeantes tant au plan du respect des sujets de la recherche que de l'intégrité scientifique. Des pressions de toutes sortes s'exercent sur eux, les risques de conflits d'intérêts s'accroissent.

La quête de réussite et les plans de carrière placent les chercheurs dans des situations où les sujets humains, individuellement et collectivement courent des risques permanents d'être utilisés par les chercheurs et leurs équipes.

A une première raison de nature contextuelle s'en ajoute une seconde qui tient à la nature même de la recherche en santé publique. La santé publique est perçue naturellement éthique. L'éthique est ontologique à la santé publique puisqu'elle vise le bien de la population. Ainsi par le canal de différents programmes, elle améliore le mieux-être de l'ensemble de la population. On peut penser aux campagnes de vaccinations pour les enfants ou aux efforts déployés pour assainir les territoires et améliorer l'hygiène publique. La contribution de la santé publique tient aux points de vue neufs qu'elle apporte de la compréhension des maladies et infections nouvelles telles que l'Ebola, le Chikougounya, l'épidémie du Sida et la grippe aviaire.

La troisième raison a trait au type de connaissances générées par les recherches en santé publique. A l'instar des recherches en sciences humaines et sociales, les recherches en santé publique poussent de plus en plus loin la connaissance de l'intime, des secrets individuels, familiaux et sociaux. De ce fait, elles peuvent remettre en question des manières de vivre, détruire des rapports sociaux et défaire des structures établies. La noblesse et la pertinence ne peut être niée, la recherche nous faisant ainsi accéder aux phénomènes complexes de l'expérience humaine et le savoir acquis rendant possible d'améliorer la santé individuelle et collective. Cette situation n'invite-elle pas la société africaine à exiger aux chercheurs en santé publique de présenter à un organisme socialement reconnu les projets à entreprendre, de manière à bien en évaluer

toutes les composantes ?

Enfin, je voudrais mentionner une quatrième raison qui touche le rapport qui s'établit entre le chercheur et son sujet, individuel ou collectif. Ce rapport ne peut nier ses dimensions morales : quelqu'un fait appel à d'autres personnes pour atteindre ses fins. Par exemple, l'approche méthodologique utilisée par les anthropologues de santé publique pour la recherche ethnographique en profondeur et à long terme nécessite un engagement du chercheur dans la vie quotidienne de la communauté où ce dernier est à la fois participant et observateur. L'exploration en profondeur de ce que vivent les personnes en proie à une maladie infectieuse grave ou une maladie grave tout court avec qui se fait la recherche permet de mieux dégager leurs difficultés, leur sentiment d'exclusion, voire leur rapport à la maladie grave qui est toujours appréhendée en terme d'extériorité.

Comment ce rapport va-t-il se faire ? Quel comportement les chercheurs doivent-ils adopter ? Que faire s'ils acquièrent des informations qui ne concernent pas leur recherche mais touche à une tierce partie qui pourrait profiter de l'information ? Se pose ainsi le même type de questions que dans l'expérimentation médicale. Si les images inquiétantes que renvoient certaines recherches biomédicales sont peut-être plus fortes que celles qui proviennent de l'observation participante ou de l'entretien de nature qualitative, il n'en demeure pas moins que les études en sciences sociales donc en santé publique peuvent avoir des conséquences négatives pour les sujets participants, qu'ils soient des individus ou des groupes. Toute recherche avec des sujets humains même en Afrique et sous le prisme de la santé publique appelle une éthique.

Pour ces quatre raisons, je considère que la recherche en santé publique en

Afrique convoque un regard externe pour évaluer les projets qu'elle poursuit. Les comités d'éthique africains, tel que nous les connaissons actuellement, constituent-ils les meilleurs instruments pour accomplir cette tâche ? Je n'en suis pas sûr. Ce dont nous avons besoin ce n'est pas d'abord d'une analyse de spécialistes pour vérifier si toutes les règles sont suivies, règles scientifiques, juridiques et éthiques, mais d'un regard pluriel, marqué du sceau de la diversité pour vérifier si les activités auxquelles les participants sont invités à prendre part respectent réellement et tiennent compte de qui ils sont. Pour ce faire, peut-être avons-nous besoin de diversité de membership plutôt que de spécialité ?

Élaborer une éthique de la recherche en santé publique

Au Nord, la réglementation impose à tout chercheur qui fait appel à des sujets humains de se conformer aux règles éthiques. Les chercheurs, quelle que soit leur approche ou spécialité, n'ont pas le choix de l'éthique de la recherche, ils doivent s'y soumettre.

Aux États-Unis, au Royaume Uni, au Canada, au Danemark, en Afrique Sud, les chercheurs sont soumis aux règles éthiques. Ils doivent expliciter et formaliser leur respect des principes éthiques (François Bonnet et Bénédicte Robert, 2009).

Dans les universités américaines, toute recherche qui fait appel aux sujets humains doit passer devant un comité d'éthique afin d'être autorisée. Si un projet de recherche est rejeté au motif qu'il présente des risques pour les personnes, la recherche ne peut pas être financée et le chercheur n'est pas censé pouvoir la publier. Cette disposition est valable pour les sciences biomédicales et pour les sciences sociales. Les projets de recherche sont donc soumis au contrôle des comités d'éthique

locaux appelés « Institutional Review Boards » (François Bonnet et Bénédicte Robert, 2009).

Au Canada, l'éthique de la recherche est un impératif qui s'impose de manière catégorique à tout chercheur qui fait appel à des sujets humains. Dans ce pays, l'éthique biomédicale a été sujette à des critiques. Les critiques qui fussent de l'univers de la recherche en santé publique en Afrique ressemblent étrangement à celles qui étaient portées contre l'éthique biomédicale canadienne dans les années 1970.

Quelques années plus tard, les chercheurs biomédicaux et les organismes qui les représentent avaient joué un rôle déterminant dans l'élaboration de l'éthique de la recherche. Ils sont entrés en dialogue avec les autorités responsables pour élaborer des normes. On parle d'ailleurs d'interdisciplinarité pour rendre compte de ce dialogue même si l'expression n'est peut-être pas là plus juste qui soit. Je ne dis pas que tout est bien fait mais que le monde de la recherche biomédicale a choisi la voie du dialogue pour chercher à protéger, à la fois, ses intérêts et ceux des sujets de la recherche. Je pense que les chercheurs en santé publique doivent faire de même en Afrique.

Dans ce dialogue, la recherche en santé publique ne doit pas profiter des carences législatives et normatives des pays d'Afrique subsaharienne. La recherche en santé publique doit prendre elle-même le leadership. Plutôt que de réagir aux exigences qu'on veut imposer universellement à toute recherche, les chercheurs en santé publique devraient élaborer des tables de concertation conduisant à établir la contribution au savoir que leurs travaux apportent, à faire saisir le sérieux et la pertinence de leurs méthodologies, à dégager les enjeux éthiques que pose le type de recherche qu'ils

pratiquent et enfin à cerner le rôle que la communauté pourrait jouer pour aider à résoudre les défis et les enjeux éthiques que soulèvent ces recherches. Les chercheurs doivent faire voir les enjeux et les défis éthiques que pose le modèle de recherche qu'ils privilégient.

Ma proposition soulève une difficulté particulière en raison du fait qu'un modèle préexiste, modèle devenu universel et canonique. Je pense ici au consentement éclairé dont la définition et le mode d'obtention semblent définis universellement. Il faudrait partir des enjeux de la recherche plutôt que du paradigme. La tâche des chercheurs consiste ici à faire les premiers pas. Cette responsabilité s'impose d'autant plus qu'à la différence des autres types de recherche, la recherche en santé publique a été sujette à moult réflexions sur son sens, sa démarche et sa spécificité que la recherche biomédicale.

Pour faire ce travail, faut-il attendre un organisme national ou international ? Je ne pense pas. Il serait intéressant, par exemple, que dans un espace de recherche, comme un département de santé publique ou un centre de recherche en santé publique comme l'Institut de recherche pour le développement (IRD) en France, on fasse ce travail de réflexion et qu'on le présente à l'ensemble de ce milieu pour le faire valider. Quelques initiatives de ce genre auraient une influence remarquable non seulement sur le travail des comités d'éthique d'un milieu mais sur la manière même de concevoir l'éthique de la recherche sous le prisme de la recherche en santé publique. L'éthique ne pourrait plus être imposée d'en haut mais répondrait davantage aux enjeux des pratiques.

L'orientation de l'éthique de la recherche en santé publique

Cette deuxième série de remarques m'amène à la troisième partie de ma réflexion sur la recherche en santé publique dans son rapport à l'éthique de la recherche. La question que je veux explorer est la suivante : sur quel fondement, cette éthique devrait-elle reposer ?

En éthique de la recherche, à partir des années 1970, trois principes se sont imposés et ont pris le nom de « principes de la bioéthique ». Sous ce vocable, on désigne l'autonomie, la bienfaisance et la justice. Depuis ce temps, le nombre a varié. La variabilité me paraît une modulation des trois principes initiaux, des règles découlant des principes prenant alors le nom de principes. Pour dire vrai, le premier principe ne se nommait pas autonomie mais « respect des personnes », l'autonomie constituant une des exigences de ce respect (The National Commission, 1982, 236-237).

Il me semble qu'en recherche en santé publique le souci des personnes qui constitue la visée même de la recherche doit conduire les chercheurs à traiter en partenaires les individus et les groupes auxquels ils font appel.

Historiquement, l'éthique de la recherche a pensé le sujet de recherche sous un angle négatif : il fallait le protéger contre les risques que les chercheurs en biomédecine pouvaient lui infliger. Il ne peut ni ne doit en être ainsi en recherche en santé publique, cela irait contre le sens même de ce type de recherche. Les chercheurs doivent considérer les personnes qu'ils invitent à participer à la recherche comme des associés. Ils font appel à l'expérience et au vécu des personnes pour enrichir la réflexion commune et servir la société et dans le cas de la santé publique de protéger la population contre les maladies pouvant causer de véritables razzias de même que des comportements pouvant provoquer des

dramas humains. On ne peut les prendre pour des objets qui ne feraient que servir les intérêts des chercheurs ou encore ceux des organismes qui les emploient. Au fondement de leur agir, les chercheurs doivent y mettre l'éthique tout court, c'est-à-dire « la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes ».

Fonder la recherche de l'éthique en santé publique sur une philosophie du partenariat devrait transformer un certain nombre de règles. Les chercheurs n'auraient-ils pas alors le souci spontané de développer les meilleures stratégies de communication plutôt que celui de s'inquiéter des exigences de plus en plus sophistiquées du consentement éclairé ? Comment éviter de faire le mal à des participants et, si par hasard cela était, comment faire pour résoudre la difficulté ? En d'autres termes, les questions négatives prendraient une forme positive.

L'éthique de la recherche en santé publique ne pourra prendre une forme positive en Afrique où l'éthique est une urgence, que si les chercheurs s'engagent eux-mêmes dans cette direction. Plutôt que d'être une lutte de pouvoir entre différents intérêts, ne doit-elle pas devenir un effort collectif pour faire en sorte que la recherche serve à favoriser une vie humaine plus digne et plus justes pour tous et toutes ?

Dans notre monde commun, il s'agit de construire une éthique de l'humanité, c'est-à-dire, qui respecte les intérêts des individus, mais aussi la communauté. Comme le soulignent (René Simon et Denis Müller, 1993), il faut se positionner dans la logique d'une éthique du respect (...) devant ce quelque chose de sacré qui maintient notre pouvoir à distance et nous oblige à protéger l'avenir au cœur du présent même en Afrique.

Références Bibliographiques

BONNET F. et BÉNÉDICTE R., 2009, « La régulation éthique de la recherche aux États-Unis : histoire, état des lieux et enjeux », *Genèses*, 75, Juin, pp. 87-108.

OTTAWA, 1998. *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* ; <http://www.nserc.ca/programs/ethics/francais/policy.htm>.

PIRES ALVARO P., 1996, « De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales », Jean Poupart et al., *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques*, Montréal, Gaëtan Morin, pp. 3-54.

RICOEUR P., 1991. *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.

RICOEUR P., 1986. *Du texte à l'action. Essai herméneutique II*, Paris, Seuil.

SIMON R., MÜLLER D., 1993. *Nature et descendance*, Genève, Labor et Fides, Coll « le Champ éthique ».

THE NATIONAL COMMISSION, 1982. « *Le Rapport Belmont. Principes d'éthique et lignes directrices pour la recherche faisant appel à des sujets humains* », *Médecine et expérimentation*, Québec, Cahiers de bioéthique 4, Les Presses de l'Université Laval, pp. 233-285.

Confiance en la raison

N'Dacchi Honoré TRAORÉ

DEA de Mathématiques pures de l'Université Claude Bernard de Lyon I, Docteur en Théologie dogmatique de l'Université de Navarre (Espagne), option Anthropologie

RESUME : Notre intelligence est-elle capable de saisir, de comprendre des connaissances vraies, mais immatérielles, qui dépassent la dimension physique de l'existence ? Tels sont ainsi résumés dans ce texte les enjeux pour comprendre et aimer la bioéthique.

Mots clés : Raison, Confiance, Transcendance, Bioéthique

ABSTRACT: Is our intelligence able to grasp, to understand true but immaterial knowledge that goes beyond the physical dimension of existence? This is how the issues to understand and love bioethics are summarized in this text.

Keywords: Reason, Confidence, Transcendence, Bioethics

Intus-légere

Intus-légere (lire à l'intérieur de), est la racine latine du terme intelligence qui a donné the intelligens en anglais, la inteligencia en espagnol etc. Cela signifie que

tout le monde reconnaît à cette faculté de notre âme, la capacité innée de lire à l'intérieur de.

Ce « lire à l'intérieur de » ne peut se limiter à « savoir **comment** des choses de la nature **fonctionnent** ». Ainsi, la découverte des lois scientifiques, physiques et électroniques, ne peut épuiser ce « lire à l'intérieur de ». L'observation et la formulation d'hypothèses ainsi que leur vérification, ne peuvent



épuiser toutes les possibilités de ce « lire à l'intérieur de ». En d'autres termes, l'intelligence, dans sa puissance d'expression, ne s'épuise pas en l'exploration scientifique et technique. C'est l'un de ces exploits mais loin s'en faut, le seul, et moins encore le plus important ! Il y a plus, qui fait partie intégrante de la raison tout court, ni seulement pratique opposée à la pure, ni la pure opposée ou supérieure à la pratique : la

raison tout simplement qui guide, à son niveau, la personne humaine intrinsèquement finalisée ; la raison étant l'intelligence elle-même en tant que discursive, passant d'un argument à un autre pour se reposer ou se suspendre dans un jugement vrai ou faux.

On dira donc d'une personne qu'elle est brillante si elle obtient de bons et même très bons résultats dans les sciences et techniques ; on peut naturellement lui appliquer le qualificatif d'intelligent puisque dans une certaine mesure, la personne *lit à l'intérieur de*. Cependant, elle sera dite intelligente au sens propre si elle sait lire à l'intérieur des choses (même celles qui tombent dans les champs de la recherche scientifique et technique), des situations, événements et connaissances de la vie, **ce qui les fonde, leur orientation vers le bien, leurs liens avec la vie présente et future, le pourquoi radical, l'origine et la finalité de tout.**

Une question radicale se pose alors, à ce niveau incipient de ces deux articles sur les fondements anthropologiques de la Bioéthique, à savoir : notre intelligence, celle de chaque être humain, femme ou homme, d'un continent ou d'un autre, riche ou pauvre, est-elle capable de *descendre* ainsi dans une autre dimension de tout ce qui existe ou s'expérimente? En d'autres termes, notre intelligence est-elle capable de saisir, de comprendre et d'*épouser pour de bon*, des connaissances vraies qui ne n'obtiennent pas à l'aide d'un microscope, d'une fusée, des rayons laser et des laboratoires?

Et bien oui! Et c'est pourquoi ce premier article s'est intitulé «Confiance en la raison».

Tout être humain a cette capacité intellectuelle de saisir des vérités qui sont immatérielles, des vérités qui dépassent la

dimension physique de l'existence. Pour nous en convaincre partiellement il suffit de se souvenir qu'en offrant un cadeau à un ami ou une amie, il se réjouit selon l'importance et la justesse du don en captant un «dégré» d'amour qui est immatériel. Nous sommes tous conscients qu'un baiser, aussi satisfaisant soit-il, n'épuise ni ne donne totalement « toute la dimension d'amour » qui a poussé à le donner. Il y a donc des dimensions de nos actes humains qui ne sont pas de l'ordre physique auxquelles cependant nous croyons fermement et qui structurent profondément notre vie sociale. Tout être humain est donc capable d'accéder à l'immatériel, à ce qui est métaphysique et de fonder une vie sur cet "immatériel".

Mais alors, d'où vient le fait que tant d'intellectuels haïssent à tel point cette métaphysique ? D'où vient le fait que malgré cette capacité native de s'élever au-delà du palpable et immédiat pour accéder aux dimensions stables des vérités métaphysiques, toutes les politiques et les théories économiques ainsi les vastes domaines des mass médias, n'en font pas le fondement de leurs activités? Pourquoi donc cet acharnement sur toute la planète de pratiquement réduire l'intelligence à une dimension à ras le sol? Comment est-on arrivé à la réduction des possibilités de l'être humain aux dimensions terrestres avec tant d'emphase?

Autant de questions qui méritent une étude soignée de recherche de solution afin de relever l'être humain ! Pour se convaincre du besoin de s'élever à des vérités au dessus de la physique, nous proposons plusieurs exemples de chute de l'intelligence.

Exemples^[1]

1. Nous assistons à un phénomène de concubinage entre un homme et une femme qui parfois semble normal pour eux. On

trouve que de toute manière, le mariage se fera; donc, il n'y a pas lieu à s'en faire. Et cela se vit dans certains cas à l'insu des parents de la fille en particulier. Cependant, si l'une des filles de cette vie commune vient à attendre un enfant d'un jeune garçon connu ou non par ce couple, alors là, le père de la fille s'enflamme, chasse même sa fille de la maison et menace le jeune de ne plus voir sa fille sous peine de mort! La mère cherchera tous les moyens pour tuer le bébé encore dans le ventre! Les arguments : ma fille est encore élève ou étudiante! Oui, l'intelligence dans ce cas a lu à l'intérieur de cet événement et a jugé bien: cet acte de *sortir* avec un jeune sans être préalablement marié est mauvais. Mais, pourquoi les mêmes intelligences n'ont pas fait la même lecture avant de vivre ensemble? Pourquoi dans ce cas passé, l'intelligence a chuté et s'est refusée à lire les vérités profondes des comportements? Pourquoi?

2. Prenons comme exemple le mode d'accès au pouvoir suprême dans certains pays, en particulier dans certains pays africains. On note que les pouvoirs qui commencent par les armes injustes, non seulement drainent de lourds dommages en vies humaines et en biens matériels, mais de faite, n'arrangent rien du tout. Cependant, le procédé sanglant semblent être l'apanage constant des prétendus aux pouvoirs. Pourquoi ne lirait-on pas à l'intérieur de ces expériences du passé pour se convaincre que les armes injustes n'ont jamais rien résolu de durable et de profitable pour la finalité des êtres humains?

3. Un autre exemple se trouve dans l'intoxication aux mauvaises mœurs dans la société par les masmédiats. On voudrait qu'il y ait la paix, la non violence sexuelle, l'absence de banditisme etc. Mais sur les réseaux sociaux, dans la plupart des films, dans la pornographie décriée par tous aux oreilles sourdes des fabricants, qu'est-ce qu'on ne voit pas, bon sang? Comme l'avait

dit ce grand homme qu'est le Pape émérite Benoît XVI (2005), on voudrait que ces choses soient "à la fois plaisantes et inoffensives"! On voudrait gagner beaucoup ou peu d'argent, mais que ces choses avalées par les êtres humains ne les poussent ni à la violence, ni à la luxure, ni aux techniques de guerre et de vol et de viol, ni aux banditismes de tout genre, etc. L'intelligence peut lire à l'intérieur de tous ces avatars de la société et du monde pour extraire des vérités qu'on voudrait passer sous silence: l'homme n'est pas seulement ni spécifiquement chair; il est aussi un esprit et un Absolu appelé «personne». De ces deux derniers, et même aussi du corps, l'humilité doit nous pousser à reconnaître que nous ne les connaissons totalement qu'en se mettant à genoux devant le Créateur des esprits et des absolus pour découvrir leurs lois intrinsèques. Et Ce Créateur, déjà découvert par la philosophie grecque, nous parle aujourd'hui par le Magistère de la Sainte Église qu'humblement, nous devons à genoux écouter. C'est, et l'histoire de l'humanité l'a mainte fois prouvé, la seule instance digne d'être crédible dans ce domaine.

On peut multiplier les exemples. Ce n'est pas le but de l'article. Pour une question un peu plus globale sur l'homme et sur la possibilité de lire plus en profondeur les couches anthropologiques des courants politiques et des actions individuelles, il serait d'une certaine utilité de lire notre article «Qui est l'homme?» (Traore H., 2016).

Ce n'est un secret pour personne que dans l'antiquité grecque, plusieurs personnes, ont tenté de porter courageusement en pratique l'inquiétude universelle de la quette inéluctable de lecture plus en profondeur dont est constituée l'intelligence. Ce sont des philosophes depuis Thales jusqu'Aristote d'une part; et d'autre part, du néoplatonisme

jusqu'aux portes de la philosophie développée dans l'ère chrétienne qui, en reprenant les intuitions valables du corps philosophique antérieur, l'a cependant surpassé.

Ce travail de l'intelligence à la recherche du plus profond, donc du plus stable, capable de fonder solidement tout dans la vie, a trouvé un point culminant dans le moyen-âge avec la philosophie scholastique. Mais, du bas moyen-âge jusqu'à nos jours, on peut citer deux grands déclin et chutes de l'intelligence dans le refus de cette quête du savoir stable et directionnelle: il s'agit des erreurs de Guillaume d'OCCAM, philosophe et théologien britannique de l'Université d'Oxford¹. Il se disait logicien qui s'est évertué à balayer du revers de la main, des acquis intellectuels concernant les universaux. Il affirmait en particulier que le concept d'humanité n'est qu'une construction de l'esprit qui ne dénote point une réalité ! Ses erreurs ont eu comme conséquences immédiates le refus ou rejet de l'instance «autorité».

De ce venin occamien, on aboutira au fameux Cercle de Vienne dont nous nous proposons un ample développement car, à notre avis, c'est l'une des plus importantes sources du pessimisme et du découragement face aux nobles et puissantes possibilités de l'intelligence humaine.

Le cercle de Vienne, ou Wiener Kreis, est un groupement de savants et philosophes qui a fonctionné à Vienne, de 1923 mais officiellement 1929 sous le nom d'Association ErnstMach jusqu'à l'assassinat de son chef de file, Moritz Schlick, le 22 juin 1936, après quoi le club

se dispersa. Le Cercle existait de manière informelle déjà avant la Première Guerre mondiale. L'ouvrage de Ludwig Wittgenstein, *Tractatus logico philosophicus* (1921), est un des textes de cette époque qui servit de Fondation à la pensée du Cercle de Vienne.


Le programme du Cercle viennois, tient fondamentalement au rationalisme et à l'empirisme. Il a développé une critique radicale de la **métaphysique spéculative**. Ce qui implique donc un rejet de tant d'efforts de tant de personnes qui, loin d'être bêtes, se sont efforcées de permettre à l'intelligence de lire correctement à «l'intérieur de». Les soit disant travaux de Gottlob Frege, Ernst Mach (dont, après Ludwig Boltzmann, Schlick était le successeur à la chaire de philosophie des sciences), de Ludwig Wittgenstein, Bertrand Russell, et l'influence de George Edward Moore et Karl Popper, auraient trouvé enfin «la vérité».

Il n'existe pas de doctrine commune au Cercle, et celui-ci se caractérise moins par des dogmes que par un programme commun. Le Cercle développe en effet ce qu'il appelle une « conception scientifique du monde », dont trois éléments majeurs prédominent :

Les sciences doivent être unifiées dans le langage de la physique (réductionnisme des sciences empiriques) ou de la logique (logicisme), car toute connaissance est soit empirique soit formelle.

La philosophie est une élucidation des propositions scientifiques, éthiques et esthétiques par l'analyse logique ; elle ne se réduit certes pas à une théorie de la connaissance mais celle-ci en constitue toutefois le point de départ.

Cette conception affirme que les

¹ Guillaume d'Occam (v. 1285-1349),  Logicien et théologien scolastique, considéré comme le plus éminent représentant de l'école Nominaliste.

énon- cés métaphysiques sont dépourvus de sens (Unsinnig) : les problèmes philosophiques traditionnels auraient été mal

Wittgenstein dans le Tractatus logico-philosophicus : la plupart des énoncés métaphysiques sont dépourvus de sens car ils ne peuvent être justifiés par l'expérience ; ils ne portent pas sur le monde, mais ils nous renseignent plutôt sur la façon dont le langage fonctionne².

Ce résumé exclut des commentaires. Nous sommes devant une des plus grands découragements et chutes des capacités de l'intelligence: elle ne serait pas capable de «scruter» la réalité; donc sa capacité est seulement de l'ordre de la lecture superficielle.

Que le Cercle de Vienne se disloque et disparaisse, cela n'est pas la conséquence de mauvaise gestion des idées; le programme même du Cercle viennois **contenait intrinsèquement sa chute car il contenait un colossal mensonge sur l'homme.**

Ainsi nous pouvons conclure ce premier article par donner un critère irréfutable pour vivre dans la vérité totale: accepter de faire «**le voyage**» de l'intelligence jusqu'à l'être des choses et des personnes pour ensuite embrasser l'Être Transcendant qu'est DIEU.

La culture africaine est présumée faire ce voyage vers la transcendance. Seul ce voyage concède le progrès véritable, intégral. Seul ce voyage «sous-terrain» peut faire comprendre et aimer la bioéthique. Nous allons nous évertuer dans le prochain article, de montrer que vivre avec la transcendance est source de progrès social, économique et scientifique utile à l'être humain. En particulier, l'Afrique gagnerait à montrer «sa révolution» dans la saisie et le maintien de la transcendance qui oriente radicalement tous

posés, et leurs solutions auraient été exprimées inadéquatement. Cette thèse trouve sa première formulation avec Ludwig les aspects de la recherche scientifique et technique.

Références Bibliographiques :

BENOIT XVI, 2005, Encyclique « Dieu est Amour », n°5

TRAORÉ H.N., 2016, Qui est l'homme ?, *Actualités Juridiques*, n°50, pp.252-258,

² Conception partagée par Rudolf Carnap en 1934

L'éthique et le développement humain en Afrique : la médecine en question

Koffi Hervé YANGNI-ANGATÉ

Chirurgien des Hopitaux, Professeur des Universités.

Chef du département chirurgie thoracique et cardio-vasculaire du CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

Expert en Bioéthique, Membre du comité international de suivi du programme ouest africain de bioéthique

Zagocky Euloge GUEHI

Docteur en Bioanthropologie et spécialisé en Bioéthique

Département de sociologie et d'anthropologie, Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo, Côte d'Ivoire

Communication au colloque sur la promotion de la dignité humaine en Afrique, Abidjan, Université Catholique d'Afrique de L'Ouest (L'UCAO), Mars 2015.

RESUME : Cet article examine la place de l'éthique dans le développement humain en Afrique. Il s'intéresse plus précisément à la médecine et ses rapports avec l'éthique dans ce contexte. Après avoir insisté sur le caractère éthique traditionnel de la médecine et questionné l'anthropologie africaine, ce travail esquisse une éthique médicale africaine qui prend ses racines dans la conception négro-africaine de l'homme. Une vision qui promeut le principe immuable de respect de la personne humaine, et qui pérennise la valeur sacrée de la vie.

Mots clés : hôpital, hospitalité, prendre soin, soigner, relations médecins /patients et éthique.

ABSTRACT: This article analyzes the importance of ethics in human development in Africa and the relationship between bioethics and medicine in this context. After stressing the traditional ethical character of medicine and questioning African anthropology, this work outlines an African medical ethic that has its roots in the Negro-African conception of human being. A vision that promotes the immutable principle of respect of human dignity, and which perpetuates the sacred value of life.

Key words: hospital, hospitality, caring, caring, doctor / patient relationships and ethics.



Introduction

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale,

l'humanité dans son entièreté a pris l'engagement de promouvoir les droits et la dignité de l'homme. Plusieurs cadres institutionnels ont été mis en place et de nombreux textes normatifs ont vu le jour avec comme toile de fond la protection de la vie humaine et la sauvegarde des générations futures.

Malgré tous ces efforts au niveau mondial, le continent africain brille encore par les guerres interminables, les maladies, la faim, les rebellions armées, les tueries en masse, les épurations ethniques etc.

Ce colloque, de notre point de vue, se veut de mener une réflexion sur l'apport de l'éthique à la promotion des hommes en Afrique noire.

Ce qui revient à se demander en quoi l'éthique peut-elle être une source de développement de la personne humaine et de sauvegarde de sa dignité dans notre continent, à une époque où « *la personne référence sociale éprouvée, est en grand danger, et en même temps niée dans son essence* » (Christian Hervé ; 2001)

Dans un tel contexte, il est normal que la médecine pratique dans laquelle, la dignité humaine est mise à rude épreuve soit interrogée dans les fondements, puis dans ces rapports avec l'éthique.

Qu'est-ce que la médecine ? Quel est son objet ? Et comment s'articule-t-elle avec l'éthique ?

Après quoi, il faudra questionner la conception négro-africaine de l'homme et sa dignité. Ce qui nous aidera finalement à faire une esquisse d'une éthique médicale pour nos sociétés africaines contemporaines, car toute éthique doit avoir comme fondement une vision de l'homme.

La médecine : un art ontologiquement éthique

La médecine est une science, un art qui se veut être au service de la promotion de la santé physique et mentale de l'homme, au plan des soins, de la recherche et de la prévention des maladies et de son éradication.

On s'en rend compte, le but de la médecine est comme le précise Hippocrate dans son ouvrage *De l'art* « *d'écarter les souffrances des maladies et de diminuer la violence des maladies, de réconcilier la maladie avec le beau, le bien et le juste* ».

Plus simplement, « *l'action médicale se caractérise ainsi : Son objet c'est autrui, son mobile c'est la pitié devant la souffrance d'autrui sa finalité c'est la santé d'autrui* » (Suzanne Rameix ; 1996).

La santé est un facteur d'épanouissement de la personne, c'est un indicateur du bien-être d'individus qui, ensemble, composent le corps social.

En bref, comme nous le devinons, la médecine impose une éthique.

Maintenant que faut-il entendre par éthique ? Quelques précisions s'imposent.

Le mot éthique vient du grec (ethos) qui désigne les mœurs, la conduite de la vie, les règles de comportement. Étymologiquement, il désigne donc la même réalité que le mot moral qui vient du latin (mos-mores) comme divers dictionnaires l'indique. L'éthique fait penser spontanément à des attitudes sociales des normes, des règles de comportement, des principes, des valeurs, et renvoie à l'agir humain, aux choix existentiels.

La consultation des divers auteurs et dictionnaires permet de dégager trois sens ou tâches ou encore fonctions de l'éthique

nécessaire et complémentaire : Le questionnement, la systématisation et la pratique.

La première tâche (questionnement) se définit comme un effort pour connaître les devoirs ou comme une réflexion sur les exigences du respect et de la promotion de la personne humaine.

La deuxième tâche (système) s'entend comme un système de devoirs, de normes et d'obligations ou comme un ensemble de hiérarchisé de valeurs.

La troisième tâche enfin (pratique) se décrit comme une obéissance aux normes susdites ou comme une décision personnelle, responsable et circonstanciée.

Cela compris, retenons tout simplement que l'éthique est « *une réflexion qui analyse l'action de l'homme au regard des valeurs et des normes morales* » (Durand Guy ; 2005). Celle-ci concerne aussi bien le sujet et sa conscience que sa relation à l'autre sujet et à la société.

A y voir de près, éthique, médecine et personne humaine forment une seule et même réalité. Parce que centré sur la personne humaine. La médecine est éthique par essence. La médecine est ontologiquement éthique avec pour corollaire son caractère déontologique. Elle est anthropocentrique. Il ne saurait donc y avoir d'antinomie entre médecine, éthique et personne humaine. Il s'agit bien d'un tout indissociable comme en témoigne l'histoire.

Déjà en 1750 ans avant J.C., le code d'Hammourabi contient des normes qui règlent l'activité médicale et une première réglementation des taxes pour l'aide à la santé.

Hippocrate (460-370 avant J.C.) dans son « serment » qui est en vigueur jusqu'à main-

tenant, non seulement sacralise l'acte médical en le plaçant sous le patronat ou l'égide des dieux : « *je jure par tous les dieux et par toutes les déesses, les prenant à témoin c'est dans la pureté et la piété que je passerai ma vie et exercerai mon art* » ; mais atteste du caractère éthique, moral, humaniste de la médecine faisant dire à tous qu'il ne saurait y avoir de médecine sans éthique, sans vertus humaines ; La médecine est une école des vertus, elle est déontologiquement morale. Voici l'énoncé de ce serment d'Hippocrate :

« Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant :

Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes.

Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai

cette opération aux praticiens qui s'en occupent. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.

Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissé-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive ! »

Ce serment fonde la moralité de l'acte médicale d'abord sur le principe qu'on définit maintenant comme le principe de bienfaisance ou de non-malfaisance : « *je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes* », ensuite sur le devoir de compétence : « *Je ne taillerai pas les calculs, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent* », finalement, sur le principe de confidentialité (secret médicale) : « *Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret* ».

A l'analyse, ce serment est en conformité avec la loi morale naturelle, universelle, immuable. Il est la source des codes de déontologie médicale actuels et les attributs éthique et déontologique de la médecine

confèrent, à toute réglementation de l'exercice médical dans la pure tradition hippocratique, son caractère légal et juste.

Comme vous le remarquerez nous ne voulons aucunement nous égarer dans des considérations éthiques ou normes morales relevant de l'utilitarisme, du sociobiologisme, du modèle radical-libéral, du contextualisme etc..

A nos yeux il est clair que, par sa mission anthropocentrique, la médecine ne saurait ne pas embrasser la norme morale axée sur la personne humaine : La vision de la norme morale personnaliste ; tel est notre point d'ancrage.

Maintenant, si le lien entre médecine et éthique est sans équivoque, qu'est-ce qui motive de nos jours à une réflexion sur le rapport entre médecine et éthique? Disons-le autrement.

Quel est la modernité d'une interrogation sur le rapport entre médecine et éthique ?

A vrai dire l'itinéraire, la raison d'exister de la médecine semble de nos jours dévoyés d'où la remise en cause de la question du rapport éthique et médecine. Quelles en sont les raisons ?

1/L'évolution vertigineuse des progrès biologiques. L'homme aujourd'hui est capable de maîtriser les sources de la vie, de mieux les comprendre, les assimiler. Hérité, reproduction, développement du système nerveux sont mieux compris aujourd'hui.

2/La prééminence du bénéfice matériel, économique, de l'hédonisme, du relativisme moral.

3/La non acceptation de la finitude de l'homme, l'ambiance antireligieux, la montée vertigineuse de l'athéisme, la théorie

de « tout à la raison, tout au rationnel, rien à la métaphysique ».

4/L'envie exagérée du confort, du bonheur, le refoulement à tout prix de la souffrance.

5/Le souci de vaincre le temps, de dompter son destin, le refus de la mort « l'homme désire une vie d'éternité terrestre ».

6/La déliquescence progressive, insidieuse, sournoise dans l'imaginaire de l'homme contemporain, de la notion transcendante de la personne humaine.

7/L'obscurcissement soutenu dans la mémoire ou conscience collective du concept de la dignité et de sa valeur sacrée de la personne humaine.

8/Au prétexte d'une promotion de la laïcité dans notre quotidien ou encore d'une volonté forte à l'établissement d'une autonomie morale dans nos sociétés civiles, le reniement systématique de l'existence de la loi morale naturelle, expression moderne de la déclaration des droits de l'homme.

9/L'actualité dominée par la procréation médicalement assistée et ses nombreux problèmes éthiques.

A la suite de ces raisons il y a lieu de se poser une question nouvelle : Sans éthique, n'y a-t-il pas une menace de la survie de l'espèce humaine face aux progrès considérables des sciences de la vie, des sciences biomédicales ?

C'est à cette question que répond la bioéthique. Elle est la science de la survie de l'espèce humaine. En 1978, Reich la définissait comme « *l'étude systématique du comportement humain, dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, à la lumière des valeurs et des principes moraux* »

L'idée maîtresse de la bioéthique est le

respect de la personne humaine, la recherche d'un devenir de l'homme dans des questions qui touchent à sa dignité, son inviolabilité, sa sécurité somatique et mentale, bref à la manière de naître, vivre et de mourir.

La bioéthique nous rappelle sans cesse que la médecine humaine doit être au service de l'homme intégrale par opposition à une médecine de plus en plus dépersonnalisée, instrumentale, informatisée et maîtrisée par les données mathématiques et de la biophysique.

Ce colloque est encore une occasion de montrer l'urgence de se pencher sur les justifications des décisions, en termes de soins et de santé que nous serons amenés à prendre dans le futur immédiat en Afrique et en Côte d'Ivoire.

Voilà pourquoi il est justifié de s'interroger sur le sens que nous voulons donner les uns et les autres, à l'exercice d'une profession qui certainement peut être un témoin privilégié de l'évolution d'une société et des valeurs qu'elle prétend défendre : serait-ce celle d'une société dite précisément industrialisée, dont l'objectif est la seule production-consommation de richesses ? Serait-elle d'une transcendance de la nature humaine ou de sa négation ? Tel est l'enjeu, non du futur, mais du présent. Quelle éthique médicale donc pour nos sociétés africaines contemporaines ?

Éthique médicale et conception de la personne humaine en Afrique noire

Avant toute réponse, il nous faut considérer avant tout la vision Négro-Africaine de la personne humaine

De l'avis de plusieurs anthropologues qui se sont penchés sur la question, trois composantes de la personne peuvent être regardées comme fonds commun aux

traditions négro-africaines, à savoir le corps, le souffle et l'ombre ou l'âme.

Le corps est ici d'abord, un principe d'individuation et de socialisation : c'est le support visible de l'homme dans son groupe social, qui lui permet de se manifester, de se mouvoir dans l'espace, agir et communiquer avec les autres.

Ensuite, le corps est une porte vers l'être profond de l'individu, une rampe d'accès à l'âme, à l'esprit, à l'ombre au principe vital : c'est le corps humain qui comporte l'âme ou l'ombre, ses principes immatériels, de nature intangible, indestructible qui gouverne l'être social.

Le souffle, quant à lui est la fonction de la persévérance dans la durée. C'est essentiellement le mouvement autonome procédant du sujet lui-même.

Enfin, l'ombre n'est pas la silhouette dont l'apparition et la disparition sont fonction de la lumière. Elle a une entité enveloppante qui déborde le corps et agit bien au-delà de la sphère normale. Par elle, l'homme appartient en plus à la sphère physique, à la sphère spirituelle. L'ombre désigne la personne entière sous le signe de l'agilité, de la subtilité, de la maîtrise du temps et de l'espace.

L'homme occupe dans le contexte négro-africain, une place centrale dans le monde. Il est le centre autour duquel pivote tout l'univers. Il est considéré comme l'être le plus actif, capable s'élever tout en accroissant son être. Il est différent des autres créatures qui se trouve au bas de l'échelle, de la hiérarchie des forces après l'homme. La vie humaine est par conséquent sacrée et est au-dessus de toute autre forme de vie.

Le médecin qu'on forme doit connaître ces valeurs, les appliquer et les approfondir.

En plus de la dimension scientifique, technique et humaine, la formation doit intégrer la compréhension culturelle de la personne.

Dans cette intégration, peut se modeler à notre avis, la résolution en tout cas en Afrique de certaines questions d'éthique médicale qui occupe encore l'actualité comme l'euthanasie et le statut de l'embryon humain qui mettent en scelle la question du respect de la vie de la personne humaine de son commencement à sa fin.

La conception négro-africaine de la personne ici décrite, nous interdit de toucher à son intégrité, à sa vie parce que la source même de la vie est le créateur(Dieu), avec l'invention ou la médiation des ancêtres : elle est sacrée et transcendante à toute chose. Mettre donc fin aux souffrances d'un être humain, même à sa demande, c'est faire face à toutes ses autorités parce qu'elles se sont investir dans la conception de cette vie. L'euthanasie ou la mort assistée comme exemple ne serait être dans un tel contexte acceptée.

Dans la plupart des conceptions traditionnelles négro-africaines ; pour vaincre la mort, il faut enfanter la vie. La seule victoire décisive de l'homme sur la mort, c'est la reproduction. Mais il ne s'agit pas pour l'homme de fabriquer de nouveaux êtres par sa seule ingéniosité ou sa technique comme c'est le cas avec les pro- créations médicalement assistées, mais il s'agit d'abord et avant tout d'accueillir le cadeau qui vient des ancêtres ou encore, il s'agit d'accueillir les ancêtres disparus qui viennent se réinsérer dans le chaînon vital. La reproduction est en effet imaginée comme une insertion dans la longue lignée des ancêtres disparus, comme un don émanant d'eux, et comme une réincarnation.

On l'aura compris, « venir au monde » n'est pas, dans un tel contexte, « un accident ».

une chose qui arrive par « hasard », un simple « chromosome ». L'enfant ou encore l'embryon qui vient d'être conçu et qui va bientôt naître est une individualité qui émerge d'un autre monde où il préexistait, pays des ancêtres ; son intégrité et son respect ne saurait être mis à l'épreuve. Toutes ces considérations obligent pour la promotion de la personne humaine en Afrique contemporaine, l'adoption d'une éthique en conformité avec la nature de la personne humaine structurée autour du complexe corps- esprit.

Conclusion

A la fin de notre exposé, retenons que la montée croissante du pouvoir médical, la maîtrise de plus en plus approfondie de l'hérédité, la reproduction, du développement du système nerveux ; bref, la volonté humaine d'une domestication de plus en plus poussée des mécanismes inducteurs de la vie et du comportement humain d'une autre part et d'autre part les immenses enjeux politiques, économiques autour de la recherche scientifique médicale sont entre autre autant d'arguments qui nous incitent à reconsidérer aujourd'hui le rapport

de la médecine à l'éthique, tout en maintenant le principe immuable de respect de la personne humaine et de sa véritable valeur intrinsèque ainsi que la vision négro-africaine qui promeut, qui fortifie et qui pérennise la valeur sacrée de la vie.

Références Bibliographiques

DURAND G., 2005, *Introduction générale à la bio- éthique. Histoire, concepts et outils*, Quebec, Canada, Fides, 572p

HERVE C., 2003, *Visions éthiques de la personne*, Paris, L'harmattan, 255p

RAMEIX S., 1996, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, « collection sciences humaines en médecine », Ellipses/Edition Marketing SA, p

REICH W.R., 1978, *Encyclopedia of bioethics*, New York, MacMillan Free Press, p.xix.

SGRESSIA E., 2004, *Manuel de bioéthique.les fondements de l'éthique biomédicale*, Paris, Mame Edifa, 868p

Robotique Médicale - Repères Éthiques.

Bernard ARS

Professeur - Université de Namur.

Ancien Président et Fondateur de l'institut européen de bioéthique, Bruxelles, Belgique

Président de la société médicale belge de Saint Luc-Grimbergen

Docteur Honoris Causa - Université « Carol Davila » - Bucharest.

www.arsbernard.com - arsbernard@hotmail.com

RESUME: Cet article tente de proposer quelques repères susceptibles de fonder une évaluation éthique des usages de la robotique en médecine. Pour l'auteur, l'éthique de la robotique médicale doit se baser sur des critères permettant de faire, une différence importante entre « ce qui sert à l'homme et ce qui sert l'homme ». Elle doit donc s'articuler autour de la prise de responsabilité et du refus d'une situation paradoxale dans laquelle l'homme se nierait dans l'acte même où il veut s'affirmer, se guérir ou s'augmenter.

Mots clés : Robotique, médecine, éthique, anthropologie

ABSTRACT: This article tries to propose some benchmarks likely to found an ethical evaluation of the uses of robotics in medicine. For the author, the ethics of medical robotics must be based on criteria that make it possible to make an important difference between "what serves man and what serves man". It must be articulated around the taking of responsibility and the refusal of a paradoxical situation in which man would deny himself in the very act in which he wants to assert himself, heal himself or increase himself.

Keywords: Robotics, medicine, ethics, anthropology

Un monde envahit par les robots

Aujourd'hui, la robotisation tient une place fondamentale dans nos existences individuelles et collectives, et plus particulièrement en médecine. Cette robotisation, actuelle et à venir, est accueillie ou désirée, non seulement parce qu'elle a déjà démontré son efficacité pratique, sa rentabilité quotidienne et sa compétitivité industrielle internationale ; mais aussi parce qu'elle permet à certains de rêver à un dépassement des limites et des fragilités propres à l'humain, fantasme sociétal de puissance. Nous constatons une passivité, un émerveillement, voire une fascination, pour les robots.



Définition :

Un robot est un système technologique complexe qui présente les trois éléments essentiels suivants :

- une capacité à acquérir de l'information à partir de son environnement grâce à un ensemble de senseurs,
- une capacité à traiter l'information grâce à des systèmes de raisonnements automatisés; et surtout
- une capacité à agir et rétroagir sur son environnement.

Un robot peut être plus ou moins autonome et plus ou moins mobile, selon les cas et les contextes dans lesquels il est utilisé. En ce qui nous concerne :

Il y a les « robots humanisés » et l' « homme robotisé ».

Ce dernier peut être assisté, réparé ou même augmenté, par la robotisation.

Classification fonctionnelle des robots en médecine.

En dehors de la domotique robotisée des

institutions de soins, le rôle des robots en médecine est, jusqu'à aujourd'hui, peut-on dire, celui d'une **aide à la pratique médicale**.

La pratique médicale consiste en la prise en charge d'un patient, en vue de l'établissement d'un diagnostic, pour un traitement adéquat, qu'il soit médical, chirurgical ou de réadaptation fonctionnelle et sociale.

Dans cette perspective, survolons rapidement un panorama très succinct de l'usage des robots en médecine actuelle.

Nous pouvons distinguer 4 classes principales de robots en médecine.

Les robots d'**aide au diagnostic** sont basés sur l'imagerie par résonance magnétique, le scanner, l'échographie 3Dimensions, l'endoscopie,...et permettent d'obtenir rapidement de nouvelles informations sur les pathologies. Les problèmes éthiques sont essentiellement ceux du respect du secret médical, de la liberté des patients et de l'intimité de leur vie privée.

Avec les robots d'**aide au traitement médical**, nous entrons dans le domaine de la biologie de synthèse et des bio-nano-

technologies.

Ainsi sont conçues :

- à but préventif, des nanolaboratoires permettant d'analyser, de façon très ciblée, directement dans le corps humain, le comportement des cellules, ainsi que des biocapteurs permettant de détecter l'irruption de diverses pathologies ; et

- à but curatif, des bactéries reprogrammées artificiellement pour localiser et détruire des cellules cancéreuses.

Ainsi est également conçue une nouvelle ingénierie « métabolique » afin de faire produire par de nouveaux organismes, des molécules nouvelles.

Le questionnement éthique, ici, est essentiellement celui de la réduction du vivant, à ses fonctions.

Les robots d'**aide au traitement chirurgical** comprennent à la fois les nombreux implants robotisés et les « robots chirurgiens ».

A côté de l'utilisation de plus en plus fréquente, d'implants performants, comme par exemple, le cœur artificiel total « Carmat » ou les implants cochléaires, les « robots chirurgiens », souvent très onéreux, permettent des gestes opératoires plus précis et moins de désagréments postopératoires pour le patient. Ils pourraient même corriger automatiquement certains gestes chirurgicaux inadaptés ou dangereux.

Le questionnement éthique est ici celui de la délégation à la machine, d'un pouvoir important de jugement, impliquant la destinée d'une personne humaine.

Enfin considérons : les robots d'**aide à la réadaptation** qui sont de deux types: les robots d'aide à la réadaptation **fonctionnelle** d'une part et **sociale** d'autre part.

Les **premiers** aident à corriger le handicap, lorsque la maladie ou des accidents ont altéré les capacités corporelles, en pratiquant l'entraînement physique (remplaçant ainsi le kinésithérapeute) ou en palliant les manques organiques par un exosquelette, comme dans les cas de bras amputés ou de tétraplégie (le système robotisé se substituant à la partie du corps faisant défaut). Les **seconds**, les robots d'aide à la réadaptation sociale peuvent être utiles pour apporter un soutien psycho-social, aux personnes handicapées ou âgées; ainsi que pour amener les enfants autistes à plus d'interactions sociales.

Il s'agit de « robots de compagnie » qui peuvent agir en vue de surveiller, de distraire ou d'aider certaines personnes lorsque les aides humaines font défaut ou sont rejetées pour des raisons pathologiques.

Ce sont des « emotional robots », c.à d. qui ont de l'empathie, qui ont la capacité de percevoir les émotions et les états mentaux d'un être humain et de les mémoriser.

Il convient cependant d'être circonspect face à une réelle empathie qui peut se développer envers ces robots « androïdes ». Les personnes fragilisées s'attachent à leur robot, de la même façon qu'à leur animal de compagnie.

Il y a un réel danger à ce que les robots d'assistance infantilisent leurs utilisateurs, en les traitant comme des récipiendaires passifs de soins et de services.

Méfions-nous aussi de robots conçus comme des ersatz d'êtres humains, auprès desquels nous serions tentés de trouver le partenaire idéal que la vie nous refuse.

Gardons-nous de robots entièrement pré-programmés, car nous risquerions de ne plus concevoir pour eux, d'autres choix que ceux qu'ils présentent à l'achat, voire même plus

d'autre choix possible pour nous que les leurs dans une situation équivalente.

Enfin, méfions-nous de robots qui deviendraient des conseillers personnels de chacun, avec un risque important de manipulation.

Critères pour baliser une éthique de la robotique médicale.

La robotisation est un fait.

Il est légitime de faire usage des robots en médecine, pour effectuer des tâches que l'humain ne pourrait jamais réaliser aussi bien et aussi vite.

Cependant un discernement éthique est indispensable.

Dans nos principes de référence, il y a, ces derniers temps, un recul énorme d'intelligence: Il y a 30 ans, c'était le principe de responsabilité-principe philosophique-qui oblige à s'interroger sur le sens de nos interventions.

. Puis nous sommes passés au principe de précaution-principe juridique-lequel oblige à avoir recours aux bonnes pratiques.

Nous sommes passés du « pourquoi? » au « Comment? » y parvenir sans faire de dégâts ?

. Et maintenant, nous sommes dans le principe d'innovation-principe économique-. Comment ne pas être en retard ? Comment être toujours en croissance ?

C'est pourquoi nous voudrions proposer maintenant quelques repères susceptibles de fonder concrètement et de baliser une évaluation éthique des usages de la robotique en médecine.

Six repères :

1. Le robot doit rester au service du patient et ne pas devenir un moyen de l'exploiter ou de le contrôler à son insu: dès lors : respect du secret médical, de la liberté des patients, de l'intimité de leur vie privée.

En effet, les robots établissant des diagnostics à distance, les « nanorobots » à buts préventifs et curatifs - et/ou - les robots « aides infirmiers » administrant des médicaments, sont des machines qui ont la possibilité d'enregistrer toute une série de données personnelles, y compris émotionnelles.

Particulièrement dans le contexte de la recherche automatisée dans des immenses bases de données personnelles - « data mining » - il est à craindre l'utilisation de données, financières par exemple, recueillies au cours des échanges entre les robots et les personnes âgées, malades et vulnérables, à des fins commerciales ou malveillantes.

2. La robotisation du corps se doit d'en respecter l'unité.

La robotisation du corps humain en médecine prend aujourd'hui les formes variées des prothèses. Remplacer progressivement les organes défectueux par des systèmes mécatroniques et palier les déficiences cérébrales, motrices et sensorielles, par ces systèmes ; est tout à fait légitime et important.

Mais actuellement, certains idéologues envisagent d'utiliser la robotique pour conférer au corps humain, de nouvelles capacités, inédites, créatives, avec comme seul objectif, certains phantasmes esthétiques ou de puissance.

D'où l'importance de développer une réflexion qui permettrait d'évaluer l'utilisation des robots, dans ce contexte !

La notion d'**unité cohérente du corps humain** pourrait en constituer un critère.

Protéger, préserver et restaurer l'unité du corps humain est impératif.

Reconstruire l'intégrité fonctionnelle d'un corps mutilé, essayer de donner à nouveau la mécanique initiale à l'organe altéré, pour qu'il participe à la fonction globale du corps ; comme le réalise souvent la chirurgie plastique ou comme essaie de l'évaluer l'expertise médico-légale, en vue d'une juste indemnisation des dommages, par le tribunal du travail; procède d'un désir de rétablissement et de considération d'une unité corporelle cohérente.

Par contre, la greffe d'appendices robotisés et de capteurs permettant pour des raisons ludiques ou hédonistes, d'ouvrir de nouvelles sensations, est de nature à briser une unité cohérente du corps humain.

Qu'est-ce que cette unité cohérente du corps humain ?

C'est une notion qu'en tant que médecin, nous approchons dans le « membre fantôme », illustrée par le patient amputé de la jambe et qui présente toujours des démangeaisons tenaces aux orteils de cette jambe. C'est cette conscience de notre schéma corporel, ce « sentiment même de soi » selon Damasio.

Notre unité corporelle présente une double face, celle de l'extérieur qui me distingue des autres, et celle de l'intérieur qui peut être menacée ici par une technicité qui demeure mon autre ou qui se substitue à mon être.

Le corps ne permet-il pas un mode de présence aux autres et au monde.

L'humain chante avec tout son corps et non pas uniquement avec ses cordes vocales.

Il communique globalement avec tout son

corps.

Un corps modifié arbitrairement pourrait induire une disparition des conditions biologiques de la relation, notamment dans l'expression du visage triste, joyeux, souriant, rayonnant, tranquille, sérieux, sévère, tourmenté, par exemple.

En ce qui concerne l'unité cohérente du corps humain, à côté de cette notion de « fonction » et de « communication globale », il y a également la notion d' « animation ».

Le corps humain est certes matière.^[SEP] Mais ce ne sont pas les caractéristiques de la matière qui président à la détermination de son identité. Et pourtant l'homme est une quantité de matière déterminée, organisée d'une façon spécifique. Mais il y a plus. Cette matière qui constitue l'homme est vivante, douée de mouvements spontanés dont la disparition, en d'autres mots, l'arrêt de la vie- la mort- coïncide avec la désorganisation de cet ensemble matériel qu'est l'homme; le cadavre n'est plus une matière humaine.

Un autre abord est de poser la question: Comment expliquer l'amour d'amitié de la part d'un tissu de cellules ? Autrement dit, à l'inverse, qu'est ce qui différencie un saint d'un criminel, sur le plan de la matière ?

Il faut bien admettre qu'il y a dans l'homme une sorte de finalité intrinsèque, immatérielle qui organise et maintient la matière selon un projet qui la transcende.

L'humain est humain parce ce qu'il est une matière « animée ».

Un homme n'a pas un corps. Il ne peut prendre par rapport à son corps la distance qui existe entre un propriétaire et son bien. Il est-ce bien. L'homme est son corps.

L'unité corporelle est aussi le produit d'une histoire biologique. La vie comporte toujours quelque chose de reçu, quelque chose qui échappe, sinon ce n'est plus la vie. L'épigénétique, ensemble des mécanismes moléculaires qui affectent l'expression génétique, montre que certains gènes sont inhibés et que d'autres par contre s'expriment fortement, en fonction de l'environnement et du comportement des êtres vivants eux-mêmes. La nutrition, l'exercice, le réseau social, le plaisir et la gestion du stress peuvent intervenir sur les mécanismes de l'épigenèse, en d'autres mots, sur ce que l'humain transmettra à sa descendance.

Il existe chez l'homme, une logique psychologique du vécu, associée à une logique biologique structurale, constituant la trame de l'évolution de l'être humain. C'est notre histoire de vie. Depuis le début de la vie première, le corps humain participe de la dynamique de l'évolution des espèces, dans la continuité des générations de l'homme, à une identité irréductible. Ce qui constitue sa dignité fondamentale.

Une des balises éthiques de l'usage de la robotique en médecine pourrait être le respect de cette histoire qui fait partie aussi de la définition de ce qu'est la personne humaine.

3. La robotisation du corps humain se doit d'en respecter les limites.

Au fond ce qui est en jeu dans la réflexion concernant l'unité corporelle de l'humain est le respect de ses limites propres.

Alors que des exosquelettes robotisés sont tout à fait pertinents pour donner une mobilité à des personnes paralysées, il semble inadéquat d'accéder à la requête de personnes qui voudraient se munir d'exosquelettes aux seules fins de

démultiplier, pour le plaisir, leur force musculaire. L'intégration de la fragilité, propre à l'humain, est essentielle dans une conception de la robotique médicale.

Les robots ne doivent pas nous faire oublier que les limites font partie et sont une richesse de ce qui nous définit en propre.

4. La robotisation en médecine ne doit pas conduire à une suppression de la relation humaine et doit être respectueuse des sensibilités culturelles.

En introduisant les « robots de compagnie » destinés à servir, surveiller et divertir les patients dans l'hôpital ou les personnes âgées dans la maison de retraite, il y a une perte de la richesse propre du vis à vis humain, de la relation gratuite et spontanée entre les humains.

Sans exclure le recours à cette technologie qui peut se révéler constructive dans certains cas ou même dans certaines pathologies, il importe de se prémunir contre des formes d'enfermement dans une sphère purement virtuelle et contre des comportements qui pourraient se traduire par un abandon des personnes, laissées seules au milieu de leurs assistants robotisés.

Lors du remplacement systématique des humains par des machines, dans les banques et les gares, il est fait comme s'il n'était en jeu que des rapports fonctionnels. Or c'est toute une vie relationnelle qui peut se construire autour des guichets qui ne peut se réduire et s'épuiser dans une fonction technique d'achat ou de vente.

La robotisation en milieu médical doit être respectueuse de la relation humaine, mais aussi des sensibilités psychiques, spirituelles et culturelles de chacun.

En Europe, nous n'apprécions pas nécessairement le recours à des robots

androïdes; en Asie, c'est différent.

5. L'utilisateur de robots doit se garder d'une sorte de fascination technologique conduisant à une délégation démesurée de pouvoirs.

Il convient de ne jamais perdre de vue que le robot doit rester au service du décideur et non l'inverse.

Or, par inertie ou par facilité ou même par éblouissement, on voit souvent l'utilisateur se laisser conduire par la machine.

Le recours systématique à des robots pourrait faire perdre aux médecins et aux chirurgiens, une expérience importante, forgée habituellement au contact direct avec les corps des patients et qui se révélerait indispensable en cas de panne des systèmes robotisés ou de leur indisponibilité. Il est donc important de mettre en place des protocoles précis permettant de vérifier, à tout moment, si l'usage de la technologie robotisée reste pleinement dans la ligne des finalités dictées par le décideur humain.

Ceci implique en particulier de définir des situations précises où l'on devrait nécessairement réintroduire l'être humain dans la boucle décisionnelle.

Ces situations se situent au cœur d'un équilibre dynamique qui refusent tout à la fois l'exclusion de la délégation de pouvoir et la démission totale du décideur - et - qui est tout entier orienté vers le but prescrit à l'utilisation d'une technologie déterminée.

Une des balises éthiques sera ici de ne jamais perdre de vue le sens de la responsabilité. En effet, même si l'utilisation d'une machine, d'un robot peut facilement donner, par la médiation sophistiquée qu'elle introduit, l'impression d'une diminution de la responsabilité en cas de dysfonctionnement, il ne faut jamais oublier

la responsabilité ultime de celui qui la mis en oeuvre et les intentions profondes qui l'anime.

Il est donc important de mettre en place des protocoles précis permettant de vérifier, à tout moment, si l'usage de la technologie reste pleinement dans la ligne des finalités dictées par le décideur humain.

6. La robotisation en médecine doit s'insérer dans un projet qui respecte la justice et qui n'accentue pas les fractures sociales.

Ne doit-on pas redouter une médecine à deux vitesses ?



Le coût de ces machines, des structures, de leur mise en oeuvre et de leur maintenance, pourrait en éloigner les populations moins favorisées, de nos sociétés ou des pays en voie de développement.

Il est donc essentiel de penser aussi ces techniques en tenant compte des contextes sociaux et en prévenant l'émergence de nouvelles inégalités.

En conclusion, nous pourrions dire que l'éthique de la robotique médicale doit se baser sur des critères permettant de faire, à la suite de Jacques Ellul (2010), une différence importante entre « ce qui sert à l'homme et ce qui sert l'homme ».

Le robot médical peut servir à beaucoup de choses, mais il doit finalement rester au service de l'humanité de l'homme, par un usage qui en fin de compte ne le conduit pas à se renier ou s'oblitérer lui-même. Ceci conduit implicitement à refuser de recourir à des techniques qui risqueraient de briser son unité définie par son histoire et de nier ses

limites constitutives, hors desquelles il n'est qu'un phantasme ou une illusion.

L'idée qui peut réguler l'usage de la robotique peut être une exigence de cohérence anthropologique : ne pas développer des techniques qui croyant augmenter l'humain en viendrait de manière contradictoire à le dominer.

Cette idée régulatrice pourrait se prolonger par le refus de l'effacement paradoxal de l'humain dans le projet même de service à l'humain.

En résumé, nous pourrions dire deux choses :

- Le sujet humain se doit de ne jamais oublier, d'une part, qu'il est le concepteur du robot et qu'il est finalement le responsable de sa mise en oeuvre et de ses comportements, quelles que soient les délégations de pouvoir qu'il ait acceptées.
- Il se doit de réfléchir, d'autre part, au fait que son utilisation des robots ne peut conduire à sa propre négation ou à son complet effacement, ainsi que de toute la richesse de la relation non médiatisée par la technologie.

Prise de responsabilité et Refus d'une situation paradoxale dans laquelle l'homme se nierait dans l'acte même où il veut s'affirmer, se guérir ou s'augmenter, voilà les deux axes qui pourraient servir à guider une éthique de la robotisation des actes et des mondes médicaux.

Références bibliographiques :

ARS B., LAMBERT D., 2015. « Robotique médicale : quelques repères éthiques », Ethica Clinica, 04-80, pp25-30, décembre.

ARS B., 2013, « Fragilité, dis-nous ta

grandeur ! », Edition du Cerf,

DAMASIO A., 1999 « *Le sentiment même de soi* », Odile Jacob,

ELUL J., 2010. « *Le bluff technologique* », Fayard

Euthanasia and complacency in bioethics: an approach based on suicide.

José Miguel Serrano RUIZ –CALDERÓN

Professeur de philosophie à l'Université Complutense de Madrid,
Membre du comité de bioéthique d'Espagne

RESUME : Les défenseurs de l'euthanasie prônent le « droit à mourir dans la dignité » et récemment avec les pressions de la vie en société revendiquent « le devoir de mourir ». Cet article essaie d'analyser le lien entre l'euthanasie et le suicide.

Mots clés: Euthanasie, approche, suicide, bioéthique

ABSTRACT: Advocates of euthanasia advocate the "right to die with dignity" and recently with the pressures of life in society claim "the duty to die". This article tries to analyze the link between euthanasia and suicide.

Keywords: Euthanasia, approach, suicide, bioethics

In the treatment accorded to euthanasia in our times, whether as an inalienable right of an independent modern subject or, in a peculiar paradox, as a right that cannot be denied to a subject who is no longer independent and that may be exercised precisely due to the subject's loss of independence, two opposing discourses have generally arisen.

The first has focused on individual independence, assimilating euthanasia to a form of suicide philosophically defined as the act characteristic of such

independence and which constitutes its principal content; it has been defined as the right to a dignified death. This right was



created on the basis of the euthanasia movement when the eugenics movement of the 1920s and 1930s lost its pre-eminence.

In Hoche and Binding's work, for example, as many pages were devoted to eugenics as to extolling dying with dignity (Schank K, 1922; Sarment, 2002). This new right diverges, in

a sense, from the preeminent position of suicide in postmodernity. Here, then, suicide does not restore dignity in the classical sense that a good death justifies an entire life, but rather appears as the end to an unjustified life. In the nihilistic approach, and despite Cioran (Cioran E, 1995) affirming with a certain irony that none commit suicide more frequently than lapsed optimists, suicide appears as a form of inevitable destiny, a way in which one exercises a freedom without meaning, an exit. The Columbian thinker Nicolás Gómez Dávila (1977) remarked with heavy sarcasm that he did not believe in the honesty of a genuinely modern (one may read postmodern) man who had not committed suicide.

In opposition to this claimed right to a “dignified death”, rather than to a nihilistic suicide, there is generally a religious argument, with all the negative connotations that religious limits face in our age, characterised by so-called “bars to further inquiry”. This argument is always constructed as clearly prejudicial, a limiting, irrational prejudice that conceals some will to dominate or some atavistic unreasonableness. It is clear that prejudice has a poor reputation in our era, in contrast to the archaic aphorism the same author mentioned above: “prejudices protect us from idiotic ideas”. To be clear, I do not seek to enter here into a defence of prejudice, but instead to observe certain of its social functions.

However, attention is not always paid to the fact that so-called prejudice is not necessarily religious in the sense that it necessarily depends on the prohibition upon taking a life that belongs to a jealous God-Father. On the contrary, prejudice appears in the varied definitions of the order, as Voegelin might say, with greatly varied justifications. Certainly, Plato and Socrates analyse the inability to dispose of one’s own

life on the basis that it does not belong to us. But we may insist that this lack of full ownership has a multitude of explanations. We might argue that the prejudice is sufficiently interreligious that we could glean from it an essentially generalized social conditioning opposing the “free” elimination of one’s own life when it is so desired or when one simply fears an ill. In principle, disposing of one’s own life has suffered from a negative reputation and has given rise to mistrust, as is amply shown by the religious rituals that aggravated the treatment dispensed to those committing violence upon themselves in comparison with those committing violence against others. On this point, burial rituals have been particularly rigorous. But it is no surprise to observe that social conditioning also reigns in creating an obligation in the opposite sense, in reclaiming suicide as a mandatory act, that is, when custom indicates that in certain cases what the subject will be bound to do is precisely to kill themselves, or at least that the preferred social model is that of one who commits suicide, or if one prefers, that the act of suicide is understood, praised and lauded.

The second discourse would oppose euthanasia. It is the approach I have supported in the works I have published on the issue, including in “Euthanasia and dependent life” (Ruiz-Calderon S, 2001) This discourse includes those of us who prefer to analyse euthanasia from the perspective of a transitive act (that is, an act that one does not perform upon oneself but rather that one subject performs upon another), carried out by a doctor, by way of which a particular society deems it appropriate to kill patients with certain characteristics, among which the subject’s will to die is of course sometimes highlighted, with the subject receiving death as a benefit. Along these lines, we have often referred to what John Keown and

Etienne Montero have called the logical slippery slope or, if one prefers, to the defining feature of euthanasia being the objective conditions upon which it depends, rather than voluntariness (Keown J, 2002).

Without altering the position adopted in my previous writing on the matter, I believe that in the study, more than in the debate on euthanasia, in order to be honest we must transcend these camps and seek to understand the reasons and, in no few instances, the masks that explain the various attitudes. First, we are aware that our opinions do not necessarily interest anybody. It is also doubtful that the debate as it exists today in academia would be particularly effective in building social majorities. For majorities, the rationality of arguments is often irrelevant, bound as they are to certain ideological prejudices. Put differently, recognizing that the illusion of having a decisive influence through academic debate is vain may result in avoiding its greatest risk; that is, falling into apologetics.

However, this observation should not lead us to passivity in the sense of renouncing the personal lucidity arising out of a taste for learning. In this regard, the note that I present today is above all an attempt at clarifying the link between suicide and euthanasia, a link of social and normative transcendence, in which I naturally believe that suicide has a social aspect generally ignored by those who make the leap from an essentially personal explanation that is, suicide as inevitable consequence of self-determination- to the appraisal of suicide as explicable on a medical basis.

Today I shall commence from premises that differ somewhat from the grounds on which euthanasia has been approached on previous occasions. First of all, without dismissing the pathological nature of a high number of suicides, I have my doubts that this kind of

approach to death by one's own hand may not be a fundamentally ideological example of what has been called the medicalization of suicide. It is the case that a few short years ago, in the Spanish Senate's Committee on Euthanasia, the argument was made that 95 per cent of suicides were due to pathological causes. Yet this description is too dependent on the tendency to treat both attempted and successful suicides in a psychiatric fashion. In describing death by one's own hand in this way, as a symptom of a pathology, it would appear that we are constantly participating in a kind of begging the question, in establishing the link that defines the approach to this act in the twentieth and twenty-first centuries. However, it is not difficult to observe that classical suicide, habitually described from a cultural or humanist standpoint, has probably been behind and formed the basis of arguments regarding dignified death through euthanasia in contemporary societies that are at least as ideological as the psychiatric approach that we have criticized. Not all suicides will be nihilistic such as that of the daughter of the Russian official who commits suicide in Paris as described by Dostoyevsky, or the counterpoint of the hopeless adolescent who kills herself in Saint Petersburg, pregnant, clutching an icon, but nor, of course, do they appear significant or particularly descriptive of the reality of attempts, successful or otherwise, to imitate the death of Socrates (Doctoievski F, 1876).

Second, I find growing difficulties in the truism regarding the anti-natural character of suicide from a natural law perspective. In a certain sense, wishing for death appears to be a very common fact in humans, which must of course overcome certain instinctive resistance. This resistance, however, can be quelled: not only by panic, a circumstance shared with animals, but also by the impact of the imagination. The power of the imagined or suffered ill, its immediate

presence in human nature, provides a highly direct explanation of the death wish and the decision to bring death upon oneself. But for precisely this reason, there appears to be a certain frivolity in the naturalization of suicide or in its conversion into a more or less normalized act. It cannot be forgotten that in many of our countries, suicide is the commonest form of violent death, exceeding, for example, traffic accidents, and with the not inconsiderable peculiarity that suicide is probably the form of violent death that is most hidden, to counter the effects of contagion and due to its social stigma. Nor can we disregard its irreversible character. I admit that all acts are in some sense irreversible, it not being possible for us to prevent their having appeared in the world through mere desire. But the irreversibility of death, except in the case of extraordinary resurrection, has a radical quality for us.

I wish to state that analysing euthanasia as a derivative of suicide does not merely require a focus on the most obvious differences, the first being that in euthanasia the subject would lack full autonomy to request assistance in the form of death or would receive it as a medical act, an aspect we have identified on other occasions. Rather, we must consider two defining elements. One is the constant presence of suicide as a temptation for the human subject. This has appeared across all stories since Antiquity, but has become a key topic in modern and postmodern literature. The other is the social nature of suicide, even when seeking to approach it from the most autonomous perspective of subjects isolated from themselves and even, if one wishes, from God. What I seek to argue is that one cannot ignore the social opinion of suicide, which is always present in all cases and across all eras in the rules that govern the sacred, custom or the most strictly legal (on the basis, naturally, that at many cultural moments there is no distinction among these

ways of describing the order).

In his outstanding work “Semper Dolens: A History of Suicide in the West”, Ramón Andrés (Gonzales-Cobo A, 2015) tells a story from Roman history that, in good measure, summarizes the position I seek to adopt in my text, focused this time on the relationship between euthanasia and suicide. We have avoided this relationship in the anti-euthanasia discourse, highly focused on medical ethics and on the transformation of the healthcare function within a society where killing becomes a permitted, or, perhaps, a mandatory act.

To be frank, I must state that the author I am citing would probably disagree to a large extent with the conclusions that I shall take from the data he provides. However, the solitude of the writer in establishing company with the solitude of the reader does carry these risks, risks that I also assume on making these statements regarding euthanasia.

I trust that the reader will permit reference to be made to a classic example, taken from the aforementioned work by Ramón Andrés.

The sexagenarii de ponte were the Romans who, on being denied the right to vote upon reaching sixty years of age, threw themselves into the Tiber due to the shame of having lost the power to exercise the most important political rights. A symbol of the decay to which man is subjected in an ongoing process of loss of powers and hence possibilities, which becomes clear at a particular moment and in a sense provokes, if the pun may be permitted, a decisive leap. Since Antiquity there has been no shortage of those who would present this act as being of the highest dignity and we know that what is encouraged is praised. Two readings may undoubtedly be made: one of an extraordinary, almost unbelievable act of

heroism, and another of a more or less enforced act (Gonzales-Cobo A, 2015).

However, a simplified or laudatory reading of the honour of the *sexagenarii de ponte*, as so often occurs in tales of voluntary actors or of altruists partly forced into suicidal acts such as the Japanese Kamikaze, may quickly be placed under suspicion. A tale regarding the origin of this custom reveals its mandatory or heavily regulated nature, almost as occurs in the famed tales of Spartan women. Without disregarding a certain assumption of *dignitas*, the cause may be more external and, if one wishes, utilitarian. As the same author notes, it appears that during the Gallic invasions of Rome and given the scarcity of food in the city, it was customary to throw the elderly off the bridges of the Tiber. Faced with a view of the inevitable fate that awaited them, a good number preferred to “voluntarily” throw themselves in, giving rise to the custom that has been so favourably reported.

Projecting this example from the past upon our current civilization would suggest that we are free from the most acute risks. The welfare society should not be exposed to immediately utilitarian pressure in the search for food. Certainly the model of subjects who enjoy and do not suffer, or perhaps enjoy more than they suffer, could generate and has in fact given rise to a certain similar trend, though less “*dig-nified*” than the one we saw described in the first explanation of the leap into the Tiber. The society of leisure, in the lesser sense that the term has for us, may lead to an exit when one is no longer capable of enjoying leisure. But there are other possibilities to take into account.

It is evident that, in general, we are not living in a society subject to the pressure to survive exerted by the Gauls on Rome or by the Romans on Numancia. However, if we accept that our community is governed by

what has been denominated the performance principle, the appearance of “socially recommended” suicide is a real risk, and not a strange slippery slope argument used to deny the exercise of freedom by a subject who chooses an exit that is not necessarily pathological, as we shall see.

Among many others, there is a classical tale that can illustrate for us this idea of socially recommended suicide as an example of where certain changes in perspective with respect to voluntary death or death “by one’s own hand” may lead us.

One of the suicides that is most moralized, exalted and to an extent defining of a social rather than personal model, is that of the Roman Lucretia. We may recall that this example is found at the base not only of the canon of Roman women, but also in the idealized humanist reconstruction of authentic dignity. What is more, from the political point of view, Lucretia’s suicidal response to her rape results in the destruction of tyranny framed by the Tarquins and the commencement of aristocratic Roman freedom (Gonzales-Cobo A, 2015). Faced with her suicide, inspired in the scenes of the Trojan War and according to the magisterial description by Shakespeare, there is no other suitable response from her father and husband than the revolt that frees Rome (Shakespeare W, 1986).

The rape and resulting suicide are hence linked to real Roman freedom. On the contrary, the most critical interpretation occurs at the end of the historical period, when Saint Augustine answers those who reproach Roman virgins that have not committed suicide in the wake of the barbaric mass rape committed upon the sacking of the city, as the much-lauded Lucretia would have done.

In his defence of the behaviour of the

Christians in Rome, undoubtedly in application of the principle that life belongs to God but also with the conviction that a survivor of rape has done nothing deserving of moral reproach, Saint Augustine takes a decisive step³. Saint Augustine's treatment is morally rigorous, though I fear that it had less of a social effect than its moral rigour merited. And this is not the moment to engage in a complex examination of the so-called sense of honour, of which Spain has provided particularly harsh examples in the form of the "Calderonian honour" seen in the works of the Baroque writer Calderón de la Barca.

In any case, Saint Augustine's argument is a post actio liberation of the abused woman insofar as it frees her from moral obligation and, on this point, from the moral use, in its full sense of being related to "mores", of suicide.

At this point I am not addressing the case of a woman who prefers suicide to the brutality that awaits her, as happened in various nations from China to Russia and Germany during the Second World War; in this case, insurmountable fear or awareness of the brutality that may occur provides a clear explanation for the choice, without the need for other conditions. My focus, therefore, is on situations such as that of Lucretia; that is, on women who survive and find themselves faced with a moral judgment that the appropriate conduct is to commit suicide, as has occurred on a mass level in Bangladesh, for example, and in other cases of the India-Pakistan conflict.

The much-lauded suicide, far from offering liberation, carries with it an increased number of possibilities and opportunities to become a path that can only lead to death.

My point, then, is that there is an insufficiently addressed risk in considering euthanasia as a form of suicide; a risk that impacts upon its supposed voluntariness even while it retains the formal characteristics of a voluntary act.

Briefly summarizing, we can say that the legalization of euthanasia has faced the following objections, among others:

The most important is the impossibility of restricting cases to the limits of the will of the petitioner, recipient or beneficiary of the euthanasia. That is, the case of the so-called slippery slope. The evidence of the risk that the incidence of involuntary euthanasia may grow has been compiled in the countries where euthanasia has been legalized.

From the logical standpoint, reference has also been made to a so-called logical slippery slope; that is, that since it is the condition of illness and not intent which defines the legalization of euthanasia, there will inevitably be cases of so-called involuntary euthanasia, in which patients have not stated their will to undergo euthanasia and cannot be asked about their wishes. When the objective circumstances "point to" euthanasia, it may be applied.

The second is the objection to a person killing another even if the latter requests it. Professor Leon Kass has rightly addressed this matter in linking the debate to the social reasons for protecting human life, even against the petitioner's will and even without questioning the altruistic motives of the euthanasia practitioner. One may think, for example, of a mother called upon to kill a child (Kass L, 2002).

In the case of healthcare professionals, the men and women who would be professionally called upon to practice euthanasia within the context of a medical

³ Agustín de Hipona, *Civitas Dei*, I, 22

“indication”, much has been said about the total transformation of medical ethics.

Related to the foregoing, for example, is the argument of those who see in the legalization of euthanasia a total transformation of the value of dependency and of what Alasdair MacIntyre has called the “virtues of acknowledged dependence” (MacIntyre A, 2001).

The third is linked to the fact that when the possibility is created for compassionate killing to be one of the options available to a person in a situation of severe dependency, far from increasing freedom, the new possibility increases the potential pressure upon that person to forfeit care that was previously considered mandatory.

I seek to present this objection by analysing the examples of moralized suicide; that is, the cases in which the social order favours someone taking their own life. In euthanasia, this masking becomes evident. One is obliged to construct a supporting argument based on the demands of care, on the burden that is placed upon others, on the selfishness of continuing to exist. Against this, what is moralized is doing what is useful for others, or falling into the temptation that afflicts us all.

Parallelism cannot be taken very far, however, even when we recognize the social transcendence of suicide. Ultimately, we would almost all be ashamed to argue over suicide with a person who seeks or attempts it. This shame disappears when we are faced with the idea of a medical act consisting of one person replacing another’s act of suicide. Medically prescribed homicide is a legal problem of the first order.

Références bibliographiques

CIORAN, E., 1995. *Syllogismes de*

l’amertume, en Oeuvres, Quarto Gallimard, Paris, 783. [SEP]

DOSTOIEVSKI, F., 1876. “*Dos suicidios*”, *Diario de un escritor*, Páginas de Espuma, Madrid, 2010, 892. [SEP]

GÓMEZ, D., 1977. “*Si no se suicida, el ateo no tiene derecho a creerse lúcido*”, *N. Escolios a un texto implícito*. T I, Instituto Colombiano de Cultura, Bogotá, 474. [SEP]

GONZALEZ-COBO, A. et SEMPER DOLENS, R., 2015. *historia del suicidio en Occidente*, El Acan-tilado, Barcelona. [SEP]

GONZALEZ-COBO, A. et SEMPER DOLENS, R., 2015. *historia del suicidio en Occidente*, El Acan-tilado, Barcelona, 123. [SEP]

GONZALEZ-COBO, A. et SEMPER DOLENS, R., 2015. *historia del suicidio en Occidente*, El Acan-tilado, Barcelona, 123.

KASS, L., 2002. *Life liberty and the Defense of Dignity*, Encounter books, San Francisco, 203.

KEOWN, J., 2002. *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An argument against legalization*, Cambridge University Press, Cambridge. [SEP]

LE SARMENT, 2002, : *Un autre regard sur l’homme*. Coll.

MACINTYRE, A., 2001. *Animales racionales dependientes*, Paidós, Barcelona, 142.

RUIZ-CALDERÓN, S., 2001. *J M Eutanasia y vida dependiente*, EIUNSA, Madrid.

SCHANK, K. et SCHOOYANS, M., 1992. *Euthanasie: le dossier Binding & Hoche*, Traduction de l'allemand, présentation et analyse de «La libéralisation de la destruction d'une vie qui ne vaut pas d'être vécue», texte intégral de l'ouvrage publié à

Leipzig, Ed.

SHAKESPEARE, W., 1986. *"The rape of Lucrece, The Oxford Sakespeare, The complete works*, ed Jowett, J et all, Oxford University Press, Clarendon Press.

L
SEP

L
SEP

Pour l'intégration de l'éthique de la recherche dans les projets de santé publique en Afrique.

Basile NGONO

Docteur en philosophie, École Supérieure des Sciences et techniques de la communication de Yaoundé au Cameroun
Chercheur associé d'éthique militaire aux Écoles Saint Cyr en Coëtquidan.

RESUME : On l'oublie un peu trop souvent, mais l'hôpital tel que nous le connaissons de nos jours, c'est-à-dire en tant que centre de soins, prend son origine dans la chrétienté. C'est cette dernière qui, en fondant le salut de ses fidèles sur leur capacité à affronter et à combattre les misères humaines, favorise, durant le moyen-âge, la multiplication de ces lieux où les ordres religieux accueillent les indigents et soignent les malades de la société : les Hôtels-Dieu. Si on y pense bien, hôpital et hospitalité ont une unique racine étymologique. Or, tandis que dans la tradition chrétienne l'hôpital faisait dans le même temps office de lieu d'hospitalité et de cure, seule cette seconde dimension est de nos jours prise en compte. Cet article se propose, entre autres, de rappeler la dimension éthique du soin. En effet les deux termes, hospitalité et cure, doivent être conçues comme deux facettes d'une même médaille : elles sont indissociables. Le soignant autant que le

soigné doivent réaliser qu'ils sont d'abord deux inconnus mis en relation, inconnus mais liés par la communauté de leur humanité ; bref, au travers de l'occasion que constitue cette cure, ils représentent l'un pour l'autre, et dans le double sens du terme, un hôte.

Mots clés : hôpital, hospitalité, ^[sep]prendre soin, soigner, relations médecins/patients et éthique.

ABSTRACT: We usually often forgot that the hospital as we know it today, as a center of care, takes its origin in Christendom. Based on the salvation of its faithful and ability to face and fight human miseries, favors, during the middle ages, the multiplication of these hospitals where religious communities welcome poors and take care of sick: Hotels-Dieu. If you think about it, hospital and hospitality have a unique etymological root. While in the Christian tradition the hospital



was at the same time a place of hospitality and cure, only this second dimension is nowadays taken into account. This article proposes, among other things, to recall the ethical dimension of care. In fact, the two terms, hospitality and cure, must be conceived as two facets of the same coin: they are indissociable. The caregiver, as well as the care receiver, must realize that they are at first two strangers

connected to each other, unknown but bound by the community of their humanity; in short, through the occasion of this cure, they represent each other, and in the double sense of the term, a host.

Key words: hospital, hospitality, caring, caring, doctor / patient relationships and ethics.

Introduction

L'Eglise a toujours exprimé un vif intérêt pour le monde de la souffrance et de la maladie. En cela, elle n'a d'ailleurs que suivi l'exemple de son Fondateur et Maître. Dans son activité messianique au sein d'Israël, le Christ s'est sans cesse approché du monde de la souffrance humaine. Il est passé en faisant le bien et son action portait en premier lieu vers ceux qui souffraient et ceux qui attendaient de l'aide.

En effet, l'Eglise au cours des siècles, a fortement ressenti le service envers les malades et les souffrants comme partie intégrale de sa mission, et non seulement elle a encouragé parmi les chrétiens la floraison de diverses œuvres de miséricorde, mais elle a également fait surgir de nombreuses institutions religieuses dans la finalité spécifique de promouvoir, organiser, perfectionner et élargir l'assistance aux malades. On constate que depuis les temps anciens, l'Eglise s'est engagée dans l'espace du soin non pour défendre ses intérêts en tant qu'Eglise, ni même pour défendre ou promouvoir une approche particulière de la foi, mais parce que des êtres humains vivaient des situations de détresse épouvantable (Lemieux R ; 1991). C'est ce qui fait dire à Raymond Lemieux que c'est de cette façon que sont nés les grands ordres hospitaliers, Saint Jean de Jérusalem par

exemple, qui nous ont laissé les fondements de ce qui est aujourd'hui l'hôpital, fondements qu'on pourrait résumer dans ce si beau mot : l'hôtel-dieu, ce lieu dont Dieu est l'hôte, puisque c'est lui qui est reconnu dans l'estropié, le malade, le pauvre, le moribond... toutes ces figures du besoin humain⁴.

En revisitant le Moyen Age, nous constatons que les premiers ordres religieux hospitaliers s'engageaient à soigner les malades, les estropiés, les laissés pour compte au bord des routes parcourues par des hordes guerrières au nom de la charité : *caritas*, *care*, prendre soin.

L'hôpital est l'une des créations originales des villes médiévales de l'Occident chrétien. L'étymologie du terme est très éclairante, non seulement sur l'histoire de l'institution mais également sur son acception contemporaine. La maison des hôtes, *domus hospitalis*, est devenue au Moyen Age un nom, *l'hospitalis*. Le mot vient lui-même de *hostis*, l'étranger, qu'il soit un ami, un hôte, ou un ennemi, un être hostile. L'hôpital est bien ce lieu à double facette, les deux faces de Janus, à la fois attraction et répulsion. Il traduit toutes les ambiguïtés d'un espace d'abord destiné aux indigents et aux vieillards, indépendamment de toute maladie,

⁴ Ibid

puis aux maladies hyper techniques, avant d'être rattrapé par son passé avec l'arrivée de personnes précaires pour qui l'hôpital est bien souvent l'ultime secours.

Avant d'envisager l'hospitalité et ses spécialistes, les congrégations hospitalières, intéressons-nous assez brièvement à l'histoire de l'hôpital et aux mutations qu'il a connues.

L'hôpital de l'Occident médiéval

L'hôpital en tant qu'institution apparaît avec l'avènement du christianisme, comme une expression concrète du principe de la charité évangélique. La pratique active de cette vertu théologale est exercée, dès les premiers temps de l'Eglise, par les diacres, chargés de porter secours aux pauvres, aux malades et aux vieillards, et par les évêques, à travers l'hospitalité qu'ils offrent aux chrétiens persécutés. Après la paix de l'Eglise, les maisons de charité se multiplient, d'abord dans l'Orient chrétien (Césarée, Constantinople), puis en Occident à partir du Ve siècle (Rome, Ostie) et aux siècles suivants dans la première zone d'extension du christianisme (Arles, Lyon, Paris, Tournai).

Les noms donnés aux premières maisons d'hospitalité du monde occidental rappellent leur origine orientale et l'étendue des catégories de populations concernées : *orphanotrophium* (orphelins), *gerontocomium* (vieillards), *xenodochium* (étrangers, pèlerins), *nosocomium* (malades). Les grands hôpitaux urbains (maisons-Dieu, hôpitaux-Dieu) accueillent quant à eux toutes sortes d'infortunés.

Dès le IXe siècle, le mot « hôpital » semble fixé dans les principales langues européennes (*hospital*, *ospedale*) ; la racine latine du terme rappelle la vocation première de l'établissement, lieu d'hospitalité institué

pour accueillir et reconforter tous ceux en situation de précarité ou de dépendance : malades, pauvres, pèlerins, etc. Dans une société qui exalte la vertu de pauvreté, les plus simples gestes matériels de l'assistance hospitalière sont investis d'un projet de réparation spirituelle. Cette dimension religieuse impose une architecture de consolation, dont le principe formel est – unité des espaces hôtelier et cultuel – demeure quasi immuable tout au long du Moyen Age. Le modèle de l'infirmerie monastique, inspiré du principe du cloître, se diffuse dans les différentes zones de la chrétienté occidentale en fonction de l'expansion bénédictine (jusqu'en Scandinavie) ou cistercienne. Quant à l'hôpital de fondation épiscopale ou capitulaire, il est généralement conçu comme une vaste salle de malades (la halle) à vaisseau unique (Tonnerre, Bourges), double (Amiens) ou triple (Angers, Chartres). Ce modèle, très représenté en France, connaît son apogée au XIIIe siècle dans l'ensemble de l'Europe occidentale (Bruges, Lübeck, Chichester) mais également dans les pays méditerranéens (Espagne, Italie). Car c'est tout l'espace européen qui est marqué, aux XIIe et XIIIe siècles, par l'essor démographique, l'intensification des échanges et le développement des villes, autant des conditions qui créent des besoins nouveaux en matière d'assistance et expliquent la multiplication des grands hôpitaux urbains. Le développement des ordres hospitaliers à partir du XIIe siècle contribue aussi à favoriser les échanges entre les pays chrétiens. L'ordre de Saint Jean essaime aux XIIe et XIIIe siècles dans toute l'Europe. A la fin du XIIe siècle influence e du Saint-Esprit (difficile à saisir je crois) s'étend principalement dans l'aire méditerranéenne (Midi de la France, Italie, Espagne), mais aussi en Allemagne et au siècle suivant en Pologne.

Durant tout le Moyen Age, l'hôpital chrétien est pensé et organisé comme lieu d'accueil

plus que comme un centre de soins. Les épidémies, qui se propagent sur tout le territoire chrétien, imposent des solutions spécifiques. Pour lutter contre l'expansion de la lèpre, qui connaît une recrudescence dans l'ensemble de l'Europe des croisades, les maladreries ou léproseries se multiplient dans la première moitié du XII^e siècle. Un ordre hospitalier, celui des frères chevaliers de Saint-Lazare-de-Jérusalem, se spécialise dans l'assistance à ces malades et les maisons de cet ordre se répandent, principalement en Italie et en France, mais également en Angleterre. Si la préoccupation de santé publique est réelle dans cette mise à l'écart de malades contagieux, le principe de la charité domine. Il s'agit d'offrir aux lépreux une garantie de sûreté et des conditions de vie qui les préservent de la précarité.

Les Religieuses hospitalières

A la différence des séculières, les religieuses hospitalières prononcent les vœux solennels et irrévocables que seule la mort peut défaire. Astreintes à la clôture après le concile de Trente et la constitution *Circa pastoralis* de 1566 (Dom Prou J ; 1996) elles vivent comme des moniales. De la même façon que la clôture n'a pas empêché les ursulines, les religieuses de la congrégation de Notre Dame, fondées par pierre Fournier en 1597 ou celles de Jeanne Lestonnac (1608), les dames de Saint Cyr (1692) d'enseigner, elle n'a pas transformé les religieuses hospitalières en pures contemplatives. La masse impressionnante des règlements et des constitutions, rédigés à l'occasion de la réforme des communautés dans la première moitié du XVII^e siècle l'atteste et dénote chez les réformateurs une volonté farouche d'ajuster les réalités hospitalières aux exigences de la clôture.

Une vie consacrée à Dieu et aux pauvres qui associe les obligations réciproques de l'hôpital et du monastère ne pouvait qu'attirer de

nombreuses jeunes filles pieuses disposées à secourir leur prochain. Seulement, il est arrivé au XVII^e siècle que la fascination trop exclusive de la vie religieuse en ait détourné quelques unes du service des pauvres qu'elles abandonnaient alors aux converses et aux domestiques. En dépit de leur caractère temporaire et minoritaire, ces dérivés ont bien existé. Outre l'incapacité ou le dégoût à un équilibre entre la vie active et la vie contemplative, elles révèlent l'extrême difficulté d'être une véritable religieuse hospitalière qui ne nourrisse pas de complexe d'infériorité à l'égard des grands ordres contemplatifs où elle n'aurait pas pu entrer, ni de complexe de supériorité vis à vis des instituts séculiers.

La grande majorité des religieuses hospitalières étaient des augustines réparties dans plus d'une centaine de communautés en France aux XVII^e et XVIII^e siècle. Comme elles ont peu à peu remplacé les Frères de Saint Augustin dans les Hôtels-Dieu dès la fin du Moyen age et qu'elles ont fait l'objet de réformes, voire de refondations, elles méritent d'être présentées. Numériquement inférieures, ces authentiques religieuses qui ont prouvé leur efficacité en France et dans ce que l'on appelait la Nouvelle France bénéficient d'une grande renommée aux yeux de leurs contemporains.

Les Augustines

Le terme générique d'augustines est une commodité pour désigner toutes les familles qui se rattachent à la Règle de saint Augustin. Seulement depuis sa réforme, telle qu'elle fut prescrite à la première communauté d'Hippone (entre 411 et 430) jusqu'aux multiples variantes qui ont été élaborées aux XVII^e et XVIII^e siècles, il est très difficile d'en suivre les métamorphoses, de savoir où, quand et comment les communautés hospitalières du Moyen Age ont adopté la fameuse Règle.

A l'époque moderne, elle recouvre une variété infinie de situations et de statuts d'une ville à l'autre ainsi qu'au sein d'un même établissement ; par exemple, les Frères et les Sœurs qui desservaient l'Hôtel-Dieu de Laon (Saint-Denis A ; 1983) aux XIIe et XIIIe siècles selon les principes de Saint Augustin furent obligés de constituer deux communautés séparées à partir de 1225, alors qu'auparavant certains d'entre eux vivaient en couples à la manière des « donnés »⁵.

Sans aller jusqu'à prétendre qu'il y avait autant de statuts que de communautés, force est de constater que la règle a été appliquée avec tant de souplesse aux grés des événements qu'elle ne mérite guère cette appellation. Au fil des siècles, elle est devenue la référence obligée, quasi mythique de la mémoire augustiniennne. A partir de là s'est constituée progressivement la mouvance augustiniennne, quand les communautés hospitalières, tout en préservant leur autonomie ont puisé les principes de leur style de vie dans les conseils de Saint Augustin. Il ne s'agissait donc pas d'une règle appliquée à la lettre mais plutôt d'un ensemble de directives qui ont forgé un état d'esprit mis au service des pauvres malades. L'ordre hospitalier de saint Augustin n'existe qu'à travers cette parenté.

⁵ Cette pratique très répandue au Moyen Age permettait à des individus et à des ménages qui avaient apporté une partie ou la totalité de leurs biens à l'hôpital d'être logés, nourris et chauffés. Leurs contrats précisaient la nature des services à exécuter en conformité avec l'hôpital qui exigeaient à défaut chasteté, obéissance et stabilité. Voir J. Caille, Hôpitaux et charité publique à Narbonne au Moyen Age, Toulouse, Privat et Paris, Société française d'histoire des hôpitaux, 8^e édition, 1978, p. 98, où elle adopte le terme de « confrérie hospitalière mi-religieuse, mi-laïque.

Les Dames Augustine et les soins

Fondées vers le VIIe siècle, la congrégation des Dames Augustines resta pratiquement la seule jusqu'au XVIIe siècle et fut la dernière à quitter les hôpitaux de l'Assistance Publique au tout début du XXe siècle.

A l'époque de la fondation de l'Hôtel-Dieu, la médecine n'était, au moins en France et à Paris, qu'à ces balbutiements et les soins infirmiers représentaient la seule pratique thérapeutique réellement utile. La plus grande partie de la population de Paris et des alentours, était analphabète et incapable de la moindre initiative ou même d'accomplir les gestes élémentaires dans le domaine des soins. En conséquence, les religieuses qui recevaient, de par leur appartenance à un ordre régulier, une certaine culture et qui bénéficiaient d'une formation aux soins, d'ailleurs plus pratique que théorique, au sein de la communauté hospitalière, étaient les seules personnes compétentes et aptes à pourvoir efficacement aux besoins d'un hôpital, l'Hôtel-Dieu de Paris en l'occurrence. Elles se trouvèrent donc tout naturellement impliquées dans la marche quotidienne de l'établissement et devinrent au fil du temps les véritables maîtresses de l'institution. Mais qu'est-ce qui a permis à ces femmes de supporter au quotidien l'infection et la puanteur, pour le bien de malades, alors qu'elles pouvaient tout abandonner ? Où puisaient-elles leur courage, leur patience et leur joie paradoxale ?

Michel Nadot lie l'engagement des sœurs hospitalières à un contexte terrifiant où, il fallait poser des actes héroïques pour gagner le ciel. Le support des prescriptions qui guidait l'action soignante était la Règle⁶.

⁶ Règles des Religieuses hospitalières sous le titre de Notre-Dame de sept douleurs pour le grand hôpital de Fribourg en Suisse. Cahier manuscrit non classé, Fonds de l'hôpital Notre-Dame, Archives de l'État de Fribourg : 1784.

Cette manière fondée sur quelques principes tirés d'une lettre de Saint Augustin guidait les religieuses dans la voie de la perfection, formait un socle à laquelle chaque hôpital pouvait rajouter des prescriptions particulières. Le sens donné par la religion à l'action de prendre soin, avait un sens théologique. On peut par exemple constater, le sens assigné aux gestes des religieuses hospitalières, dans ce court extrait :

(...) Les sœurs hospitalières par humilité en tant que fondement et principe de tous leurs mouvements et de toutes leurs actions (...) devront se croire indigne de l'honneur qu'elles ont de servir Jésus-Christ en la personne des pauvres qu'elles servent, en servant, en se réfléchissant sur la corruption, la bassesse et l'infirmité de la nature humaine, estimant peu tout ce qui paraît sain et beau, et grand dans le monde, puisqu'il ne cache que la pourriture, des sources continues de honte et de douleurs tant du corps que de l'esprit. En s'approchant des plaies qui fourmillent de vers, des ordures et des puanteurs qui sortent du corps humain, jugeant de leur intérieur les pourritures et les corruptions des malades, les religieuses hospitalières trouveront des sujets continuels de s'humilier et de se confondre pour gagner le ciel⁷.

Plusieurs pages dictent ainsi la conduite des religieuses hospitalières. Il s'agit de traiter avec le mauvais et de s'encourager à supporter le difficile. Cette valorisation de ce qui est « mauvais » ou repoussant permettait aux sœurs de pratiquer des soins du corps malgré la réputation que pouvait provoquer certains aspects de la tâche. Ainsi, celle qui était au contact avec la souffrance ou de ce qui était perçu comme mauvais et comme malsain, devenait en tant que soignante, une « infirmière ».

⁷ Régles, 1784, 12.

Certes prendre soin n'a jamais été quelque chose de facile et l'on peut comprendre que les théories soignantes religieuses visent à désirer l'obstacle et tendent positivement au difficile comme bien. Les miasmes putrides, les odeurs, les déjections qui accompagnent les maladies ajoutées à la désorientation temporo-spatiale qui frappait déjà quelques personnes âgées impotentes, demandaient de prendre sur soi et de consentir à s'occuper du mauvais et du malsain.

L'environnement de travail dans les hôpitaux du passé, c'est aussi cette accumulation des déchets et des corps qui entretiennent une sanie⁸, non maîtrisée : « lits imprégnés de substances fétides, amas de linges ou pansements trop lentement enlevés, lieux d'aisance et salles de fiévreux trop mal isolées de celles des blessés »⁹. Dans cette logique, plus l'infirmière est corvéable, plus elle se confronte à la puanteur, aux excréments, à l'expression de la misère, de la honte et de la souffrance, plus elle peut espérer une place auprès de Dieu¹⁰. Le bénéfice de l'action est spirituel et céleste au lieu d'être économique et terrestre.

Cette référence au mauvais, en philosophie, est ce que Paul Ricœur appelle « le difficile comme bien »¹¹. Selon Ricœur, « Le goût pour le terrible, avec son mépris latent pour le plaisir et pour le facile, son accueil inquiétant pour la souffrance, semble bien être une des toutes premières composantes

⁸ Matière purulente, humeur fétide mêlée de sang qui s'écoule des plaies infectées.

⁹ Vigarello G., *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris : Seuil, p.159.

¹⁰ Nadot M., « Le rôle du passé dans la construction du futur », *Bulletin de l'Amicale de l'École du Personnel soignant de Fribourg*, Fribourg, Imprimerie Saint Paul, p. 21.

¹¹ Ricoeur P. *Philosophie de la volonté* (Tome 1, le volontaire et l'involontaire), Paris : Aubier, p. 111.

du vouloir-vivre (...) Le goût de l'obstacle incline à choisir la souffrance elle-même et à sacrifier le plaisir de posséder au pur plaisir de vaincre »¹².

La rencontre de la vie religieuse hospitalière et de la figure d'Augustin ne s'explique-t-elle que par les relatives commodités qu'offre sa Règle en ce qui concerne les sorties ou la fréquence des offices ? N'y aurait-il là qu'une cause accidentelle voire contingente ? Ce ne sera pas l'hypothèse que nous allons privilégier ici. Les spécialistes de la Règle s'accordent à dire qu'il convient pour en pénétrer véritablement l'esprit de la restituer dans l'ensemble de l'œuvre d'Augustin. A travers les écrits de l'évêque d'Hippone, nous allons partir à la quête des liens possibles entre la Règle et l'engagement des religieuses hospitalières.

L'image de Dieu dans l'homme souffrant comme lieu de l'engagement.

Dans l'avènement singulier de la rencontre entre l'invité et son hôte, « le divin, le lointain, l'illuminé et l'inconcevable sont accueillis dans le milieu humain. Dans la spiritualité hospitalière, le soignant, à la suite du Christ, reconnaît sous les traits de l'homme malade auquel il porte secours, l'image de dieu invisible (col. 1, 15). Véritable mystique de la rencontre, cette spiritualité s'enracine dans la théologie de la divine ressemblance. Dans le livre XI de la Cité de Dieu, après avoir montré la présence de la Trinité dans l'univers et dans les trois parties de la philosophie, développe une théologie de l'image de Dieu en l'homme, à partir du célèbre verset de la Genèse (1, 27).

En nous aussi, il y a une image de dieu, une image de la trinité souveraine, bien qu'inférieure à Dieu, infiniment éloignée de lui, en un mot ni coéternelle ni consubstantielle ;

nous la connaissons cependant comme étant la plus proche de Dieu par la nature parmi les êtres créés par lui, bien qu'elle doive être réformée pour s'approcher de lui par la ressemblance ».

Dans sa Règle, Augustin avait déjà laissé transparaître sa perception de l'image de Dieu dans ses frères ; ainsi ne manque-t-il pas de faire ces recommandations : Aimez Dieu qui habite en vous tous, il vous gardera par vous même ou encore « honorez mutuellement en vous Dieu, dont vous êtes devenus les temples ». Si la philosophie peut critiquer cette approche qui souligne l'infériorité ontologique de l'image (l'homme) par rapport au modèle (Dieu), il faut reconnaître à Augustin le mérite d'avoir donné une armature conceptuelle à l'anthropologie chrétienne et un sens théologique à la dignité de la personne humaine.

Certes, nous rappelle l'évêque d'Hippone, la perception de l'image de Dieu en l'homme, s'accompagne de celle d'une infinie distance entre le Créateur et sa créature. Celle-ci est cependant positive, puisqu'elle est à l'origine du mouvement de conversion de notre nature par l'abandon à la grâce. Dans la spiritualité hospitalière, la perception de l'image de Dieu en l'homme blessé initie un mouvement de compassion qui paradoxalement vient réduire cette infinie distance de sorte que l'être souffrant d'autrui semble nous révéler les traits de la divine ressemblance avec d'autant plus d'éclat. Toujours dans la Cité de Dieu, Augustin montre que toute personne, quelque soit son état de santé, fut-elle qualifiée de « monstre » par le quidam, qui reste interdit voire amusé, devant les affres de sa difformité, est issue du premier homme, créature du Père et donc image de Dieu.

Le but de l'institution des sœurs hospitalières est de remplir plus parfaitement le

¹² Ibid, p. 114.

grand précepte de l'amour de Dieu et du prochain en se consacrant dans les hôpitaux, au service et soulagement des malades et des infirmes. L'objet fondamental de ces femmes après celui de leur salut ou plutôt celui auquel est attaché leur salut, est le soin des malades confiés à leur religieuse sollicitude. Elles doivent voir et respecter en eux les membres de Jésus-Christ, être attentives, en se conformant aux règlements de l'administration pour leur service, à ce qu'ils ne manquent d'aucun de secours et des égards que réclame leur position. Elles ne doivent ni leur donner ni souffrir qu'on leur donne, aucune espèce d'aliments, de boissons, ni de remèdes autres que ceux qui sont prescrits. Elles observent dans leurs rapports avec les malades, la modestie et la retenue que l'honnêteté et la pudeur commanderont. Également dévouées à procurer le bien être et le soulagement de tous les malades, quel que soit leur culte, elles cherchent à joindre aux secours de leur ministère les consolations et cette entière compatissante qui inspirent la confiance et doublent aux yeux de celui qui en est l'objet, le prix des peines qu'il voit prendre pour lui¹³.

Il se dégage de cette brève fresque des religieuses hospitalières que ce n'était pas à cause de la peur de l'enfer qu'elles se sont engagées dans l'œuvre des soins aux personnes. A la source de leur engagement, il y a un fondement théologique. Car pour elles comme le christianisme, le corps est le lieu du salut. Il n'y a pas, quoiqu'on en ait dit au cours des siècles, d'un côté l'âme qu'il faut sauver et le corps qu'on peut perdre sinon lieu de perdition. Le corps, comme l'univers, est création de Dieu et donc aussi lieu de rédemption. Dieu s'est incarné, il a pris corps. Ce que l'on fait au corps des

autres, c'est à Lui même qu'on le fait¹⁴. C'est pourquoi la véritable charité est celle qui, mettant entre parenthèses toute autre préoccupation prend d'abord soin du corps, temple de l'Esprit Saint.

C'est ce que nous enseignent les congrégations religieuses qui, du Moyen Age au XVIe siècle, ont accompagné l'essor missionnaire de l'Église, ces Cathérine de saint Augustin, ces Marguerite d'Youville comme les Marie Fitzback du XIXe siècle¹⁵. C'est la joie de croire et la joie d'agir qui irradiaient leur action au moment où, elles rendaient les Hôtels-Dieu hospitalier. C'est ce qui fait dire que le mobile de leur action était la charité évangélique, synthétisée par la devise évangélique paulinienne l'amour du Christ nous presse (2 Co 5, 14).

Les missions de l'hôpital du temps des religieuses

Selon Sylvia Evrard, l'hôpital avait pour mission d'accueillir, de nourrir, de soigner et de reconforter celui qui s'y présentait au nom du devoir de charité. On s'attachait aux soins de l'âme sans pour autant négliger ceux du corps.

L'ensemble des soins était donné par les religieuses qui partageaient leur temps entre vie spirituelle et activité soignante. Aux vœux traditionnels de pauvreté, chasteté et obéissance, s'ajoutait le vœu d'hospitalité. L'hospitalité faisait partie intégrante de l'ethos de ces femmes. C'est sans doute pour cette raison, qu'elle fait d'elles les expertes en hospitalité. Une vertu célèbre chez les Grecs, qui a disparu et qui est revenue sur la sellette à cause de l'essoufflement du système médical actuel.

¹³ Statuts et Règlements de l'hospice Saint Jean Baptiste, Lille, 1815.

¹⁴ Lemieux R., Op. cit., p. 15.

¹⁵ Ibid, p. 16

L'hospitalité était offerte aux pèlerins et également aux malades, temporairement aux premiers, de manière permanente aux seconds, cet aspect devint partie intégrante de la vie religieuse. La Règle des Augustines qui s'est inspirée de celles d'Augustin et de Benoît déclare « que le soin des malades est le premier et le plus sacré des devoirs. C'est ce qui a amené l'ensemble des congrégations religieuses d'élever au rang de fin particulière leur mission d'hospitalité au service des personnes malades (Evrard S ; 2006). Ceci nous amène à scruter le vocable hospitalité du point de vue théologique et éthique.

L'hospitalité comme un espace théologique

Dans de nombreuses langues les mots qui désignent l'ennemi et l'hôte ont une même racine (en latin, l'ennemi est *hostis* et l'hôte est *hospes*) et les deux termes définissent aussi l'étranger : l'autre peut être vu comme extérieur au clan ou à la race et à ce titre il peut être perçu comme dangereux, mais il peut aussi être reçu et accueilli. Il peut devenir un des convives de la table. L'hospitalité est acceptation de l'autre comme un égal alors même qu'il est différent. En cela elle est œuvre de civilisation et porte l'espérance de vivre en paix sur une même terre. Vécue comme une des composantes de la religion, elle fait de celle-ci un atout pour construire un art de vivre en société. Elle disjoint donc la religion de la violence pour en faire un moyen de communication.

L'Hospitalité, une tradition d'alliance

Dans l'Antiquité, l'hospitalité était un devoir sacré. En Grèce, l'étranger qui demandait asile était accueilli comme un envoyé des dieux, parfois même comme la divinité en personne. Refuser son hospitalité à qui se présentait était une impiété. On y était tenu

de donner un repas à l'hôte, de le faire asseoir devant le foyer et de lui fournir une couche.

L'hospitalité deviendra peu à peu une loi de la Cité. Platon estimera que l'hôte doit être d'autant plus respecté qu'il est faible : « envisageons nos devoirs envers l'hôte étranger. Il faut se dire que ce sont les plus saints des engagements. (...) L'étranger, en effet, étant isolé de ses camarades et de ses proches, est l'objet pour les hommes et pour les dieux d'un plus grand amour. Aussi que de précautions ne doit-on pas prendre, si peu même qu'on ait de prudence, pour faire jusqu'au bout de sa route sans commettre dans sa vie aucune faute à l'égard des étrangers »¹⁶.

A Rome, celui qui recevait un hôte lui remettait la moitié d'un objet, une tête de poisson ou de bœuf en terre cuite, et gardait l'autre moitié. Ce symbole, où étaient gravés les noms des deux hôtes, était le pacte qui scellait leur union. L'hospitalité relève du registre de l'alliance... quant au monde sémitique, pour les bédouins par exemple, à partir du moment où quelqu'un avait touché le seuil de la tente et entré en communauté de nourriture, il était un hôte sacré. Dans le livre de la Genèse, deux anges d'apparence humaine sont reçus à Sodome par Loth, mais les habitants veulent les supprimer. La ville sera détruite parce qu'y a manqué l'hospitalité à Mambré, Abraham se prosterne devant les hôtes, leur lave les pieds, leur donne de l'eau, du lait, des galettes...

Dans le christianisme, laver les pieds fut l'ultime geste du seigneur envers les apôtres, devenant ainsi le service premier. Jean Daniélou a fait remarquer que tout ce qui suivait le baptême était un ensemble de rites d'hospitalité : on lavait les pieds du nouveau baptisé, on lui faisait l'onction

¹⁶ Platon, Les Lois, 729 d- 730 a.

d'huile sur la tête, onction qui était pratiquée sur le visage de l'hôte fatigué par le soleil afin de le reposer, on lui offrait du lait et du miel. Ces gestes étaient dans la liturgie les signes de l'hospitalité donnée au nouveau-venu dans son Église (Daniélou J ; 1953).

L'hospitalité sera aussi un des aspects de la vie officielle de l'Église primitive : c'était une des qualités demandées à un évêque (1 Tm 3, 2) et aux principaux responsables des communautés. On peut lire à ce propos dans le pasteur d'Herma : « Ce sont les évêques et les hommes hospitaliers qui ont toujours mis une joyeuse et fraîche hospitalité à accueillir sous leur toit les serviteurs de Dieu »¹⁷. L'hospitalité caractérise plus généralement le lien ecclésial en son ensemble. Ainsi, saint Paul recommande aux chrétiens de Phœbé, ministre de l'église de Cenchrées : « Accueillez-la dans le Seigneur d'une manière digne des saints, aidez-la en toute affaire où elle aurait besoin de vous » (Rm 16, 2). Saint Pierre aussi invite son auditoire à pratiquer l'hospitalité réciproque « sans murmurer » (1Pi 4, 9). Le chrétien étranger et de voyage trouvera ainsi une hospitalité organisée dans les Églises de l'origine. Cette hospitalité des Églises aux chrétiens d'autres communautés renforce l'unité car il donne le sentiment de constituer la « *famille de Dieu* » (Eph 2, 19). Plus tard Tertullien pourra écrire en ce sens que « toutes (les Églises) ensemble ne font qu'une seule Église par la communication de la paix, la dénomination de frères et les liens de l'hospitalité qui unissent tous les fidèles »¹⁸.

L'hospitalité détermine aussi le rapport aux gens de l'extérieur. Pour l'auteur de l'épître aux Hébreux, l'étranger est un messenger de Dieu : « N'oubliez pas l'hospitalité, car, grâce à elle, certains, sans le savoir, ont accueilli des anges » (He 13, 2). La même

vision sera reprise dans la règle de saint Benoît. Dans cette ligne se développera aux premiers siècles une véritable organisation de l'hospitalité. A côté des auberges et des hôtels de l'époque, Basile de Césarée suggérera de créer les maisons de refuge pour les voyageurs¹⁹. Le Concile de Nicée exigera qu'il y ait dans toutes les villes de tels établissements d'accueil²⁰. On verra alors se multiplier des lieux de secours et d'hébergement pour des étrangers et des pauvres. On en construira à l'entrée des églises et des couvents. Certains chrétiens, clercs ou laïcs, feront preuve d'un grand zèle en ce domaine, tels ces magistrats d'Oxyrynque, au bord du Nil, qui enverront aux portes de la ville des hommes avec mission d'intercepter les étrangers et de leur offrir les soins et les secours nécessaires (Gorce D ; 1925). Jean Chrysostome encouragera ce style d'initiative : « L'Église, que nous appelons une hôtellerie est une demeure commune ; cherchez, vous aussi, asseyez-vous devant votre porte, recevez les étrangers. Si vous ne voulez pas les recevoir dans votre maison, fournissez-leur autrement le nécessaire. Mais quoi, direz-vous, est-ce que l'Église ne l'a pas, ce nécessaire ? Elle l'a sans doute, mais... de ce que les étrangers seront nourris des biens communs de l'Église, cela pourra-t-il vous servir ? (...) faites comme vous voulez, seulement faites quelque chose²¹.

Avec cette tradition de l'hospitalité tant des chrétiens entre eux que de tout étranger, l'Église se présente comme un rassemblement qui transcende les distinctions citoyen-étranger ou ami-ennemi. Le lien ecclésial offre la possibilité de

¹⁷ Le Pasteur d'Herma, Similitudes, 9, 27,2.

¹⁸ Tertullien, Les Prescriptions, XX.

¹⁹ Basile de Césarée, Lettre 94.

²⁰ Canon LXXV.

²¹ Jean Chrysostome, Homélie sur les actes des Apôtres, 45, 4.

dépasser les exclusives racistes, héréditaires, sociales ou physiques : les étrangers sont des semblables. Et les voyageurs peuvent trouver un toit. Les malades peuvent être accueillis dans les Hôtes-Dieu. Le commandement de l'amour du prochain concerne tout homme par-delà son appartenance ou son état de santé. Saint Augustin explicitera bien cela : « Ton prochain n'est pas seulement ton frère, ton parent, ton allié. Tout homme a pour prochain tous les hommes. On se regarde comme proche entre père et fils, entre gendre et beau-père. Mais rien n'est si proche qu'un homme et un autre homme »²². L'Église n'est pas une frontière de plus entre les hommes, mais elle est traversière, mise en relation. On peut dire que l'hospitalité relève de sa nature profonde et qu'il est une dimension constitutive de l'identité chrétienne. La foi chrétienne aboutit ainsi à un dépassement des clôtures coutumières et communautaires, ce qui veut dire que l'amour chrétien dépasse la charité ou la solidarité des seuls chrétiens entre eux. L'attention à l'autre ne connaît pas de frontière.

L'hospitalité comme un principe universel

Immobilisé dans le temps, le malade l'est aussi dans l'espace. Il est moins celui qui visite que celui qui est visité. Quant au visiteur, s'il est celui qui entame la démarche pour se rendre proche, il ne fait que passer. Toute visite située dans le provisoire, dans une temporalité de passage. En outre, ce visiteur survient aussi comme un étranger. Certes, il peut n'être pas connu, l'est-il, sa temporalité de « monde extérieur » par rapport au milieu clos du malade, lui confère cependant un air différent, étrange. Le visiteur est un autre (Thiel M ; 1995) que le malade ne sera pas toujours désireux d'accueillir. Certains jours, le malade se

recroqueville sur lui-même, espérant donner moins de prise à l'adversité. Il ressent l'autre comme envahissant et s'avoue incapable, pour un temps, d'hospitalité. La visite, qui suppose un minimum de frontières, lui semble dangereuse pour son corps blessé et troué. Frapper sur une porte, c'est donc aussi courir le risque de n'être point accueilli ou, pire encore, d'être rejeté. On pourrait dire aussi, réciproquement, que le visiteur lui-même n'est pas chaque jour disposé à accueillir l'altérité trop brutale (Thévénat X ; 1992) d'un malade. Celui-ci aussi se donne de quelque façon pour le visiteur comme un étranger.

On comprend donc d'emblée la place essentielle de la vertu de l'hospitalité tant pour le malade que pour les soignants et les visiteurs. Chacun tour à tour est l'hôte de l'autre. Il y a toujours un étranger à accueillir. Mais le christianisme va déplacer le regard du lointain vers le prochain, c'est-à-dire vers celui de qui je veux me faire proche à l'image du bon samaritain (Lc 10, 29-37), celui vis-à-vis de qui j'accepte de compatir selon l'exemple du Christ (He 4, 15). L'hospitalité ne sélectionne pas ses interlocuteurs, le lointain reste à accueillir, mais paradoxalement l'expérience montre que celui-ci est sans doute plus facile à accueillir que le prochain : en vertu de sa ressemblante proximité, ce dernier peut en effet entraîner son visiteur dans les ténèbres paroxystiques du mal et de la souffrance. L'hospitalité doit alors faire sienne la visée dernière de la compassion et « donner une preuve tangible à l'autre qu'il n'est pas abandonné, lui signifier qu'au cœur de son malheur in-intégrable quelqu'un s'entretient encore avec lui » (Thévénat X ; 1992). Ainsi peut-on dire aussi que l'hospitalité est principe universel régulateur (Ricoeur P ; 1995) de toute décision éthique, indélogeable (Scherer R ; 1993)

²² Saint Augustin, De Disciplina Christiana, 3.

manifestation d'humanité ²³. Elle est fondamentalement relation et sa compétence consiste à s'ouvrir vers le tout autre et les autres, à être accessible aux sollicitations du monde, attentif à ce qui est différent de soi-même (Innerarity D ; 2009). Ce qui m'amène à considérer l'hospitalité comme une catégorie fondamentalement éthique. Ce que corroborent ces paroles du philosophe espagnol, Daniel Innerarity, qui pense que l'hospitalité correspond aux caractéristiques des expériences éthiques fondamentales qui tissent la vie des êtres humains. Pour cet auteur, l'échange de l'hospitalité est la manifestation de la première forme d'humanité totale. L'hospitalité est une catégorie qui, permet de décrypter la situation générale de l'homme dans le monde (Innerarity D ; 2009).

L'hospitalité, une vertu

L'hospitalité n'a sans doute que peu d'aura dans le discours contemporain, elle n'en reste pas moins un principe fondamental de cohabitation et de coexistence des libres arbitres, inconditionnellement exigible. La finitude géographique de notre terre, explicite E. Kant, impose à ses habitants un principe d'hospitalité universelle, reconnaissant à l'autre homme le droit de ne pas être traité en ennemi. Dès l'Antiquité, l'hospitalité apparaît ainsi comme un devoir sacré prescrit aux citoyens tant pour leur bien personnel que pour la prospérité de la cité, une vertu de l'homme sage. Elle cultive et met en acte l'*humanitas* (Kant E ; 2001).

L'hospitalité n'est pas un accident de la condition humaine, elle est liée à son essence même. Elle ne tombe pas du ciel, mais surgit de ce long et patient travail de l'homme consentant à la blessure de l'amour. Elle ne se réduit ni à l'utilité ni aux services rendus, mais se donne dans l'entre-deux : là

où l'utilité se fait gratuité et le don, accueil ; là où, selon l'étymologie, l'ennemi peut devenir ami et l'intimité du cœur, signe tangible de fraternité ; là, enfin, où se croisent l'humain et le divin, dans l'impondérable de l'Amour-Agape. Les dieux antiques déjà pouvaient se donner sous la forme de l'étranger. A Ulysse qui remercie le porcher Eumée de l'avoir accueilli de bon cœur, malgré ses hail-lons, celui-ci réplique : « Étranger, je n'ai pas le droit, quand même viendrait quelqu'un de plus miséreux que toi, de manquer de respect envers un hôte. Ils sont tous envoyés de Zeus, étrangers et mendiants. Et notre aumône leur fait plaisir, si petite soit-elle » (Homère ; 1998). L'hospitalité d'Abraham pour les trois voyageurs qui lui rendent visite au chêne de Mambré (Gn 18), illustre l'attitude croyante. En admettant dans son intimité ces trois étrangers, le serviteur de la Voix (Gn 12) reçoit Dieu lui-même, en sa Source Trinitaire de filialité. Et cette hospitalité lui vaut d'accueillir un fils et de devenir le « père des croyants », l'hôte d'une descendance aussi nombreuse que les étoiles du ciel ! En sens contraire, violer la loi de l'hospitalité représente un acte criminel encourageant le châtement divin (Gn 19).

Laissée à elle-même, dans le registre humain, l'hospitalité appartient au provisoire ; enracinée en Christ comme le sarment sur la vigne, elle engage Dieu lui-même, et ceci dans une perspective radicale puisque le Christ non seulement recommande l'hospitalité et demeure en ceux qui s'aiment (1 Jn 4, 12), mais il manifeste une solidarité fondamentale entre accueil de Dieu et hospitalité du malade. (Mt 25, 41-56). Le pauvre, quel qu'il soit, devient lieu paradigmatique de l'humain (Thiel M ; 1995), icône vivante de Dieu. L'hospitalité n'indique donc pas seulement une conduite éthique, mais relève d'un rapport à lui-même, Hôte par excellence : Hôte qui accueille et Hôte que l'on accueille.

²³ Ibid.

L'actualité de l'hospitalité

« Au cours de l'histoire, l'hospitalité entre humains ; et spécialement l'accueil des personnes en état de fragilité, a pris des formes différentes. Dans les sociétés occidentales, elle a été institutionnalisée, organisée, au bénéfice des personnes socialement vulnérables ou atteintes de maladies graves. Mais ceux qui ont reçu mission de mettre en œuvre cette hospitalité continuent à y découvrir l'accomplissement de leur propre humanité » (Verpieren P ; 2006).

C'est ce que Bruno Cadoré, l'ancien directeur du Centre d'éthique médicale de Lille a valorisé dans l'ensemble de ses publications. « Il y soulignait la dimension inter-individuelle du soin, mais aussi sa dimension sociale que constituent le combat contre la maladie et l'accueil des personnes vulnérables, le soignant vit un véritable accomplissement personnel » (Verpieren P ; 2006).

Dans la relation de soin une personne en état de besoin se remet en toute confiance à la capacité de sollicitude pour qu'elle mette sa compétence professionnelle au service de la promotion des meilleures conditions pour son existence. Dans cette relation où l'un est convoqué à la sollicitude par la fragilité de l'autre, c'est le lien d'humanité essentiel qui est sans cesse réinventé (Cadoré B ; 1998).

Dans ce corps à corps, le soignant lui-même ne sort pas sain ce qui lui rappelle sa propre vulnérabilité ; il peut en être profondément transformé. Preuve que dans le cadre de la rencontre clinique, le malade, le soignant et la famille sont des hôtes et s'ils sont les hôtes les uns les autres, cela veut dire que notre situation à l'hôpital et même dans le monde correspond à une structure de réception et de la rencontre, qu'il existe une liberté pour donner et pour recevoir au-delà

de la réciprocité.

En prenant la décision de devenir « hospitalier pour celui qui risque d'être mis de côté parce qu'il est vulnérable, l'humain s'expose à devenir lui-même en plus grande vérité. (...) L'hospitalité est en même temps le lieu du devenir humain contre tout ce qui risque un jour de faire violence à l'humain. En fondant la réflexion éthique en biomédecine sur ce critère de l'hospitalité, il ne s'agit pas de désigner un idéal lointain, mais de reconnaître que, aujourd'hui déjà, des soignants, des proches, manifestent dans leur vie à quel point l'hospitalité à l'humain vulnérable transforme la vie humaine » (Cadoré ; 2002).

Cette hospitalité est dorénavant « organisée, professionnalisée, financée par les deniers publics, soumise au contrôle de la société. Cette institutionnalisation présente des risques que connaissent tous les professionnels de la santé : surveillance tatillonne des instances de contrôle, envahissement par les formulaires, enquêtes, audits et règlements de toutes sortes, et souffrance des soignants qui ne se voient pas accorder les moyens nécessaires à l'accomplissement de leur tâche. Mais c'est l'envers – regrettable – de la mise en œuvre d'une réelle solidarité à laquelle se sentent spécialement tenues les sociétés européennes »²⁴. Bruno Cadoré a bien mis en évidence cette dimension sociale.

La relation de soin, établie dans le face à face de deux êtres, se joue au sein d'une autre relation, plus globale, qu'on pourrait décrire comme relation de solidarité. En effet, dans les sociétés humaines, il est frappant de voir que la relation de soin s'inscrit toujours, de manières diverses, dans une perspective sociale : la fonction de soignant est instaurée comme telle, reconnue

²⁴ Verspiren P., Art. cit., p. 37

et identifiée, au sein d'une société. On pourrait dire qu'elle illustre le poids accordé à la solidarité entre les humains, et c'est au nom de cette solidarité que certains sont mandatés par tous pour porter soin à ceux qui sont malades. Il est donc clair que l'hospitalité est constitutive du soin et qu'elle est une réalité plus qu'actuelle et que malgré les prouesses exponentielles des techniques biomédicales et les nouvelles techniques de l'information, qui sont des auxiliaires nécessaires pour mieux prendre soin des personnes touchées par la maladie, l'hôpital doit accroître ou re-découvrir l'hospitalité.

Références bibliographiques

CADORE, B., 1998. « La médecine comme médiation d'une alliance d'humanité », *Médecin de l'homme*, 236, juillet-août, p. 13.

CADORE, B., 2002. « Médecine, santé et société : les grands enjeux » *Semaines sociales de France. Que ferons-nous de l'homme. Biologie, médecine et société*, Paris, Bayard, p. 71.

DANIÉLOU, J., 1953. « Déportation et hospitalité », *Essai sur le mystère de l'histoire*, Paris : Cerf, 1953, p. 67.

DOM PROU, J., 1996. *La clôture des moniales*. Paris : Cerf, 263 pages.

DURAND, A., 1995. *J'avais faim. Une théologie à l'épreuve des pauvres*, Paris, Desclée de Brouwer.

EVARD, S., 2006. *La congrégation des Augustines face à la professionnalisation des soins infirmiers, des années 1880 aux années 1940, l'échec de la laïcisation des hôpitaux lillois?*, DEA, Université de Valenciennes et du Hainaut Cambré, 2006, 126 pages.

GORCE, D., 1925. *Les voyages, l'hospitalité et le port des lettres dans le*

monde chrétien des IV^{ème} et V^{ème} siècles, Paris : Gabalda, p. 154.

HOMÈRE, 1998. *Odyssée*, XVI, v.56-58, Paris, Flammarion, 1966 cité par Marie-Jo Thiel, « J'étais malade et vous m'avez visité », *Revue des Sciences Religieuses*, 72, 405-30.

INNERARITY, D., 2009. *Éthique de l'hospitalité*, Québec : PUL.

KANT, E., 2001. *Projet de paix perpétuelle*, Paris : Mille et une nuits, traduction de Karin Rizet, 94 pages.

LEMIEUX, R., 1991. « De l'Hôtel-Dieu à la clinique : des déplacements pastoraux » *Cahiers d'études pastorales* ; 9 : 13-28.

PIRES ALVARO, P., 1997. « *De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales* », Jean Poupart et al., *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques*, Montréal, Gaëtan Morin, pp. 3-54.

RICOEUR, P., *Philosophie de la volonté* (Tome 1, le volontaire et l'involontaire), Paris : Aubier, p. 111.

RICOEUR, P., 1986. *Du texte à l'action. Essai herméneutique II*, Paris, Seuil.

RICOEUR, P., 1991. *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.

RICOEUR, P., 1995. *La critique et la conviction. Entretien avec F. Azouvi et M. de Launay*, Paris : Calmann-Lévy, p. 103-106.

SAINT-DENIS, A., 1983. *Institution hospitalière et société aux XII^e et XIII^e siècles. L'Hôtel-Dieu de Laon, 1150-1300*, Nancy : Presses universitaires, 279 pages. 15. 983, p. 96-97.

SCHERER, R., 1993. Zeus hospitalier, Éloge de l'hospitalité. Essai philosophique, Paris : Armand Colin.

SIMON, R., 1993. Denis müller, *Nature et descendance*, Genève, Labor et Fides, Coll « le Champ éthique ».

THE NATIONAL COMMISSION, 1982. « Le Rapport Belmont. Principes d'éthique et lignes directrices pour la recherche faisant appel à des sujets humains », *Médecine et expérimentation*, Québec, Cahiers de bioéthique 4, Les Presses de l'Université Laval, pp. 233-285.

THÉVÉNOT, X., 1992. Compter sur Dieu, Paris : Cerf, p. 136.

THIEL, M.-J., 1995. « Le malade, l'autre », Études juillet, p. 27.

THIEL, M.-J., 1995. « Mettre l'homme au cœur des choix. Réflexion théologique, Revue de la REPSA, 362, mai 1998.

VERSPIEREN, P., 2006. « L'hospitalité au cœur de l'éthique du soin », Laennec, No4, p.36

*Achevé d'imprimer en Côte d'Ivoire
Pour le compte des Éditions G.Créa
Dépôt légal : Archives nationale de Côte d'Ivoire
Troisième Trimestre 2017*