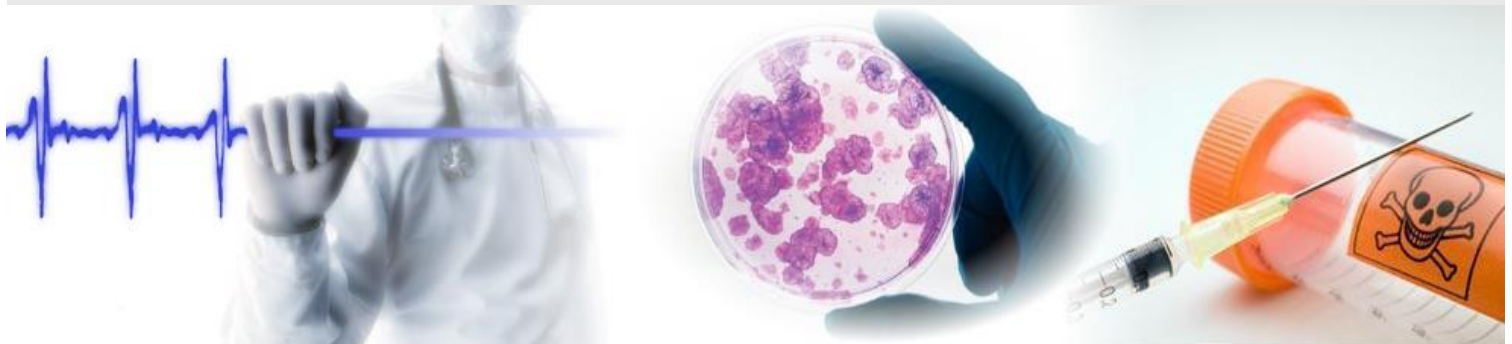


REVUE AFRICAINE DE BIOETHIQUE ET D'ETHIQUE MEDICALE

African Journal of Bioethics and medical ethics

Volume 1, Numéro 1 – Avril 2015

CELLULES SOUCHES EMBRYONNAIRES ET EUTHANASIE



REVUE AFRICAINE DE BIOETHIQUE ET D'ETHIQUE MEDICALE

Journal de l'Association Ivoirienne pour la Formation Universitaire Professionnelle (AIFUP)
et son Centre d'Ethique Médicale et de Bioéthique (CEMB)

DIRECTEUR DE PUBLICATION :

Pr. Koffi H. YANGNI-ANGATE

REDACTEUR EN CHEF :

Pr. Médard KAKOU

REDACTEUR EN CHEF

ADJOINT :

Dr. Zagocky Euloge GUEHI

CORRESPONDANCE :

www.revuebioethique.org

Dr Zagocky Euloge GUEHI
Département d'Anthropologie
et de Sociologie, Université
Péléforo de Korhogo
E-mail: eulogemomo@yahoo.fr
Tel : (225)57292259

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'Ethique 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 SAWADO**, 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

EDITEUR :

Association Ivoirienne pour la Formation Universitaire Professionnelle (AIFUP)
Centre d'Ethique Médicale et de Bioéthique (CEMB)

ADRESSE : 01BP 5119Abidjan 01 (Côte d'Ivoire)/aifup.edition@yahoo.fr

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
- 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.

SAMOFF, J., 1987, « School Expansion in Tanzania : Private Initiatives and Public Policy », *Comparative Education Review*, 31 (3): 333-360.

FRESTON, P., 2001 « The Transnationalisation of Brazilian Pentecostalism », in A. CORTEN & R. MARSHALL-FRATANI, *Between Bible and Pentacost*, 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).
- 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.
- 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

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.

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).

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, University of Wisconsin, Ph. D. thesis), mimeo.

WILKS, I., 1975a *Asante in the Nineteenth Century. The Structure and Evolution of a Political Order* (London: Cambridge University Press).

WILKS, I., 1975b "Dissidence in Asante Politics: Two Tracts from the Late Nineteenth Century", in I. ABU-LUGHOD, ed., *African Themes* (Evanston, IL: Northwestern University, Program of African Studies): 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.

EDITORIAL

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'Ethique 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 plate forme 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 techno-scientifique 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 questions éthiques en début et fin de vie soulevées par le thème : *Cellules souches embryonnaires et l'euthanasie* ont été abordées dans ce numéro:

- D'abord, sous l'angle de la vision éthique, philosophique, théologique de la personne humaine, sa dignité et de l'anthropologie africaine de la vie et de la mort.
- Ensuite, sur la perspective d'une alternative éthique à l'utilisation des cellules souches embryonnaires en médecine régénérative, avec un regard sur le statut juridique de l'embryon humain en Côte d'Ivoire.
- Finalement, l'euthanasie sous l'angle de sa licéité et la nécessité de l'introduction des soins palliatifs en fin de vie.

En renouvelant nos remerciements aux auteurs de ce premier numéro nous encourageons tous les intellectuels, chercheurs à s'approprier la Revue « *Bioéthique & Sociétés* »

Merci à Tous

Pr. Koffi Hervé YANGNI-ANGATE
Directeur de Publication

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 magazine, 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 concerns diverse 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 to the colloquy on bioethics of Abidjan in 2009 on the theme: «*Embryonic stem cells and euthanasia*»

Ethical issues at the beginning and end of life raised by the theme: embryonic stem cells and euthanasia were discussed in this issue:

- Firstly, in terms of ethical, philosophical, theological vision of the human being, his dignity and African anthropology of life and death.
- Then, on the prospect of an alternative ethical use of embryonic stem cells in regenerative medicine, with a look at the legal status of the human embryo in Côte d'Ivoire.
- Finally, euthanasia in terms of its legality and necessity of the introduction of palliative care at end of life.

Renewing our appreciation to the authors of this first issue, we encourage all intellectuals, researchers to appropriate this journal "Bioethics & Societies".

Thank you to all

Pr. Koffi Hervé YANGNI-ANGATE
Director of Publication

SOMMAIRE

Personne humaine : Vision philosophique et théologique S.E Bernard Cardinal AGRE.....	9
Personne humaine: Vision anthropologique Francois Kouakou N'GUESSAN	15
Cellules souches embryonnaires et bioéthique Duni SAWADOGO.....	22
Le statut juridique de l'embryon humain Bernard KOUASSI.....	27
Anthropologie de la mort : L'expérience africaine Francois Kouakou N'GUESSAN	35
Euthanasie et bioéthique Koffi Herve YANGNI-ANGATE, Zagocky Euloge GUEHI	44
Soins palliatifs : Alternative à l'euthanasie Medard KAKOU.....	50
Psychologie de la fin de vie M. ANOUMATACKY, D. KONE, C. ASSISEDJI, A-C. BISSOUMA.....	55

PERSONNE HUMAINE : VISION PHILOSOPHIQUE ET THEOLOGIQUE

S.E Bernard Cardinal AGRE

Archevêque Émérite d'Abidjan-Côte d'Ivoire

Décédé le 09 juin 2014, Paix à son Ame

RESUME :

Mots Clés : Personne Humaine, Philosophie, Théologie

La personne humaine, centre de la pensée et de l'agir depuis les temps anciens, du point de vue philosophique ou théologique, tient, dans l'univers, une position centrale. Elle représente une valeur fondamentale digne de respect.

Valeur plurielle, fait de corps et d'esprit, l'homme est appelé à briser la coque de l'égoïsme ou de l'ethnocentrisme pour jeter les ponts de l'amour universel.

ABSTRACT:

KeyWords: Individual, Philosophy, Theology

Since the dawn of time, the individual, as center of thought and action, hold, philosophically or theologically an important position in the universe. It represents a fundamental value that merits to be taken into account.

Multidimensional value, the individual made up of body and spirit is invited to pass over the egocentrism and the ethnocentrism, to found the universal love

INTRODUCTION

La personne humaine, centre de la pensée et de l'agir depuis l'ancien temps et à l'époque moderne, à la lumière de la philosophie et de la théologie, un débat aussi vaste, condensé, en quelques pages, me semble une véritable gageure. Le double axe proposé guidera notre réflexion

I- LA PERSONNE HUMAINE AU REGARD DE LA SAGESSE DES HOMMES

Adossés aux recherches des scientifiques et aux simples constats des cinq sens, les penseurs et les sages de tous les temps nous ont habitués à la galaxie de leurs divergences, voire de leurs incohérences, au nom de la sacro-sainte liberté de pensée et d'expression. L'univers philosophique foisonne d'affirmations, de théories originales. Parfois la sagesse, synonyme de vérité recherchée, suivant l'étymologie même de la démarche philosophique semble absente. A voir le comportement de maints hommes politiques de son époque, le gouverneur romain, Pilate, déçu et désabusé, demandait à Jésus : « Qu'est ce que c'est la vérité ? » (Jn 18,38). L'air de dire : « Crois tu qu'elle existe encore, la vérité, sur la terre ? »

Les négociations, les extravagances des hommes n'ont jamais voilé la lumière du soleil. Docteur Alexis CAREL a écrit en son temps un livre toujours actuel : « *L'homme, cet inconnu* ». Et l'économiste SHOEMAKER s'est illustré avec son livre « *small beautiful* » qui souligne, entre autres, la nécessité d'élever

le débat en intégrant les valeurs métaphysiques dans nos modes de réflexion. Le manque de métaphysique dans nos visions et démarches fait que nous volons très bas à notre époque. La métaphysique purifie le regard et permet de voler plus haut.

Tout être, par exemple comme toute personne humaine, possède trois qualités ontologiques : il est un, il est vrai, il est bon. Qualités qui fondent son essence et son existence.

Seuls vivent authentiquement, seuls pensent ceux et celles qui vouent un culte à la vérité. Thomas d' Aquin, philosophe et théologien hors pair, ne dit pas autre chose. La vérité libère, elle pousse vers les sommets.

Après les tempêtes du nazisme, du bolchevisme, le feu et les affres de la seconde guerre mondiale, dans un sursaut d'éveil de conscience, avec une sainte envie d' un monde meilleur, les nations dans leur ensemble, ont crié leur ras-le-bol des atrocités dûes au mépris de la valeur intrinsèque de la personne humaine.

Dans l'enthousiasme, avec une espérance sans faille, les leaders d'alors ont élaboré et promulgué ce qu'il est convenu d'appeler « la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ou des Droits Humains ».

1948-2009 : soixante et un an aujourd'hui ! Quel beau chemin parcouru malgré les erreurs, les vicissitudes, malgré les reculs ici ou là !

Dans cette Déclaration Universelle des Droits Humains, toutes les catégories de personnes sont prises en compte: les enfants, les parents, les travailleurs, les

familles, les réfugiés, les malades. Droit à la vie, au travail, à la nourriture, à la liberté, à la vérité... Les penseurs, les chercheurs en tous pays n'ont pas encore fini d'analyser et de tirer les conséquences **condensés** de ce code des droits humains. Appliqués scrupuleusement, ces articles se présentent comme des comprimés d'énergie pour construire un monde plus oxygéné, plus juste et plus fraternel où la personne humaine est respectée dans toute la profondeur transcendante de sa dignité et de ses droits inaliénables.

Dans nos erreurs, nos balbutiements dans la mise en pratique de cette charte universelle des droits humains, nous avons besoin d'une force venue d'En-Haut. Relever le défi du renouvellement de la face de notre terre n'est pas une chimère. C'est une tâche possible et désirable. La force de l'amour devient la clef de la réussite. Elle est sagesse, gage de renouveau assuré. C'est cette voie qu'ouvre et qu'emprunte la vision théologique de la personne.

II- LA PERSONNE HUMAINE : VISION THEOLOGIQUE

1 - Les origines

La Genèse, le premier livre de la Bible, s'ouvre solennellement sur le récit fabuleux de la création: tour à tour défilent les astres, le soleil, la lune, les myriades d'étoiles, les forêts, les mers, les fleuves, la flore et la faune. Fermant en quelque sorte la marche apparaît l'Homme. L'homme et la femme placés dans un environnement de bonheur le jardin d'Eden (Gn 1,1-31;2,1-40). En leur disant : « Croissez, multipliez-vous, remplissez la terre, soumettez-la » (Gn1,28

), le Créateur les sacra rois et gérants de son œuvre.

Dieu se réjouit de ses faits et gestes : « Dieu vit que tout cela était bon. Il y eut un soir et un matin, ce fut le premier, le deuxième, le sixième jour... »(Gn 1,31).

Envers l'Homme, sa créature, Dieu marque un traitement particulier.

Il le suit partout, il lui prouve un amour de père. Avec lui plus tard il conclut une alliance. L'Homme, doté d'un corps et d'un esprit, « créé à l'image et à la ressemblance de Dieu » (Gn 1,27) qui le suit un peu partout dans ses pérégrinations, du désert en Égypte, de l'Égypte au désert et dans la terre promise. Dieu le dit : tu es, ô homme, mon lot, ma part d'héritage. Dieu lui-même, voue à l'homme, la perle de sa création, une attention constante, un amour jaloux, un respect prononcé. Au firmament, Dieu alluma le soleil pour régir le soleil et la lune pour régir la nuit. De même nous pourrions affirmer que, de par la volonté divine, sur la terre, l'homme brille de tous ses feux.

Une éducation longue et minutieuse façonne l'homme pour qu'il joue son rôle de leader, ouvert sur le monde. Comment Dieu voit-il l'homme ?

Permettez-moi de vous proposer cette image qui exprime assez le travail de tout éducateur, éducatrice digne de ce nom.

2- Des ponts et non des murs

Au commencement, l'être humain ressemble à un point central entouré de cercles concentriques qui représentent chacun une coquille c'est-à-dire une prison

pour l'homme. Chaque cercle concentrique représente pour l'homme un obstacle pour son plein épanouissement. S'il n'y prend garde, il peut s'enfermer lui-même sur ses propres intérêts, ses propres fantasmes, ses peurs. Tant de personnes mal éduquées, gonflées, rassasiées d'elles-mêmes ne voient pas plus loin que le bout de leur nez. Certains hommes se laissent gérer par les seuls intérêts de leur famille, de leur village ou quartier. Que dire de ceux et celles enfermés dans leurs ethnies, leurs nations si minables soient-elles ? Les soi-disant intérêts de leur culture, leur langue, de leur couleur suffisent à satisfaire les appétits des nains, des complexés de tout genre. Et le monde actuel regorge de tellement de nains, de complexés.

Une bonne éducation fournit à l'individu et au groupe des forces intérieures, de la puissance morale et spirituelle pour percer les murs des prisons culturelles inhibantes, parfaitement inutiles (cf. Concile Vatican II, Déclaration sur l'éducation chrétienne, préambule n° 1, 3, 31 ; Gaudium et Spes n°75, 82, 89).

Une bonne éducation de la personne humaine détruit les murs pour jeter des ponts qui relient les rives. Mieux, une bonne éducation, celle que tout adulte recherche, c'est de se voir doté, dès le jeune âge d'une rampe de lancement qui le projette en spirale dans le temps et dans l'espace pour devenir un authentique citoyen du monde. Sa devise de vrai leader : « pas de murs, mais construire partout des ponts ». Renverser les barrières artificielles, faites tomber les murs de Berlin au nom du respect de la personne humaine. Plutôt, jetez entre les hommes de tous les pays, les passerelles, les ponts de l'estime réciproque, de la véritable

réconciliation et de la paix. C'est l'un des principaux défis du millénaire. C'est le pari, le passage obligé d'une Côte d'Ivoire renouvelée, sereine.

L'homme mérite respect, car il représente une valeur absolue, la seule au monde après Dieu. L'économie, la politique n'ont du prix que construites autour de l'homme et pour l'homme. Mais l'homme est essentiellement pluriel, il est social. C'est dans la société qu'il se libère et grandit. D'où une attention particulière à la société qui le porte.

3- Les quatre piliers d'une société équilibrée et prospère.

Dans toute la somme des principes et des enseignements du magistère de l'Église, "experte en humanité", ce qu'il est convenu d'appeler la Doctrine sociale, nous relevons quatre points cardinaux sans lesquels tout groupe humain va à la dérive (cf Compendium de la Doctrine Sociale de l'Église – Libreria Edictrice Vaticana – Roma, 2005, n°105-159 ; 164-196). les voici :

3.1 le respect de la personne humaine

3.2 le respect du bien commun

3.3 le respect du principe de subsidiarité

3.4 le respect du principe de solidarité

3.1 Le respect de la personne humaine

La personne humaine, depuis sa conception jusqu'à sa mort naturelle est intangible dans sa dignité fondamentale.

Parmi les personnes qui ont contribué le plus à la chute du régime bolchevique, Clinton citait en tout premier le Pape Jean Paul II. Celui-ci a affirmé à temps et à contretemps, répété, martelé à la face du monde, les droits essentiels, inaliénables, de la personne humaine, droit à la vie, au travail, à la vérité, à la liberté... A force de tomber, goutte après goutte, l'eau finit par user, même la pierre.

Lorsqu'un individu ou un groupe d'hommes affirment que tel autre individu ou groupe d'hommes, sont des sous-hommes, il s'accorde le droit et le pouvoir d'infliger toute sorte de traitements, y compris la mort, à ses victimes, objet de son exclusion. L'histoire encore récente de l'esclavage, des camps d'extermination, des fours crématoires, des goulags et autres lieux de torture, se trouvent encore dans toutes les mémoires. Jamais plus ces horreurs !

Sous tous les cieux, rien de pire que le mépris, l'exclusion. C'est la porte ouverte à tous les abus, à toutes les injustices, toutes les violations des droits humains. « Aime Dieu plus que tout, aime ton prochain comme toi-même », c'est-à-dire aime tous les hommes, sans exception. Voilà le résumé de la loi des prophètes, c'est-à-dire l'ensemble de la parole de Dieu. De telle sorte que si toute l'écriture sainte devait disparaître, cette double fidélité, aimer Dieu, aimer le prochain pluriel, sans frontière, ce double sauvetage pourrait assouvir l'attente de l'humanité.

Éducatrices multiples, cultures, races différentes, rien ne peut définitivement diviser les hommes si demeurent le réalisme de l'estime réciproque et l'amour têtard des hommes et des femmes habités par l'esprit et la sagesse. Le mépris engendre l'exclusion et l'exclusion engendre les conflits et les guerres, les rassembleurs, à tous les échelons, sont les ouvriers de la paix, les bienfaiteurs de l'humanité.

3.2 Le respect du bien commun

Ce bien commun des humains représente l'ensemble des trésors mis à la disposition de la communauté par la nature (l'environnement : la terre, les fleuves, les mers, les forêts, l'air, le sol, le sous-sol) ou par les hommes (le denier public, le budget, les immeubles, les infrastructures, etc). L'attitude instinctive du bon citoyen, quelle que soit sa position sociale, n'est-ce pas de prendre un soin jaloux de toutes ces ressources, convaincu que la bonne éducation, la modestie et la bonne conscience commandent à chaque individu la modération, la droiture, la transparence dans l'usage qu'il fait de ces biens ? La pollution délibérée, le vandalisme, le vol offensent les intérêts de tous. Les dessous de table, les tricheries diverses, les rackets, les promesses illicites accroissent l'atmosphère malsaine des nations, le mal récurrent de la civilisation dite moderne. Le respect du bien commun rime avec pureté de la conscience, droiture, visage simple, rayonnant, cœur pur, non encombré.

Ces vertus qui font le bon leader, le vrai intellectuel, le vrai politique et le vrai militant, s'apprennent à la maison, dans la

famille, à l'école primaire, secondaire et supérieure. Cela devrait être le souci quotidien des partis politiques, des médias de l'information. Les leaders religieux, toutes confessions confondues, s'en imprègnent pour les transmettre à leurs fidèles.

3.3 Le respect du principe de subsidiarité

Tout groupe organisé parle volontiers de participation, de répartition des charges. En d'autres termes, les responsables modernes évitent la concentration excessive de pouvoir. Le cahier de charge, au départ, veille à la répartition équilibrée des responsabilités. La modernité s'honore de voir effectivement que les différentes instances assument leur droits et devoirs. Voilà pourquoi la modernité veille à ce que circule correctement l'information utile. Tant il est vrai que la rétention volontaire d'informations dues devient une forme de dictature.

Le respect scrupuleux du principe de subsidiarité entretient l'harmonie de la famille (père, mère, enfants) au quotidien. Ce respect du principe de subsidiarité consolide la force des armées, les entreprises en ont besoin comme de l'air du temps, ainsi que les ministères et les gouvernements, les organisations religieuses... le principe de subsidiarité, c'est à la fois l'oxygène et le moteur de la nation en marche vers le développement durable. La boulimie des initiatives d'un petit groupe, le monopole de l'efficacité, très souvent, excluent une bonne partie des intelligences et des bras. N'est-ce pas à la fois un manque, un appauvrissement ?

3.4 Le respect de la solidarité

Personne ne peut être heureux seul. L'humanité naît dans la solidarité et s'épanouit dans la solidarité.

Vivre au mépris de la solidarité, conduit les hommes vers des situations de conflits ou de guerre froide ou chaude. La globalisation, pour être positive, profitable, suppose une bonne solidarité dans la pensée et dans les prises de décisions. Les grands de la finance internationale ont conduit le monde dans cette crise financière générale. Chercher à servir les seuls intérêts des grands clubs, même par dessus la tête des États, n'a pu conduire qu'au désordre actuel, à la frustration du plus grand nombre. Les hommes de tous les pays et de toutes cultures se trouvent interconnectés, interdépendants au plan international comme à l'intérieur des nations. Nous nous sauvons ensemble ou nous nous notons ensemble. Plutôt la solidarité dans le bien, le beau, le bien, le sublime, plutôt que de croupir dans le mal, dans une solidarité nocive, mortifère.

Conclusion

Considérée du point de vue philosophique ou du point de vue théologique, la personne humaine tient, dans l'univers, une position de force. Elle présente une valeur fondamentale digne de respect et d'amour. La tenir au centre de nos projets individuels ou communautaires, c'est nous engager résolument sur les autoroutes d'un monde nouveau, fait de vérité, de bonheur et de paix.

PERSONNE HUMAINE : VISION ANTHROPOLOGIQUE

François Kouakou N'GUESSAN

Président Honoraire Université de Bouaké (Côte d'Ivoire)

RESUME :

**Mots Clés : Personne
Humaine ;
Anthropologie ; Afrique**

La personne humaine constituée de corps et d'esprit existe dès la fécondation, c'est-à-dire dès le début de la vie humaine. Cette réalité est inscrite dans la pensée africaine ; ainsi, dès l'amorce de toute vie conçue dès le sein maternel, tout se construit pour protéger l'enfant à naître depuis sa conception jusqu'à sa mort.

La tradition africaine épouse par conséquent le modèle personnaliste, aussi admet-elle que toucher le corps c'est toucher inévitablement son esprit, sa personnalité, c'est-à-dire l'homme dans son intégralité.

Le corps est l'individualité de l'être humain ; il fonctionne dans une structure métaphysique avec l'âme, l'esprit, qui sont des principes vitaux consubstantiels au corps vivant.

ABSTRACT

KeyWords:

**The Individual
Anthropology; Africa**

The individual made up of spirit and body does exist as soon as the impregnation. That's to say from the beginning of human life. That reality is registered in the African thought. so, everything is built up in the maternal bosom to safeguard the child since his conception till the death immediately from the beginning of any conceived life.

African tradition, consequently, takes up the personality model and also admits that touching the body is inevitably touching the spirit, his personality.

The body is the individuality of human being. It operates in a metaphysical structure with the spiritual and the soul with are the main vital consubstantial principle of living body.

1-INTRODUCTION : L'ANTHROPOLOGIE DANS LES SCIENCES SOCIALES ET HUMAINES

L'histoire des sciences trace une démarcation entre les sciences hypothético-déductives, dites sciences dures (mathématiques, physique, chimie statistique ...) et les sciences sociales et humaines (sociologie, philosophie, histoire, anthropologie ...). Celles-ci ont dû construire difficilement leur objet pour accéder à la cité et au statut scientifique. En fait n'y a-t-il pas un contenant et un contenu de savoirs aux objets de ces disciplines pour qu'on leur refuse le qualificatif « scientifique » qui vient littéralement du verbe latin « *sciré* » qui veut dire savoir ? En fait ce débat épistémologique est d'un autre âge.

Ce qu'il faut retenir, c'est la position de ces sciences sociales et humaines dont font partie l'anthropologie et qui s'affirme dans l'histoire de l'homme et de tous les hommes de tous les temps. La médecine se trouve au confluent de ces deux types de sciences.

Qu'est-ce que l'anthropologie et quelles sont ses branches ?

1-1-L'anthropologie : essai de définition

On pouvait définir l'anthropologie comme l'étude de l'homme, comme le laisse entrevoir le concept lui-même dans sa double composition sémantique grecque :

- la racine, *anthropos* signifiant Homme
- le suffixe *logos* signifiant étude.

Ainsi l'anthropologie comme étude de l'homme s'adresse à tous les hommes de la branche du règne animal.

Sur cette référence générale, l'anthropologie représente un tronc commun dont les sections de spécialités sont diversifiées.

1-2 De l'anthropologie générale à ses spécialités

De l'anthropologie générale (comme la sociologie et la psychologie générale) et de ses spécialités qui expriment des tendances de spécialités ou d'écoles, retenons en quatre :

- l'anthropologie physique
- l'anthropologie culturelle
- l'anthropologie sociale
- l'anthropologie sociale et culturelle

2- L'ANTHROPOLOGIE PHYSIQUE

C'est la partie de l'étude de l'homme qui concerne l'approche des évolutions anatomiques et physiologique de l'humanité. Son exploitation abusive est à l'origine de certaines controverses et idéologies racistes (racisme, eugénisme...). Au cœur de cette branche se trouve les recherches sur les dimensions matérielle du corps humain dans sa formation et dans sa structure ; un tout organique constitué de cellule, d'os et chair et de nerf etc. qui se développe en maintenant des différences morphologiques :

- selon le sexe (homme, femme)
- selon l'âge (enfance, adolescence, maturité, sénescence)

-selon la forme de la boîte crânienne (dolichocéphale, brachycéphale...)

-selon la couleur de la peau (mélano-derme : noir, leuco-derme : blanc ; xantho-derme : jaune).

L'anthropologie physique s'adresse donc aux données tangibles et matérielles de l'homme, comme espèce biologique. Au cœur de l'anthropologie se trouve des facteurs génétiques.

2-1-Les facteurs génétiques

L'hérédité qui est restée pour la science un mystère pendant longtemps mettra deux siècles pour être éclaircie. Il faut remonter à J.B. Lanck en 1809 pour poser la base de la transformation, puis à Darwin en 1859 pour la théorie de la sélection naturelle. En 1865, avec G. Mendel ont franchi une étape avec les lois sur l'hérédité et un bon quantitatif est fait en 1867 avec A. Weismann et sa découverte des chromosomes. L'ascension se poursuit en 1901 avec H. IVIRES et les principes des mutations avant qu'en 1905, Bateson ne proposa la génétique comme la science de l'hérédité et ce, avant que T.H.MORGAN ne démontre en 1960 que les chromosomes sont porteurs de gènes. La poursuite de ces études avec l'ADN, le génotype et le phénotype, va permettre aux généticiens et aux biométriciens de faire progresser l'histoire du genre humain et donner matière substantielle à l'anthropologie physique et surtout aux sciences bio-médicales.

2-2-La racialité

Evacuée officiellement par l'Organisation des Nations Unies (notamment l'Organisation des Nations Unies pour l'Education la Culture et la Science) en 1948, la question raciale (dans

sa forme idéologique et ségrégationniste : le racisme), a été formellement et scientifiquement bannie. Mais, force est de constater que dans le subconscient et dans l'inconscient, certains groupes sociaux (relais racistes) demeurent et se manifestent presque quotidiennement.

3-L'ANTROPOLOGIE CULTURELLE

De tendance américaine, l'anthropologie culturelle met l'accent sur les valeurs de culture, Ce qui, au-delà de la matière consacre nos genres de vie, nos références ou milieu et nos capacités de créer, d'imaginer et d'inventer et de nous assumer collectivement.

Les données matérielles et immatérielles qui entrent dans ce regard culturel signifient et traduisent la dynamique de l'existence dans ce qu'elle a comme capacité de production et de reproduction qui signifie notre qualité d'être humain. Ruth, Bénédict, Morgan... sont considérés comme des précurseurs de cette branche de l'anthropologie proche de celle des institutions qui se développe dans l'anthropologie sociale.

4-L'ANTHROPOLOGIE SOCIALE

Cette partie de l'anthropologie s'appuie sur les institutions. Elle est développée par l'école anglaise. Il s'agit d'étudier l'homme à travers les structures institutionnelles qu'il met en place pour organiser et faire fonctionner la communauté : institution politique, sociale, économique, religieuse...La société est par essence une organisation en tant que telle, elle se saisie à travers son mode structurel et fonctionnel.

L'anthropologie sociale se préoccupe donc de l'inventaire et des mécanismes structuro-fonctionnalistes : classes d'âge,

associations, structures politiques, type d'échange. Le fonctionnement et le dysfonctionnement de ces institutions expliquent le caractère dynamique de l'anthropologie sociale. La dimension institutionnelle dépasse le caractère physique et biologique pour toucher la portée culturelle qui transparait dans l'organisation, et de la créativité organisationnelle de la société. C'est à ce niveau que naît l'anthropologie sociale et culturelle comme une tendance interne de synthèse partielle dans l'étude de l'homme.

5-L'ANTHROPOLOGIE SOCIALE ET CULTURELLE

L'anthropologie sociale et culturelle dépasse la matière et la substance biophysique du corps, elle affranchit l'homme dans son règne animal et l'investit d'une charge particulière et noble. Exceptionnellement élevée qui est celle d'appartenir à une catégorie supérieure *l'homo sapiens*. Lisons à ce propos le passage de LAZORTHES (2000), (Membres de l'Académie nationale de Médecine) extrait de son œuvre intitulé « Sciences humaines et sociales » : *« l'homme au sommet de l'évolution est un rameau de l'immense arbre généalogique. Son histoire est très belle, elle s'étend plus loin dans le passé à mesure que les découvertes se multiplient et que les moyens de datation se perfectionnent.... Son émergence de l'anormalité, sa parenté avec les signes anthropoïdes ne sont pas niables et la généalogie des hominidés est bien établie les divergences existent toutefois, concernant les principes sur lesquelles on se fonde pour dire quel humaniste mérite le nom de premier homme »*.

C'est donc un très long processus qui nous conduit du genre Homo (homo habilis, homo erectus, homo sapiens) à homo sapiens sapiens.

La pensée, le raisonnement, le langage, le culte des morts, l'écriture...sont autant de jalons sur cette très longue route d'évolution de l'homme. La notion de personne est aussi un autre aboutissement de cette évolution qui marque la grande différence entre l'homme et les choses entre l'homme et les animaux et qui justifie l'anthropologie sociale et culturelle.

Les spécifications des spécialités de l'anthropologie (physique, culturelle et sociale) conduisent à un débat, dans la perspective biomédicale. Ce débat se rapporte à la notion de personne et de personnalité.

6-DE L'INDIVIDU A LA PERSONNE : QUEL DEBAT POUR LA MEDECINE ?

La notion de personne comporte plusieurs dimensions à la fois physique et biologique mais aussi psychologique affectif et sociologique. De la notion de personne est tirée celle de la personnalité qui a une valeur morale réfléchissant aux unités intérieures de la conscience et de la pensée. La personne réconcilie corps et esprit auxquels s'ajoutent des paramètres de l'environnement naturel et culturel qui forment la personnalité. De là, la théorie sociale faite de morale et qui fait de la personne la valeur suprême dans les domaines politique, économique et moral : Koulo Sran.

Begna Man, dit le dicton Sanwi des Akan, l'homme est exceptionnel parce qu'il est un bien incomparable et unique en son genre.

La notion de personne à son parcours dans l'histoire des hommes, le polythéisme, l'idolâtrie, des formes de paganisme montrent bien que l'homme était l'objet d'échanges, de rites sacrificiels (des débats idéologiques et religieux se sont emparés de cette perception

ancienne). Avec la médecine, la notion de personne est en débat. L'homme est-il un objet dans les mains du médecin ? Cette réification souvent indexée et décriée est au cœur de cette rencontre. Les pratiques biomédicales s'intéressent-elles à l'individu ou à la personne ?

Peut-on séparer l'individu de la personne ? Peut-on séparer le corps de l'esprit ? Ce caractère indivis de la personne humaine est important et justifie toutes les réflexions qui s'organisent autour de cette thématique. Ce débat qui à travers les temps s'anime montre toute la délicatesse du sujet.

Que dit la pensée africaine relativement à la personnalité. Quels sont les facteurs ontologiques en cause ?

7-LES FACTEURS ONTOLOGIQUES DE LA PERSONNALITE DANS LA PENSEE AFRICAINE

Les travaux du Centre national de la Recherche Scientifique (CNRS) sur la notion de la personnalité en Afrique en 1971, ont montré les multiples et riches facettes de la personnalité dans les différents groupes ethno-culturels africains.

Il ressort de ces groupes des points de divergences et des points de convergences.

7-1-Les points de divergences

Les déterminants physiques tel le climat, la végétation et le relief affectent les modes de domestication de la nature et partant induisent certaines attitudes et certains comportements particuliers dans la relation de l'homme à son milieu : (milieu sylvestre, milieu organique, milieu savanicole ou montagnard). La représentation de l'homme et sa relation à cet environnement indiquent des contenus

orientés et le privilège accordé aux êtres qui peuplent leur environnement immédiat tout en précisant la nature et la qualité unissant l'homme à cet univers. La prédominance des attributs de l'homme peut être d'origine métaphysique en rapport avec les esprits de l'Eau (lagune, rivière, fleuve, mer) les génies de la montagne, les esprits de la forêt... Les rites sacrificiels (propitiatoires et expiatoires) des hommes et des femmes s'engagent alors vers ces êtres pour une cohabitation et une interdépendance.

7-2-Les points de convergences

Ils sont de loin les plus denses dans la civilisation négro-africaines. Ils portent pour l'essentiel sur le corps humain et ses attributs (spirituels et non matériels).

Chez les Adjafon du Bénin, c'est par exemple le corps, l'esprit et l'âme qui constituent les référents majeurs de l'individu de sa naissance à sa mort.

Chacun de ses attributs fonctionne dans la personnalité comme un être pouvant affecter les personnes d'une manière ou d'une autre.

Chez les Baoulé de Côte d'Ivoire, c'est par exemple le corps humain, qui comporte le *Wawè* : tantôt l'âme, tantôt l'ombre ou l'une et l'autre ; ces principes ou substrats immatériels, sont ceux qui gouvernent l'être social à travers les événements fastes et néfastes.

Ces principes désincarnés mais vivants et intimement liés au corps (humain) font corps à la personne et guident sa vie.

En pays Senoufo-Tagbana, le corps est désigné par *Wrè*, c'est l'individuation de l'être humain, situé dans l'espace et dans le temps. Il fonctionne dans une structure métaphysique avec le *Gnili*

(l'esprit l'âme, l'ombre), autres principes consubstantiels au *Wrè*, corps vivant. Quand le *Gnili* quitte le corps (*Wrè*), celui-ci devient inanimé. Il cesse de vivre. Le *honri* (la pensée), le *Tiklimi* (l'intelligence), participent à la vie de *Gnili* et l'expriment à travers la volonté, la conscience et les choix qu'opère l'homme pour lui et les autres dans son processus de social.

En pays Bambara Malinké, le schéma est quasi identique, le corps c'est le *Fafu*, l'âme ou l'esprit ou l'ombre c'est le *Djah* ceux-ci sont de même nature que les autres esprits de l'univers : immortels, indestructibles.

En fait dans la perception ontologique, les principes immatériels sont en chaque homme plus important en nombre et en qualité que le corps qui n'est en fait qu'un support visible de l'homme dans son groupe social, principe d'individuation et principe vital lié à la personnalité.

C'est pour cela que toucher un des principes vitaux de la personne, c'est toucher sa personnalité et affecter, soit positivement, soit négativement l'être humain.

Si une bénédiction bonifie l'homme et ses attributs, une malédiction les touche négativement et met en cause leur dynamisme, leur évolution et leur prospérité.

La parole est donc un puissant moyen de liaison et de coordination entre tous ces principes structurants de la personnalité : le corps, l'âme, le principe vital, la volonté... Cette structuration guide le fonctionnement de la société à travers les clans et les lignages et l'anthropologie physique, sociale et culturelle, dans ses recherches, est tenue de les appréhender dans leur totalité.

CONCLUSION

La vision anthropologique de la personne humaine procède d'un long processus historique à travers les âges. Aujourd'hui l'entreprise à la recherche anthropologique est de restituer l'ensemble des données scientifiques, biophysiques, institutionnelles et culturelles dans un contexte universel pour mieux faire connaître la complexité de l'homme dans ses composants et l'affranchir de longs siècles de subjectivité, de préjugés et d'idéologies négatives. Placée au carrefour de plusieurs disciplines, l'anthropologie se veut au service des autres disciplines pour servir la science et sa vocation progressiste. Comme le veut fondamentalement la science médicale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CARREL A., 1935, *L'homme, cet inconnu*, Plon, Paris

CANGUILHEM G., 1966, *Le moral et le pathologique*, P.U.F, Paris

GRASSE P.P., 1989, *L'homme en accusation*, Albim Michel, Paris

HAMBURGER L., 1976, *L'homme et les hommes. Essai sur l'origine biologique de l'individu*, Flammarion, Paris

HERITIERE F., 1996, *Masculin/Féminin. La présence de la différence*, Odile Jacob, Paris

HUXLEY H., 1863, *La place de l'homme dans la nature*, trad., J. B. Baillière (1868), Paris

LARDIERE P., 1991, *La notion de personne héritière d'une tradition-*

Biomédecine et devenir de la personne.
Coll. Esprits-seul, Paris.

LEVI P.P., 1955, *Tristes tropiques*, Paris

LEVIS STRAUSS C., 1973, *Anthropologie structure*, Plon, Paris

LAZORTHES G., 1984, *Le cerveau et l'esprit*, Flammarion, Paris

LAZORTHES G., 2000, *Sciences humaines et sociales. L'homme, la société et la médecine*, Masson, Paris

MOUNIER, 1949, *Le personnalisme*,

P.U.F, Paris

SAPIR E., 1967, *Anthropologie*, Edition De Minuit, Paris

CELLULES SOUCHES EMBRYONNAIRES ET BIOETHIQUE

Duni SAWADOGO

*Service d'Hématologie, Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon
Université de Cocody (Côte d'Ivoire)*

RESUME

Mots Clés : Médecine Régénérative, Cellules Souches Embryonnaires ; Cellules Souches Adultes ; Bioéthique

La recherche biomédicale en matière de thérapie cellulaire se tourne vers les cellules mères. Il s'agit soit de cellules souches embryonnaires ; soit de cellules souches adultes. Les cellules souches embryonnaires proviennent :-des embryons qui n'ont pas été utilisés lors de la fécondation in vitro ; -des embryons ayant été créés spécifiquement dans le but d'être une source de cellules souches embryonnaires ; -des restes de fœtus après les avortements ; -des embryons obtenus après clonage.

Quand aux cellules souches adultes, elles sont identifiées dans plusieurs tissus adultes dont la moelle osseuse, le cerveau, le sang périphérique, le système digestif, le pancréas, etc.. surtout le cordon ombilical, particulièrement utilisé par l'école ivoirienne.

Contrairement aux cellules souches embryonnaires qui posent des problèmes éthiques graves, du fait de la destruction d'embryons humains, l'utilisation des cellules souches adultes ne donne lieu à aucune controverse particulière.

ABSTRACT

KeyWords: Regenerative Medicine; Embryonic Stem Cells; Adults Stem Cells; Bioethics.

The biomedical research in cell therapy turns to stem cells. These are embryonic stem cells or adults cells. The embryonic stem cell are from:-The embryos that have been not used during the impregnation in vitro;-The embryos especially invented in order to be a source of embryonic stem cells.-The waste of the foetus after the abortion.-The embryos got after cloning.

Concerning the adults stem cells, they are in several adults tissues such as bone marrow, the brain peripheral blood, digestive system, pancreas, etc...

Especially the umbilical cord peculiarly used by the system of education in Côte d'Ivoire. Contrary to the embryonic stem cells that arise the serious ethical problems due to the embryonic destruction, the used of adults stem cells does not give rise of any particular controversy.

INTRODUCTION

Le corps humain est constitué de différents tissus et organes ayant des fonctions bien précises. Chaque tissu est formé d'un ensemble de cellules. Les particularités d'un tissu sont liées aux fonctions qu'il exerce. Les fonctions d'un tissu sont la résultante des fonctions des cellules qui le constituent. D'une manière générale les cellules de l'organisme ont toute la même structure. Elles sont composées d'une membrane qui entoure un cytoplasme contenant un noyau. Le cytoplasme contient différentes substances et le noyau renferme le matériel génétique qui est constitué des chromosomes. Selon la nature du matériel génétique, une cellule va sécréter différentes substances et les produits de sécrétions lui permettront d'avoir un rôle bien déterminé.

Les cellules de l'organisme ont une même origine et proviennent d'un seul type de cellule qui va se différencier pour donner naissance à toutes les cellules et les tissus. Ces cellules sont appelées cellules souches ou cellules mères ou « *stem cells* » et elles existent en nombre limité. Ces cellules souches possèdent en outre deux propriétés fondamentales : l'auto-renouvellement et la différenciation. L'auto-renouvellement permet aux cellules souches, lorsqu'elles se divisent, de redonner naissance à une autre cellule souche identique à elle-même. Par la différenciation, les cellules souches se transforment en un type cellulaire spécialisé en fonction des besoins de l'organisme et de l'environnement dans lequel elles se trouvent. Dans le corps humain, il existe plus de 200 types cellulaires différents.

On distingue plusieurs types de cellules souches selon leurs capacités de différenciation : les cellules souches totipotentes, pluripotentes, multipotentes et

unipotentes.

Les cellules souches totipotentes : elles peuvent se différencier en n'importe quelle cellule de l'organisme. Elles proviennent de l'ovule fécondé ou des cellules issues des premières divisions de cet œuf jusqu'au quatrième jour (morula de 2 à 8 cellules). Ces cellules sont les seules à permettre le développement d'un individu complet à condition d'être placé *in-vivo* pour permettre une orientation de l'embryon impossible *in-vitro*.

Les cellules souches pluripotentes ont pour vocation de former tous les tissus de l'organisme. Cependant elles ne peuvent pas, seules, être à l'origine de l'être humain. Les cellules souches embryonnaires font partie de ce groupe. Elles sont présentes dans l'embryon peu de temps après la fécondation jusqu'au stade de développement dit de blastocyte où elles constituent encore la masse cellulaire interne. Elles peuvent se différencier en cellules issues de n'importe lequel des 3 feuillets embryonnaires y compris les cellules germinales.

Les cellules souches multipotentes ont leurs potentialités plus restreintes que celles des cellules souches totipotentes ou pluripotentes. Elles peuvent donner naissance à plusieurs types de cellules. Elles sont à l'origine de plusieurs types de cellules engagées ou déterminées. Elles sont présentes dans l'embryon, le fœtus ou dans l'organisme adulte.

Les cellules souches unipotentes ne peuvent produire qu'un seul type cellulaire comme la peau, le foie, la muqueuse intestinale, le testicule. Certains organes, tels que le cœur le pancréas, ne renferment pas de cellules souches et n'ont donc aucune possibilité de régénération en cas de lésion.

La médecine régénérative a soulevé une grande polémique concernant

l'utilisation des cellules souches.

I. Médecine régénérative

En 1981, EVANS J. M. et KAUFMAN M. H. (1981) ont isolé et cultivé des cellules souches pluripotentes embryonnaires de souris, ce qui lui a valu le prix Nobel de Médecine, en Physiologie, en 2007. THOMSON J.A. et al (1998). 17ans plus tard, ont identifié et cultivé des cellules souches pluripotentes issues de blastocytes humains. Ils initient ainsi ce qu'on appelle « la décade prodigieuse des cellules souches » qui va de 1998 à 2008. La thérapie cellulaire repose sur le transfert *in vivo* de cellules ou tissus produit *in vitro* pour le traitement de tissus ou organes *in situ*. La thérapie cellulaire est l'un des piliers de la médecine régénérative qui représente l'un des grands espoirs du futur. Il s'agit d'une médecine personnalisée, de traitement et thérapie préventive, adaptée à chaque individu (LACADENA J. R. , 2008). Il est vrai que d'un point de vue clinique ce serait un progrès remarquable que de pouvoir disposer de n'importe quel type de culture de cellules ou de tissus d'organes pour traiter les maladies. Les cellules souches pluripotentes sont potentiellement une source illimitée pour l'obtention de tissus ou de cellules spécifiques. Cette médecine régénérative présenterait de nombreux avantages :

a) la réparation de tissus abîmés :

Le transfert de cellules ou de tissus vers des tissus ou organes malades pourrait permettre la mise au point d'une thérapie cellulaire pour les maladies dégénératives. La régénération des neurones lésés pourrait guérir les patients atteints de la maladie de Parkinson ou d'Alzheimer. La réparation du tissu musculaire cardiaque endommagé serait le traitement curatif après un infarctus du myocarde.

b) L'étude des anomalies

génétiques :

La recherche sur les cellules souches permettrait en outre d'étudier le processus de développement biologique dès sa phase initiale et discerner ainsi jusqu' où remontent les défauts qui sont à l'origine d'anomalies chromosomiques comme le syndrome de Down ou « trisomie 21 ».

c) La recherche de nouveaux médicaments :

La recherche sur les cellules souches pluripotentes humaines peut en outre induire des changements importants dans le mode de développement des médicaments et permettre de tester ceux-ci de façon saine et sûre en les faisant réagir sur des variétés cellulaires beaucoup plus nombreuses.

II. Cellules souches embryonnaires versus cellules souches adultes et aspects éthiques

La thérapie cellulaire déclencha dès le début un problème très délicat lié à l'origine des cellules souches utilisées (LACADENA J.R., 2008). Il y avait deux alternatives avec deux camps. Il y avait le groupe de ceux qui pensaient que les cellules souches adultes avaient la capacité de réparer les tissus lésés. D'autres chercheurs par contre, estimaient que les cellules souches adultes ne possédaient pas la même capacité de différenciation et de prolifération que les cellules souches embryonnaires.

Qu'en est-il actuellement de la soi disant supériorité des cellules souches embryonnaires par rapport aux cellules souches adultes ?

Les cellules souches embryonnaires proviennent des embryons qui n'ont pas été utilisés lors de la fécondation *in vitro*, des

embryons ayant été créés dans le but de devenir une source de cellules souches embryonnaires, des restes de fœtus après les avortements, des embryons obtenus après clonage. Elles possèdent diverses caractéristiques dont une des plus importantes est d'avoir une croissance très puissante et mais aussi de pouvoir se transformer en cellules tumorales. Ce sont des cellules instables.

Les cellules souches adultes ont été identifiées dans plusieurs tissus: moelle osseuse, cerveau, sang périphérique, système digestif, pancréas, sang du cordon ombilical, vaisseaux sanguins. Elles ont été mises en évidence non seulement chez les adultes mais aussi chez les enfants et même dans le cordon ombilical. Elles sont qualifiées de « somatiques » du grec σωμα soma= le corps, par opposition aux cellules germinales. Elles peuvent être identifiées grâce à leurs marqueurs membranaires ou grâce aux colonies qu'elles forment in vitro par culture en milieu semi solide.

Il existe en plus des cellules souches pluripotentes adultes induites ou « *induced pluripotent stem cells* » qui ont été mises au point par le groupe de chercheurs dirigés par Shinya Yamanaka de l'Université de Kyoto, Japon (TAKAHASHI K. et al 2007).

Les cellules souches adultes sont des cellules indifférenciées, généralement des cellules multipotentes. Elles sont capables de donner naissance à différentes lignées cellulaires d'un tissu donné. Elles sont la base du renouvellement naturel et de sa réparation à la suite d'une lésion. Elles sont déjà utilisées dans des traitements de plus en plus d'une centaine de maladies.

Les cellules souches adultes seraient plus différenciées que les cellules souches embryonnaires. Ces premières auraient du potentiel régénératif plus restreint que les cellules souches embryonnaires. Cette affirmation a été battue en brèche par les

travaux de plusieurs auteurs dont VERFAILLIE C.M. (2002). Cette équipe a prouvé l'existence de cellules souches pluripotentes dans la moelle osseuse de l'adulte. Ces cellules ont les mêmes caractéristiques que les cellules souches embryonnaires.

Les cellules souches embryonnaires et adultes sont deux réalités biologiques différentes avec des fonctions qui sont différentes. Les premières servent à la génération d'un être humain. Les deuxièmes ont pour rôle de réparer et de régénérer les dommages dans les tissus et les organes (LACADENA J.R., 2008).

D'un point de vue éthique, l'utilisation de cellules souches embryonnaires et cellules souches adultes n'a pas les mêmes implications.

L'utilisation de cellules souches adultes ne comporte aucune réserve éthique, sauf celle générale liée aux conditions qu'il faut toujours respecter dans la recherche.

L'utilisation de cellules souches embryonnaires, par contre, implique la destruction de l'embryon. Un embryon humain n'est pas un tas de cellules, c'est un être humain. Il est doté d'une unité génétique, il est unique. Il existe une continuité biologique entre l'embryon, le fœtus, l'enfant et l'adulte qu'il va devenir. Il possède une autonomie dans son développement. Il a la capacité de développer, de contrôler, de coordonner les différentes étapes de son processus de formation (ANDOMO R., 2004). Même si les embryons n'ont pas la possibilité de vivre, ils ne peuvent tout simplement pas être utilisés comme « matériel biologique » à usage thérapeutique.

D'un point de vue éthique, nous savons que tout ce qui est techniquement possible, n'est pas éthiquement désirable. Nous savons aussi que la fin ne justifie pas les moyens et que l'homme n'est pas un

moyen mais une fin en soi même.

Pourquoi cet acharnement à travailler sur les cellules souches embryonnaires en sachant qu'elles présentent pour certains dont LOPEZ MORATALLA N. (2004) de fausses promesses concernant leur potentiel thérapeutique. Il serait ingénu de sous-estimer l'influence du « lobby » en faveur de la recherche sur les embryons et la clonation humaine. Ces groupes de pression défendent les intérêts économiques des entreprises biotechnologiques et les cliniques privées de Fécondation In Vitro (FIV) liées à des centres de recherches sur les embryons (LOPEZ MORATALLA N., 2005).

CONCLUSION

Selon le généticien italien le Professeur VESCOVI A. (2004) co-directeur de l'institut de recherche sur les cellules souches de l'hôpital Saint Raphaël de Milan, les 44 avortements spontanés qui ont lieu chaque semaine seulement dans la région de Milan seraient suffisants pour la thérapie cellulaire de plusieurs milliers de malades. « *Les véritables cellules somatiques, pluripotentes, sont celles des adultes. Les cellules souches embryonnaires sont des cellules totipotentes, elles sont faites pour créer et non pour réparer. Elles aboutissent rarement à l'effet désiré. Contrairement à ce que révèlent les moyens de communication, les cellules embryonnaires peuvent se révéler très dangereuse et aboutir à la formation de tumeurs ou de néoplasies* » VESCOVI A. (2004).

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES:

ANDOMO R., 2004, « La dimensión biológica de la personalidad humana : el debate sobre el estatuto del embrión », *Cuaderno de Bioetica* (53) : 29-36.

EVANS M.J., M H KAUFMAN, 1981, « Establishment in culture of pluripotential cells from mouse embryos », *Nature* (292) : 154-156

LACADENA J.R., 2008, «La década prodigiosa de las células troncales (1998-2008) y la medicina regenerativa», *Moralia* (31) : 65-95.

LOPEZ MORATALLA N., 2004, , «Uso terapéutico e investigación con células troncales humanas : racionalidad científica », *Cuaderno de Bioetica* (53) : 77-97.

LOPEZ MORATALLA.N., 2005, «Lobby of embryonic stem cells. Background of the cloning fraud», *Cuaderno de bioética* (58) : 419-431.

THOMSON J.A. et al , 1998, «Embryonic stem cells derived from human», *Science* (282) : 1145-1147.

VERFAILLIE C.M. et al., 2002, « Pluripotency of mesenchymal stem cells derived from adult marrow », *Nature* (418) : 41-49.

VESCOVI A., 2004, interview dans « le meeting » de Rimini (Italia), consulté sur internet (www.ZENIT.org), le 17 mai 2008

YAMANAKA S. et al., 2007, « Induction of pluripotent cells from adult human fibroblasts by defined factors », *Cell* (131) : 1-12.

LE STATUT JURIDIQUE DE L'EMBRYON HUMAIN

Bernard KOUASSI

*Affaires Civiles et du Sceau/Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme
(Côte d'Ivoire)*

RESUME

**Mots clés : Embryon,
Statut, Droit, Côte
d'Ivoire**

vocation de réguler les rapports sociaux et la vie en société en général, s'est de tout temps intéressé à la protection de la vie humaine et à son développement. L'embryon humain fait partie de ces questions nouvelles face au droit. Il s'agit d'attribuer un statut juridique à l'embryon humain garantissant ainsi son droit à la vie dès le moment de la conception.

Ce présent exposé vise à discuter le statut de l'embryon humain au regard du Droit ivoirien.

Le droit, qui a pour

ABSTRACT

**KeyWords : Embryo,
Status, Law, Ivory Coast**

Generally speaking, the law tending to make possible the social relationships and life in society has always taken an interest in the protection of human and its improvement. Human embryo is part of challenges of law. It's about to give the human embryo a legal status, protecting by so doing, his right to life when the conception movement.

This article aims at discussing the status of human embryo regarding the Ivorian law.

INTRODUCTION

Le Droit qui traditionnellement a pour vocation de réguler les rapports sociaux et la vie en société en général, s'est de tout temps intéressé au corps humain.

En effet, dans le passé, le corps humain pour ne pas dire l'homme servait chez quasiment tous les peuples d'instruments de paiements dans les rapports d'obligations ou d'instruments de vengeance ou de vérité en matière pénale.

Aujourd'hui, l'attention est beaucoup plus portée sur les services vitaux qu'un corps humain est susceptible de rendre à un autre : il en est ainsi des greffes de tissus, transplantations d'organes des prélèvements d'hormones, ainsi que des améliorations qu'il peut apporter aux organes physiologiquement déficients (cas des inséminations artificielles pour remédier à la stérilité).

Ces progrès de la science et de la technique génie-génétique soulèvent de nombreuses questions éthiques, sociétales et juridiques. Ce qui a fait dire à J. Hamburger que « à l'ombre des progrès scientifiques naissent très souvent de nombreux problèmes moraux »¹. Ces progrès scientifiques obligent à repenser le Droit traditionnel à la lumière de cette nouvelle moralité et la nouvelle éthique médicale qui s'en dégage.

C'est ainsi que les développements récents de la science dans le domaine de la reproduction humaine (clonage et

fécondation in vitro) posent avec une acuité nouvelle la question du statut juridique de l'embryon humain.

Malgré les proclamations par de nombreux instruments juridiques internationaux tels que la déclaration universelle des droits de l'homme et nationaux comme la constitution ivoirienne du 1^{er} août 2000, du caractère sacré de la personne humaine et du respect du a la vie humaine, dès son commencement, des incertitudes subsistent encore sur le statut juridique humain. En somme le problème est de savoir si l'embryon humain est une personne juridique revêtu de tous les attributs de cet état et donc sujet de droit ou tout simplement est-ce une chose qui ne peut être qu'objet de droit et donc susceptible de toutes sortes de manipulations et de transactions possibles.

Cette distinction de nature entre sujet et objet de droit n'est que la face visible ou du moins la manifestation de l'épineux problème auquel les juristes sont confrontés qui est celui de savoir si l'embryon humain est doté de la personnalité juridique et partant de quelle protection juridique peut il bénéficier.

L'analyse du Droit positif ivoirien laisse apparaître que la personnalité juridique de l'embryon est incertaine et sa protection juridique subséquente est quasi inexistante.

I- L'EMBRYON HUMAIN : UNE PERSONNALITE JURIDIQUE INCERTAINE

la personnalité juridique est généralement définie comme l'aptitude à être titulaire de

Voir J. Hamburger, progrès de la recherche médicale et devenir de la santé, la presse médicale, 9juin 1984.

droits et obligations. Être une personne pour le juriste c'est donc être doté de la personnalité juridique c'est à dire de la qualité de sujet de droit. C'est en d'autres termes être titulaire de droits subjectifs, patrimoniaux, extrapatrimoniaux et être doté des traditionnels signes de la personnalité qui permettent de repérer les sujets de droits dans la société (état civil, nom et domicile).

L'objet de droit en revanche est ce sur quoi porte le droit. C'est ainsi qu'on distingue en droit la personne et la chose. Tandis que la personne est sujet de droit donc titulaire de droits et obligations, la chose n'est qu'objet de droit.

Traditionnellement le Droit positif fait apparaître la personnalité à la naissance pour la faire disparaître à la mort de l'individu. D'où le principe de la négation de la personnalité juridique avant la naissance (A), mais le droit positif fait remonter dans certains cas l'acquisition de la personnalité juridique à la conception (B).

A- Le Principe de la négation de la personnalité juridique avant la naissance

Être une personne juridique pour le juriste, c'est être doté de la personnalité juridique, c'est à dire de la qualité de sujet de droit.

En principe tout être humain acquiert à la naissance la personnalité juridique. Mais la naissance à elle seule n'est pas une condition suffisante. L'enfant doit, certes naître pour acquérir la personnalité juridique mais il doit naître vivant et viable.

S'il semble aisé de comprendre les notions

de naître et de naître vivant qui traduisent d'une part l'expulsion du fœtus du sein de sa mère en acquérant ainsi une autonomie biologique et d'autre part la possession du souffle de vie par la respiration, celle de viabilité paraît quelque peu difficile à cerner surtout que le législateur qui s'en réfère abondamment n'en donne pas pour autant la définition. En effet les articles 5 de la loi n°64-379 du 07 octobre 1964 relative aux donations entre vifs et aux testaments font de la naissance viable une condition pour que l'enfant simplement conçu au moment de l'ouverture d'une succession soit capable de succéder à une donation faite à un enfant conçu.

La viabilité, en se fondant sur la doctrine française, peut être définie comme l'aptitude à la vie, laquelle se manifeste pour certains par la maturité suffisante du fœtus, pour d'autres la bonne conformation de celui-ci. La conséquence de la viabilité et de la non viabilité est l'acquisition ou non de la personnalité juridique. L'enfant né viable acquiert la personnalité juridique alors que ne l'acquiert pas celui qui ne naît pas viable.

En appliquant ce principe on peut conclure qu'à priori l'embryon humain n'a pas la personnalité juridique car ne remplissant pas encore les conditions d'acquisition de celle-ci que sont la naissance vivant et la naissance viable.

Mais ce principe de l'acquisition de la personnalité juridique à la naissance connaît une exception.

B- L'Exception de l'acquisition de la personnalité juridique à la conception

Le début de la personnalité juridique peut exceptionnellement être rapporté à la conception. Cette exception trouve son origine dans l'adage romain érigé au rang de principe général de droit par la cour de cassation française. C'est la maxime « *infans conceptus pro nato habetur quoties de eus commoditiis agitur* ». L'enfant conçu est considéré comme né chaque fois qu'il y a un avantage.

Cette maxime est reconnue en Droit ivoirien. En effet, l'article 5 de la loi n° 646379 du 7 octobre 1964 relative aux successions reconnaît la vocation successorale à l'enfant conçu à condition qu'il naisse vivant et viable.

La maxime de « l'infans conceptus » permet donc de faire remonter la personnalité juridique à la conception dont la date approximative se détermine par le calcul de la période légale de conception qui est une période de 120 jours se situant entre le 180ème jour et le 300ème jour avant la naissance.

Cependant diverses doctrines s'affrontent quant à la nature de cette personnalité juridique que la maxime de l'infans permet de faire remonter à la conception. Certains estiment qu'il s'agit d'une personnalité fictive qui rétroagit au jour de la conception pour permettre à l'enfant né de tirer avantage d'une situation préexistante à sa naissance. D'autres estiment que la dite maxime permet de reconnaître à l'embryon une personnalité réelle.

Pour les tenants de la thèse de la fictivité l'enfant est « *pro nato habetur* » c'est à dire né, en application de la maxime de « l'infans conceptus ». Cet adage consacrerait, selon eux, une fiction de la

personnalité juridique c'est à dire ferait rétroagir la personnalité juridique une fois que ce dernier vivant et viable, au jour de sa conception. Pour cette doctrine c'est la personnalité juridique de l'enfant conçu qui est fictive alors que la personne physique et avec elle la personne juridique de l'enfant n'existe pas, le droit traite l'enfant conçu comme une personne physique et donc comme une personne juridique.

Au total pour cette thèse, avant la naissance, l'embryon n'est pas une personne juridique. La personnalité juridique étant conférée par la loi, il appartient au législateur de trancher la question, la doctrine et la jurisprudence ne saurait se substituer à la loi. Une des faiblesses de cette thèse est qu'elle n'appréhende le statut de l'embryon au regard du droit positif et continue de traiter l'embryon comme une partie intégrante de la matrice maternelle, alors qu'aujourd'hui les progrès scientifiques dans le domaine de la reproduction humaine permettent d'établir que l'embryon a une existence propre dès la fécondation et suivra un processus à différents stades de son développement.

A l'opposé de cette thèse de nombreux scientifiques considèrent que l'être humain existe dès la fécondation puisque la fusion des chromosomes apportées par le père avec ceux apportées par la mère se produit à l'instant même où le spermatozoïde rencontre l'ovule, si bien que l'œuf fécondé est génétiquement totalement défini dès cet instant initial.

Pour les tenants de cette thèse, il y aurait personnalité juridique de l'enfant conçu par anticipation : l'enfant conçu serait une personne juridique par anticipation de la

personne physique née qu'il préfigure. Le constat de la réalité présente et à venir (la personne née est entièrement en germe dans la personne à naître : il y a donc fiction de personnalité) fonderait la mise en œuvre par le droit de la technique de l'anticipation, consistant à appliquer immédiatement à l'enfant conçu, non encore né, le statut devant lui être appliqué après sa naissance.

Sans doute cette théorie de l'anticipation pourrait elle expliquer la substance de divers avis du comité consultatif national d'éthique. Ce dernier avait en effet affirmé que « l'embryon ou le fœtus doit être considéré comme une personne humaine potentielle qui est ou a été vivante et dont le respect s'impose à tous ».

On constate qu'en définitive l'attribution de la personnalité juridique à l'embryon n'épuise pas complètement la question du statut de l'embryon. Car comme le soutient le Professeur Aude Mirkovic être une personne ne se réduit pas à avoir ou non la personnalité juridique. Une personne humaine, dépourvue de la personnalité juridique, n'en appartient pas moins à la classe des personnes comme ce fut le cas pour les esclaves². Même si l'unanimité ou du moins une grande majorité de personnes et d'institutions nationales ou internationales s'accordent à dire que l'embryon n'est pas une chose, très rare demeure les législations qui ont affirmé de manière radicale et claire que l'embryon est un être humain et prévu les dispositions

2 En France la loi du 24 avril 1833 désignait les esclaves sous le terme de personne non libres n'ayant pas la personnalité juridique mais la chambre criminelle de la cour de cassation, dans un arrêt du 8 février 1839 a explicitement dit que cette loi a formellement rangé les esclaves dans la classe des personnes.

idoinces à sa protection. C'est cette tergiversation qui justifie que l'embryon est tantôt considéré comme une personne sous condition suspensive de naissance, tantôt comme une personne potentielle ou en devenir.

Le législateur doit intervenir pour prendre une position sans ambiguïtés en affirmant la personnalité juridique de l'embryon eu égard à la reconnaissance quasi unanime que, dès la fécondation, l'embryon est une personne humaine et prévoir un dispositif spécifique pour assurer sa protection et la défense de ses droits. Car en l'état actuel des choses, la protection juridique de l'embryon est largement tributaire des incertitudes sur sa personnalité juridique.

II-L'EMBRYON HUMAIN : UNE PROTECTION JURIDIQUE QUASI-INEXISTANTE

L'ampleur de la protection reconnue à l'embryon humain est largement tributaire du statut juridique à lui reconnue relativement à la personnalité juridique.

Le dispositif de protection varie selon qu'il s'agit de protéger la vie et l'intégrité physique (A) ou de respecter sa dignité (B).

A- La Protection pénale insuffisante contre les atteintes à la vie et à l'intégrité physique de l'embryon

Il se pose d'une part le problème de l'avortement ; et d'autre part, des atteintes à l'intégrité physique de l'embryon

1- La Question de l'Avortement

En Droit ivoirien, conformément à l'article 366 du code pénal, l'avortement est une infraction pénale. En effet l'article 366 précité dispose quiconque, par aliment, breuvage, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen procure ou tente de procurer l'avortement à une femme enceinte, qu'elle y ait consentie ou non est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 150.000 à 1.500.000 Frs CFA.

L'alinéa 3 ajoute « est puni d'un emprisonnement de six mois à deux mois et d'une amende de 30.000 300.000 Frs, la femme qui se procure l'avortement à elle même ».

A la lecture de ce texte, on est amené à se demander si c'est l'embryon ou le fœtus que le législateur a voulu protéger ou si c'est la femme enceinte qui est l'objet de la protection.

La question est d'autant plus préoccupante qu'à aucun moment dans le texte, il n'a été fait référence à l'embryon ou au fœtus, pourtant il y est question de la femme enceinte.

En outre, on note que le législateur est particulièrement clément vis-à-vis de la femme qui se procure à elle même l'avortement alors qu'il inflige une peine plus lourde au tiers qui poserait un tel acte.

On peut en déduire de ce dispositif légal que la législation en incriminant l'avortement n'a pas voulu protéger l'embryon mais plutôt la femme enceinte.

Peut-on en conclure que le législateur a voulu ainsi éviter la question de la

personnalité juridique de l'embryon. On est tenté de le croire. Car il ressort clairement de l'article 361 qu'est qualifié infanticide : le meurtre d'un enfant dans le mois de sa naissance. Tandis que dans le texte sur l'avortement, il n'est nullement fait référence à l'embryon. En outre il faut noter qu'aux termes de l'article 367 du code pénal, lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée pour la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée, il n'y a pas d'infraction. Là encore, on constate que c'est la vie de la femme qui est protégée au détriment de celui de l'embryon.

Au total, on peut retenir, qu'il découle de cette disposition que le législateur ivoirien, protège certes l'enfant par ricochet en protégeant la femme enceinte, mais qu'il n'a pas encore fait de choix, celui concernant le statut juridique de l'embryon. Sinon, pourquoi ne pas sanctionner des mêmes peines que l'infanticide quiconque attenterait volontairement à la vie de l'embryon ou du fœtus.

2- Les Autres Atteintes à l'Intégrité Physique à la Vie de l'Embryon

Le problème s'est posé de savoir si l'embryon peut être victime d'une infraction pénale.

Ici encore demeure en toile de fond la question de la personnalité juridique de l'embryon pour bénéficier de la protection pénale.

L'Assemblée plénière de la cour de cassation française a jugé qu'un chauffeur ivre qui avait percuté le véhicule d'une femme enceinte de six mois ne pouvait être

poursuivi d'homicide involontaire aux motifs que l'enfant mort né n'est pas protégé pénalement au titre des infractions sur les personnes. Pour qu'il y ait personne, il faut qu'il y ait un être vivant, c'est à dire venu au monde et non encore décédé.

On retient de cette jurisprudence (décision) que l'embryon humain ne bénéficie pas de la protection pénale en raison du principe de la légalité des peines et des délits. En vertu de ce principe une telle solution serait reconduite par les juridictions ivoiriennes saisies d'un cas similaire. Le droit pénal actuellement applicable ne prévoyant pas incriminations spécifiques relatives aux embryons. Pour le faire il faut une intervention du législateur pour créer soit des incriminations adaptées à son statut ou pour lui étendre l'application de celles existantes en précisant simplement qu'à cette fin, l'embryon ou le fœtus est une personne.

B- La Non Protection de l'Embryon Humain contre les Atteintes à sa Dignité

Le problème éthique que pose le développement de la procréation médicalement assisté, c'est le danger que l'embryon ne soit considéré comme une chose et le cas échéant utilisé comme un matériau.

En Côte d'Ivoire malheureusement cette activité n'est pas encore encadrée par des dispositions réglementaires ou législatives alors que la procréation médicalement assistée se développe de plus en plus. La fécondation in vitro donne lieu à des manipulations qui instrumentalisent l'embryon. Par exemple on note en la matière que des embryons sont conçus dans un tube à essai et implantés, ensuite

dans le corps de la femme. En général selon l'avis de certains médecins plusieurs embryons sont ainsi fécondés et souvent plus d'un sont implantés pour accroître les chances de réussite de l'opération. Mais parfois certains sont détruits pour permettre le développement de l'autre. En outre, avec le développement des sciences génétiques, cette technique peut être l'occasion pour certains scientifiques de pratiquer l'eugénisme. C'est pourquoi dans plusieurs pays européens des dispositions sont prises pour encadrer cette activité. Cette réglementation est plus ou moins rigoureuse selon le statut conféré à l'embryon.

Ainsi en Allemagne, par la loi du 13 novembre 1990 sur la protection de l'embryon, le législateur assimile celui-ci dès son origine à une personne. Il interdit toute recherche sur l'embryon quand elle n'a pas pour but de protéger l'embryon concerné. Cette législation interdit également la constitution de banque d'embryons, sélection du sexe, fécondation post-mortem, clonage et création de chimères et d'hybrides.

Le Royaume Uni distingue le pré embryon de l'embryon. Sur cette base, il a autorisé les recherches sur l'embryon in vitro.

En France, le législateur par la loi du 29 juillet 1994 a affirmé le principe selon lequel la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il a en conséquence interdit les recherches sur l'embryon. Cependant, la loi a admis à titre exceptionnel que l'embryon in vitro puisse faire l'objet d'un diagnostic préimplantatoire.

Ce faisant, le législateur a mis en place des

règles concernant les embryons surnuméraires : Ils peuvent être accueillis par d'autres couples autres que celui de ses géniteurs ou être détruits si leurs durée de conservation est au moins de cinq ans. Le principe de respect de tout être humain dès le commencement n'est ainsi pas applicable aux embryons fécondés in vitro.

Il faut cependant noter que la recherche d'un équilibre entre la protection d'un embryon in vitro et la volonté de ne pas remettre en cause certaines avancées de l'assistance médicale à la procréation a conduit les autorités française a reconsidéré leur position.

Anisi, la loi 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique a-t-elle admis de nombreuses dérogations ; il s'agit notamment :

- De l'autorisation des recherches sur l'embryon et les cellules embryonnaires pour une période limitée à cinq ans.

- De l'autorisation du diagnostic biologique effectué à partir des cellules prélevées sur l'embryon in vitro à titre exceptionnel pour guérir un enfant atteint d'une maladie incurable grâce à la naissance d'un enfant indemne (bébé dit « double espoir » ou « bébés médicaments »).

En Côte d'Ivoire, il est impérieux que le législateur intervienne pour trancher la question comme en Droit allemand en affirmant la qualité de personne humaine à l'embryon. Il est vrai que « la question est avant tout philosophique et présente des aspects scientifiques. Pourtant, il faut partir

de la vérité, de la valeur ontologique de l'embryon humain pour élaborer une loi juste qui servira de norme à la société entière

CONCLUSION

Au total, il faut noter que la meilleure protection de l'embryon viendra sûrement de la définition d'un statut juridique clair et sans équivoque, sortant ainsi des sentiers battus des qualifications fantaisistes du genre « personne humaine potentielle », « personne conditionnelle », « personne juridique sous condition suspensive ou résolutoire ». Cela est certes le devoir du législateur, mais il ne faut pas perdre de vue que la loi n'est que l'expression des aspirations du peuple et des citoyens.

Chaque membre du corps social est en situation face à cette question et doit se déterminer. Il paraît essentiel comme le dit Philippe PEDROT, s'agissant du statut de l'embryon, d'opérer le passage de l'éthique au droit.

L'embryon reconnu pratiquement partout comme étant un être humain doit avoir le même traitement et la même protection que tous les êtres humains car comme le dit l'instruction sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation : « aucune finalité, même noble en soi comme la prévision d'une utilité pour la science, pour d'autres êtres humains ou même la société, ne peut en quelque manière que ce soit justifier l'expérimentation sur des embryons ou des fœtus humains, viables ou non, dans le sein maternel ou en dehors de lui ».

ANTHROPOLOGIE DE LA MORT : L'EXPERIENCE AFRICAINE

François Kouakou N'GUESSAN

Président Honoraire de l'Université de Bouaké (Côte d'Ivoire)

RESUME

**Mots Clés : Vie, Sante,
Maladie,Mort,
Anthropologie, Afrique**

Ce bref exposé se propose de :

- 1-parcourir l'itinéraire énigmatique : vie, santé, maladie, mort ;
- 2-définir les différents types de mort ;
- 3-discerner la perception africaine de la mort ;
- 4-d'analyser l'anthropologie religieuse, les rites funéraires et la perspective Mort-Vie

En conclusion, nous retiendrons que l'anthropologie de la mort s'inscrit dans un grand cercle où l'homme grandit avec des forces matérielles et surtout immatérielles.

ABSTRACT

**KeyWords : Life,
Health, Disease, Death,
Anthropology, Africa**

This short communication is about to:

- 1-glance at the enigmatical itinerary: life; health; disease; death
- 2-define the different types of death
- 3-discern the African perception of death
- 4-analyse the religious anthropology, the funeral ritual and the perceptive death -life-

To sum up, let's say that the anthropology of death is part of wide circle where man grow up with material forces and particularly immaterial ones.

1- INTRODUCTION : DE LA VIE A LA MORT

La thanatologie (étude de la mort) a toujours intéressé les anthropologues africanistes pour la richesse des valeurs qu'elle comporte sur la vie et les vivants.

La vie de l'individu s'inscrit dans deux repères spatio-temporels : sa naissance d'une part et sa mort d'autre part. L'itinéraire qui sépare ces deux bornes contient toute son histoire individuelle sociale et humaine.

La mort est-elle un terme à cette vie ? Quelles sont les différents types de morts ? Autrement dit, toutes les morts sont-elles identiques en Afrique ? Qu'est-ce que la mort elle-même ? Que représente-t-elle ? Met-elle réellement fin à la vie ? Quel rôle joue la sorcellerie dans les histoires de la mort en Afrique ? Quelle part le spirituel tient-il dans le phénomène mort et quelle perspective ouvre la mort ?

1-1. Vie-Santé-Maladie-Mort : L'Itinéraire énigmatique

La naissance ouvre la porte à la vie et la vie sollicite la santé pour se maintenir et « être ».

Aussi la naissance marque-t-elle le début d'un processus dans l'histoire de la mort car elle est porteuse d'une promesse de vie, faite d'interrogations, d'attentes et d'objet de beaucoup de supputations. Aussi la mentalité

africaine entoure la naissance, en général, de grands soins qui commencent dès la grossesse.

La future naissance donne lieu à des soins prénataux que parents et tradipraticiens entourent de précautions avisées : Médecines préventives ; alimentation sélective, observations d'interdits alimentaires et totems et tabous relatifs à la bonne conduite des neuf mois de grossesse.

Dès la naissance s'enclenchent d'autres sens de soins gynécologiques obstétricaux et pédiatriques afin d'assurer à la mère et au nouveau-né vie, santé et mieux-être.

La naissance est pour l'ensemble de la famille et des familles alliées source de réjouissances dont les articulations sont les soins quotidiens, le don des nom(s) de l'enfant (nom calendaire, nom maxime, nom théophore) ; son initiation pour en faire un homme et le faire sortir de l'animalité et de la réification.

La maladie, lorsque survient une affection le soustrayant de sa socialisation, la communauté procède à des soins grâce à des personnes censées détenir les connaissances médicales nécessaires au rétablissement de sa santé (paludisme, diarrhée, toux, maux de ventre ...). Le recouvrement de la santé resocialise l'individu en autorisant son implication à la vie collective, sociale, économique, religieuse et politique.

La mort quand elle intervient, elle brise un parcours et interrompt un processus. Son caractère dramatique et inopportun est alors décrié et ses causes recherchées dans la chaîne non logique de son explication.

Ni l'âge avancé, ni une maladie identifiée, ne peuvent donner arguments suffisants pour justifier la cause de la mort. Celle-ci est toujours perçue et vécue comme une énigme. **Pourquoi la mort ?** Les réactions, propos et interrogations qui fusent à l'annonce d'un décès sont symptomatiques de ces questions qui s'évanouissent dans la douleur des hommes, des familles et de l'ensemble de la société. **Pourquoi la mort ?**

Tout se passe comme si elle ne devrait jamais intervenir et pourtant on la sait inéluctable. Bien qu'on le sache, on ne l'accepte jamais, à quelques exceptions près.

1-2- Les différents types de mort

En Afrique noire toutes les morts ne sont pas identiques. Cette non identité n'est pas attachée aux statuts des individus ni à un quelconque cordon socio-économique. Il y a des morts « tolérées » et des morts « inacceptables ».

Les morts « tolérées » sont celles qui surviennent au terme d'une maladie de la sénescence (vieillesse), de quelques accidents classés recevables. Il est entendu que les présomptions de guérison sont examinées avec inquiétude quand survient une maladie ; l'on soupèse les pronostics de guérison comme celles des échecs éventuels traduits en morts. La mort dans

ce cas rentre dans l'ordre du possible.

La vieillesse est aussi jugée comme un itinéraire dont le terme est la fin de la vie. Certains accidents, chasse, chute d'arbre, feu de brousse ou autre peuvent être comptés parmi les morts « tolérées ». Dès que celles-ci surviennent, sont prises des dispositions funéraires propres à la culture des groupes sociaux pour les formalités d'usage.

Les « morts non tolérées » sont d'une autre nature. Par exemple le suicide, du fait de la provocation volontaire de la mort, celle-ci est refusée et considérée comme indigne, inacceptable et auto-pénalisante.

En pays Akan, par exemple se trouve une catégorie de morts « non tolérées » appelées « *Fewa* ». Cette catégorie de morts se rapporte aux morts survenant au premier enfant d'une mère, à un enfant jumeau ... Dans ce cas, les cérémonies funéraires sont dépouillées et s'exécutent rapidement et sobrement avec une économie maximum de lamentations et de complaints. Il s'agit par cette attitude de dissuader l'esprit de mort et l'éloigner de la famille par des rites de propitiation. Au-delà de ces cas d'espèces, qu'elle est la perception africaine profonde de la mort ?

2- LA PERCEPTION AFRICAINE DE LA MORT

Que signifie en Afrique la mort ? Est-elle une fin ou marque-t-elle une pause dans la continuité ? Toutes les morts sont-elles naturelles ? Passives ou certaines sont-elles provoquées ? Dans ce cas-ci pourquoi et en

quelles circonstances provoque-t-on la mort ? Quelle sens donne-t-on à une telle ?

2-1 La mort : fin de continuité

Si la mort avec l'absence du principe vital marque une fin traduisible par la transformation du corps naturel (tangible), la mort se traduit aussi par une perte, une disparition avec l'ensevelissement du cadavre ; c'est une fin apparente qui donne lieu à de nombreuses lamentations (chœur des pleureuses ... expression de douleurs ...).

Avec la notion de l'Au-delà

-*kouhou-kaha* (le séjour des morts) : en Sénoufo

-*Laharah* (Malinké)

-*Bloloh* (Dans le merveilleux ou l'Au-delà en Baoulé traduisant un nouveau milieu de vie où sont transférés les principes vitaux immortels toujours rattachés au défunt).

Ce passage de la vie de la terre à la vie de l'Au-delà, marque une véritable transition. Il ne s'agit donc pas d'une fin avec la mort mais d'un changement locatif, donc il s'agit d'une continuité sous des formes de représentations différentes. Ce qui peut paraître comme un privilège (la transmutation) n'est pas reconnu ni accordé à certains morts. Desquels s'agit-il ?

2-2 Morts ou meurtres : causes et sens

En se référant à l'anthropologie sociale et culturelle africaine, on relève ce que juristes et hommes de lois appelleraient violation grave des droits de l'homme, attentat à la vie, ou meurtres. De quoi s'agit-il ?

L'univers censé être peuplé d'esprits bénéfiques et maléfiques comporte des peines et des épreuves que ces esprits ou génies infligent aux hommes. Les relations entre les partis parfois conflictuelles peuvent se solder pour des drames consécutifs aux non respects des engagements des humains. A titre d'illustrations, retenons quelques cas relevés :

Dans le Baoulé Ancien (ailleurs aussi), l'enfant difforme (hydrocéphale) et/ou avec une infirmité corporelle (6 doigts, borgne) était considéré comme « non conforme ». Un tel enfant devait être « raccompagné » à son lieu de « provenance ». Il devrait rester dans la douchière (Abialiè) et non rentrer à la « maison » : les portes de la famille lui étaient fermées. Les matrones l'aidaient en cela. Les enfants de mauvais sort comme on pouvait les désigner étaient privés de vie car dans la conscience collective, renforcée et entretenue par les traditions culturelles, ces « enfants marginaux » convoaient le malheur, l'infertilité des sols, l'infécondité des femmes et d'une manière générale, la mort et des calamités individuelles et collectives. Il fallait leur renvoyer leur mauvais sort. A côté de ces cas extrêmes, se trouvaient d'autres moins dramatiques à considérés comme enfants marginaux.

Par cas marginaux dans la naissance il faut inscrire en pays Akan :

-Les enfants nés avant le rite purificateur du « lavement », rite de reconnaissance de la féminité et de l'intégration maternelle. Ce rite donne droit aux mariages (généralement précoces) et aux rapports sexuels, partant à l'enfantement.

En dehors de ce rite d'ablution, toute grossesse qui survient est « désavouée ». L'enfant impur faute de le renvoyer à ses origines à partir de l'*Abialiè* (douchière), fait l'objet d'autres rites de purification et d'intégration sociale. Cet enfant est l'équivalent du *Daga-de* en Malinké-Bambara, et qui est l'enfant de malédiction. La mère, le géniteur et la famille de cet enfant sont disgraciés.

Ceci dit, il faut reconnaître que l'enfant est partout considéré comme source de bénédiction, de prospérité potentielle et de richesse. Aussi magnifie-t-on la mère qui a une nombreuse progéniture (cas de la dizaine naissances en pays Abouré où les femmes qui ont atteint cette performance sont collectivement célébrées). La mort est certes partout vécue comme une grande affliction parce qu'elle traduit une perte. Néanmoins, toutes les morts ne sont pas des disparus. Au-delà de l'invisibilité physique dont la mort nous afflige, certains de ces morts sont considérés comme vivants dans la mort et au-delà de la mort. Qui sont-ils et pourquoi sont-ils ainsi considérés ?

2-3 Pourquoi les morts ne sont-ils pas morts ?

C'est le poète et homme de Lettre Sénégalais Birago Diop qui a écrit que les Morts ne sont pas morts. Ils sont là dans le feu qui bruit dans le murmure du ruisseau,

dans le souffle du vent ... Les morts ne sont pas morts ...

Effectivement dans la pensée africaine certains morts continuent de partager avec les vivants de nombreuses activités, ils intercèdent pour les vivants, soutiennent leurs efforts sous forme d'actions transitives pour répondre favorablement à leurs besoins.

De nombreux rites post-mortem souvent renouvelés indiquent leur présence et justifient le discours qui leur est tenu sous forme de prières, de sollicitations (activités champêtres, événements heureux ou malheureux ...).

On parle aux morts comme on parle aux vivants. Si le dialogue est médiatisé, il demeure (devin) permanent car l'on considère que dans l'au-delà (*Bloloh ; Kouhou kaha*) ils entendent, voient, apprécient et peuvent intervenir. Ils n'abandonnent pas les humains.

Leur nouvel état (ou statut) d'esprit les rendraient d'ailleurs encore plus aptes pour ces sollicitations. Les libations à l'eau ou à l'alcool (besoin) l'invocation du ciel et de la terre, des ancêtres, sont des manifestations quotidiennes en Afrique, devenues routinières parce les morts ne sont pas morts et sont encore à l'écoute des vivants. Le culte des ancêtres s'inscrit dans cette logique quasi religieuse. On peut se référer à ce cas de sollicitation d'un jeune Azindé (Afrique centrale) rapporté par Levy-Bruhl dans son ouvrage intitulé *L'âme primitive*. Ce jeune citadin venu au village participer aux obsèques de son père, décide de lui parler avant de regagner la ville, son lieu de travail et de résidence,

il se rend avec un coq et de la boisson sur la tombe de son père et lui adresse ces paroles : « Père tu es parti, je suis maintenant tout seul avec mes oncles. Demain je retourne à la ville veille sur moi, fais que j'obtienne une promotion et que je sois apprécié par mes chefs hiérarchiques, que j'ai beaucoup d'argent pour venir construire une maison ici, au village, et qui soit digne de toi. Donne-moi la santé et protège-moi ... ».

Cet exemple n'est pas un cas d'espèce seulement chez ce jeune Azindé, mais se retrouve partout en Afrique. Les rites post-mortem sont ainsi une voie quasi religieuse que soutiennent les religions, telle que le montre l'anthropologie religieuse.

3-LES CONTRIBUTIONS DE L'ANTHROPOLOGIE RELIGIEUSE

D'une manière générale, les religions traditionnelles et révélées s'intéressent à la mort tout comme elles font pour la vie. Toutefois, on notera un phénomène spécifique en Afrique qui est la place importante de la sorcellerie dans le phénomène religieux et la mort qui est dans ses périphériques.

3-1 Les religions révélées et la mort

Les doctrines spirituelles des religions révélées nous disent à travers les livres saints que la mort n'est pas une fin mais un passage de la terre au ciel. Ainsi, doit-on prier pour le mort afin qu'il bénéficie de la clémence de Dieu (Allah) pour la rémission de ses péchés et pour accéder à la félicité éternelle. « *Sur le seuil de sa*

maison, notre père t'attend et les bras de Dieu s'ouvriront pour Toi ».

3-2 Les religions traditionnelles africaines

La tradition vénère les morts si l'on tient compte des relations permanentes de sollicitations et de suppliques adressées aux morts en toute circonstance ; sarclage, semailles, moisson, fêtes des ignames, mariages, baptêmes, demande d'emploi, voyages. Le culte des morts est vivace. Les rites sacrificiels animaliers souvent rendus aux morts et assortis d'oracles des devins (*komiens, N'gognumanfwè, Sandogo, Tchèfolo*) ouvrent la porte au dialogue vivants-morts, aux danses sacrées (masques, fêtes de générations).

Ces religions traditionnelles gravitent autour d'un phénomène majeur plus ou moins connu : c'est la sorcellerie.

3-3 Le phénomène de la sorcellerie

Ce phénomène social très souvent évoqué dans les malheurs (accidents, maladie, mort, échec ...) est entouré d'un épais voile pudique. Certains en nient l'existence, d'autres l'assimilent aux superstitions, quand beaucoup d'autres le craignent sérieusement.

Je ne me hasarderai pas à définir la sorcellerie ne sachant pas avec précision ses articulations et son contenu. Cependant, de l'approche anthropologique qu'on en a, on peut considérer la sorcellerie comme une manifestation de démolition et de destruction entretenue par des confréries spirituelles en mal

d'expression de puissance. Ces manifestations multiformes portent sur toutes les formes de blocages, d'échecs de pathologies, jusqu'à la mort subite consécutive à une maladie.

Son champ d'action est infini et s'étend à toutes les activités humaines et à toute l'existence. La sorcellerie dans sa vocation destructrice s'attaque au principe de vie. *Ngouan-Gnuwie-shi* en langue Akan, Senoufo et Malinké.

Il s'agit de perturber l'individu ou la collectivité par l'insuccès, le mal et le malheur. Distinguons cinq (5) caractéristiques de la sorcellerie :

3 -1- La vocation au mal

La sorcellerie a pour principe ou vocation, la destruction de la société et de l'univers. Par cette option, elle sème la discorde, mort et mal dans ses manifestations quotidiennes et circonstanciées.

Les sorciers ou encore *le Baefwè- le Subaga, le Lekpo* sont aussi des faiseurs de mal ; les senoufo leur opposent le Djafolo avec la confrérie des initiés et des masques.

3 -2- Le symbolisme

Le Symbolisme est un des modes opérationnels par excellence de la sorcellerie. Elle part de l'homme, de ses attributs (nom, prénom, vêtements, et autres apparences) pour posséder sa victime et en disposer.

3 -3- Le langage et la langue

Les modes de communications sont certains langages (vent, souffle...) utilisés sous forme matérielle et masquée pour toucher les victimes. La parole est associée au langage pour éprouver et contraindre.

3 -4- La formation associative

La formation associative est aussi significative du mode sorcier. On opère par groupements hiérarchiques et organisés. Dans cette division sociale des tâches, les femmes généralement tiennent un rôle majeur du fait de leur puissance naturelle (donneuse de vie).

3-5-La famille et la consanguinité

C'est par la famille et le biais de la consanguinité que se déclenche l'action maléfique sorcière ; d'où l'intérêt de l'association : seule la famille est habilitée à livrer et à autoriser une capture d'un membre de la famille. La consanguinité donne droit à la levée de la protection et facilite les interventions de capture et/ou de possession ou de dépossession.

Une fois la mort consommée, il faut gérer les activités post-mortem par les funérailles et ses perspectives.

4- LES RITES FUNERAIRES ET LA PROSPECTIVE

Les funérailles sont un type de manifestations lié à la mort et aux obsèques. L'on considère qu'un « homme

de bien » doit bénéficier de funérailles dignes. Cette dignité rime avec honneur, démonstration de pouvoir économique. Il s'agit dans cette logique de dépenses ostentatoires et démonstratives honorant plus les vivants, auteurs de ces déploiements de biens que les morts.

Pour parvenir à cette fin, l'on n'hésite pas à s'endetter, pour soi-disant, enterrer dignement son mort : victuailles, chants, danses, objets d'apparats ... sont exhibés dans une perspective concurrentielle souvent anti-économique.

Il n'est pas rare de voir des enfants s'endetter sur un long terme pour rendre « honneur » à coût élevé, plombant parfois la vie des vivants.

5- CONCLUSION

La perspective des funérailles et l'approche anthropologique de la mort révèle que les ancêtres « reviennent dans le monde des vivants » pour à nouveau prendre part sous la forme des nouveau-nés à la vie du lignage.

Les noms des enfants (homonyme) laissent entrevoir ces formes de réincarnation qui autorisent le renouvellement des cycles de vie.

L'on peut retenir que l'anthropologie de la mort s'inscrit dans un grand cercle où l'homme cohabite avec des forces matérielles et surtout immatérielles et joue le jeu de l'existence dans les nuances de sa coordination.

La Vie – la Santé – la Maladie et la Mort se trouvent au plan anthropologique dans

la même sphère existentielle où les données spirituelles et psychologiques l'emportent sur les données biologiques.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

ALTHABE G., SELIM M., 1998, *Démarches ethnologiques au présent*, L'Harmattan, Paris

AUGE M., COLLEYN J.P, 2004, *L'anthropologie*, Presses universitaires de France, Paris

AUGE M., 1994, *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Aubier, Paris

BAMUNOBA Y.K , ADOUKONON B.A, 1979, *La mort dans la vie africaine*, Présence Africaine, Paris

BALANDIER G., 1955, *Sociologie actuelle de l'Afrique noire ; dynamique des changements sociaux en Afrique centrale*, Presses universitaires de France, Paris

BALANDIER, G., 1974, *Anthropologiques*, Presses universitaires de France, Paris

EVANS-PRITCHARD E.E., 1972, *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azindé*, Gallimard Paris

KOSSOU B. , 1971, *SE et GBE, Dynamique de l'existence chez les FON*, Thèse de doctorat de philosophie, Paris-Sorbonne

KOUAKOU N. F., 1979, *Le sens de la Fraternité en Afrique de l'Ouest* ,
Thèse de Doctorat d'Etat ès-Lettres et
Sciences Humaines, Paris-Sorbonne

LEVI-STRAUSS C., 1947, *Structures élémentaires de la parenté*, Presses universitaires de France, Paris

MAUSS M., 1968, *Sociologie et anthropologie*, Presses universitaires de France, Paris

THOMAS L.V, 1978, *Mort et pouvoir*, Payot, Paris

EUTHANASIE ET BIOETHIQUE

Koffi Hervé YANGNI-ANGATE (1, 3), Zagocky Euloge GUEHI (2,3)

(1)Service de Chirurgie Thoracique et des Maladies Cardio-Vasculaires CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire) Université de Bouaké, (2) Département de Sociologie et d'Anthropologie Université Péléforo de Korhogo (Côte d'Ivoire), (3) Centre d'Ethique Médicale et de Bioéthique (CEMB)

RESUME :

Mots clés : Euthanasie-
- Soins Palliatifs-
Bioéthique

L'euthanasie est de plus en plus médiatisée en Occident ; à l'inverse en Afrique, l'on déplore une quasi-absence de débats autour de ce sujet. Les implications éthiques de l'euthanasie concernent le concept de la dignité de l'homme et celui du respect de toute vie humaine.

L'euthanasie est immorale car : 1-elle élimine le droit à la vie ; 2-elle viole le caractère sacré de toute vie humaine ; 3-elle ne respecte pas la dignité de la personne humaine ; 4-elle est contraire aux valeurs fondamentales de l'éthique médicale selon la classique tradition hippocratique. Ces obstacles éthiques dus à l'euthanasie ont suscité le développement d'un concept nouveau : Les soins palliatifs ; ils ont l'avantage d'être éthiques et consistent à soulager de ses souffrances la personne en fin de vie, à sauvegarder sa dignité et à soutenir son entourage.

ABSTRACT

KeyWords: Euthanasia,
Terminal Cares, Bioethics

In the west, Euthanasia is increasingly given attention compare to Africa where we deplore almost the absence of debates about that subject - the ethical implications of euthanasia deals with the concepts of human dignity and respect of human life.

Euthanasia is immoral since:1- it eliminates the right to life;2-it violates the sacred nature of any human life;3- it does not respect the dignity of human being;4- it is opposed to the fundamental values of the medical ethics according to the Hippocratic classical tradition.

Those obstacles due to euthanasia give rise to the development of a new concept: the terminal cares. That concept has the advantages of being ethical and consists of easing the pains of the condemned man, safeguarding his dignity and supporting around him.

INTRODUCTION

L'euthanasie n'a jamais été aussi discutée que ces dernières années; en effet, après la dépénalisation de l'euthanasie en Belgique, aux Pays Bas et au Luxembourg notamment, la France, à son tour, envisage très fortement de revoir sa loi interdisant l'euthanasie¹. Dans ce pays le débat sur l'euthanasie refait de plus en plus surface depuis les deux dernières affaires abondamment commentées, celle du jeune Vincent Humbert en 2003 puis cinq ans plus tard celle de Chantal Sébire en 2008². Récemment les députés UMP de la majorité présidentielle française ont ouvertement réprimé le rapport Leonetti favorable aux soins palliatifs et dénonçant le caractère illicite de l'euthanasie³.

Le milieu culturel ambiant des pays développés refuse la mort; "celle-ci doit être voulue et décidée par les personnes elles mêmes" dit-on en Occident. Au nom de la liberté, toute personne si elle le désire peut décider le moment de sa mort, la manière de mourir, argumente-t-on dans les pays du Nord.

Comme l'affirmait l'anthropologue Thomas cité par Elio Sgreccia dans son manuel de bioéthique « *il existe une société qui respecte l'Homme et qui accepte la mort : la société Africaine ; il en existe une autre, porteuse de mort, thanatocratique, obsédée et terrifiée par la mort, la société occidentale* » (SGRECCIA E., 2004 : 755).

Au motif des bouleversements affectifs, des chocs émotifs, des désastres psychologiques que suscitent dans le monde ces malades souffrant atrocement, est-il éthique au prétexte de sentiment de compassion ou de pitié pour l'autre qui souffre sans cesse, d'abréger une vie humaine en vue d'obtenir un soulagement

salvateur ?

Avant de répondre à cette question, nous aimerions aborder successivement la définition des concepts : euthanasie et bioéthique, l'histoire de l'euthanasie puis le contexte culturel actuel enfin euthanasie : aspects éthiques.

DEFINITION DES CONCEPTS

a) D'après (REICH W. R., 1978 : 19), la bioéthique est « *l'étude systématique du comportement humain, dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, examinée à la lumière des valeurs et des principes moraux* ».

Ce même auteur, en 1995 donne une définition plus large, plus complexe qui est celle-ci : la bioéthique est « *l'étude systématique des dimensions morales y incluant la vision morale, les décisions, le comportement, les lignes directrices, etc. des sciences de la vie et des soins de santé, avec l'utilisation d'une variété de méthodologies éthiques dans une formulation interdisciplinaire* » (REICH W. R., 1995 : 19).

De ces définitions complémentaires, quatre caractéristiques de la bioéthique se dégagent⁴:

1-Elle touche toutes les questions concernant les valeurs dans le domaine de la santé,

2- Elle embrasse tous les types de recherche biomédicale et comportementale à caractère thérapeutique,

3- Elle s'occupe des problèmes sociaux concernant la population, et la santé dans le monde

4- elle s'occupe d'une façon égale de la vie humaine animale, végétale et de l'environnement.

1La fin de la vie, l'ABC de la bioéthique, Hors-série LA CROIX, 2009 p84

2Soins palliatifs et Euthanasie : Le débat est relancé, le Figaro 27 novembre 2009 par Agnès Leclair

3Des députés UMP proposent de légaliser l'Euthanasie, Le Figaro,18-2-2009 par Bastien Hugues

b) Le terme "Euthanasie" découle étymologiquement de deux mots "eu" qui veut dire bien et "thanatos" qui signifie mort. L'euthanasie désignerait donc, une mort bonne, naturelle, sans souffrance. En fait l'acceptation d'une définition commune, consensuelle semble difficile du fait de la complexité relative de ce concept, aussi plusieurs définitions ont-elles été élaborées et pour notre part, nous retiendront parce que non confuse celle de Marcozzi; elle a aussi l'avantage d'être celle adoptée par les juristes et moralistes de renommée internationale.

Selon lui, l'euthanasie est « la suppression indolore ou par pitié de celui qui souffre ou que l'on tient pour souffrant et comme pouvant souffrir d'une manière insupportable dans l'avenir » Marcozzi (1995 : 322). L'euthanasie en terme plus simples est l'acte de donner volontairement la mort à une personne souffrante.

A dessein, nous éliminerons la distinction entre l'euthanasie active et l'euthanasie passive car, à notre avis, l'acte de supprimer la vie est toujours actif du point de vue de celui qui l'initie.

En outre, l'enjeu véritable à considérer dans l'euthanasie est celui des implications éthiques desquelles devraient découler logiquement des considérations juridiques conformes.

L'EUTHANASIE DANS L'HISTOIRE DES HOMMES

L'euthanasie remonte loin dans l'histoire du monde. Déjà, dans l'antiquité, quelques tribus de l'Aracan (Inde), des peuples du Siam inférieur au Brésil (les Cachibas, les Tupis) voire même en Europe (certaines populations slaves), pratiquaient la suppression des personnes âgées⁵.

Dans la Grèce antique⁶, Aristote approuvait l'extermination à Sparte des nouveau-nés malformés; ce que prolongeait Platon à l'endroit des adultes sévèrement malades.

Parmi les opposants à un tel courant figurait Hippocrate; il s'insurgeait vigoureusement contre le refus, par ses contemporains, de la vieillesse et de la maladie. Le célèbre serment d'Hippocrate l'atteste bien : "*Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande et je ne conseillerai pas d'y recourir*" (SGRECCIA E., 2004).

En Afrique, chez les Moose, l'euthanasie consistait à éliminer les jumeaux humains, les malformés génétiquement et les bébés nés à la suite d'un acte incestueux⁷.

Depuis les temps anciens jusqu'au 20^e et 21^e siècle débutant, l'euthanasie continue de hanter nos esprits et de provoquer encore des déchirements, des atrocités voire même de nourrir la pensée des hommes; les rapports émanant du procès de Nuremberg soulignent que plus de 70 000 vies furent supprimées de 1939 à 1941 au cours de la seconde guerre mondiale (SGRECCIA E., 2004).

Aux Pays-Bas, selon HAVE et WELIE (1995), en 1992, le nombre de mort par euthanasie s'estimerait entre 5000 et 10 000 par an.

4Conseil pontifical pour la famille, lexique des termes ambigus et controversé sur la famille, la vie et les questions éthiques, Ed. Pierre Téqui, pp90-91

5Compte rendu, Congrès National de Bioéthique Ouagadougou, 2 au 7 octobre 1999, p190

6 Ibidem

7Ibidem 5

Nous nous rappelons du débat autour de la mort d'Eluana le 9 février 2009 en Italie ; « *le gouvernement ne sera jamais d'accord pour autoriser par la loi l'euthanasie active ou passive et il n'est plus question de laisser une question, celle sur la fin de la vie aux mains des tribunaux* » disait Silvio Berlusconi⁸.

Le président français Nicolas Sarkozy en mars 2008, se prononçait favorablement en faveur des soins palliatifs et disait à l'encontre de l'euthanasie : « *nous n'avons pas le droit d'interrompre volontairement la vie* »⁹

IL est clair que l'euthanasie passionne encore le monde. Pourquoi ? L'atmosphère culturelle d'aujourd'hui y contribue-t-elle ?

L'EUTHANASIE : AMBIANCE

CULTURELLE ACTUELLE

De nos jours, le débat autour de l'euthanasie baigne dans un climat dans lequel nous distinguons trois points d'ancrage principaux :

L'idéologie pro-euthanasie, la sécularisation de la pensée et de la vie, le scientisme rationaliste et humanitariste (SGRECCIA E., 2004).

L'idéologie pro-euthanasie est surtout marquée par la méconnaissance du concept de la transcendance de la personne humaine, de la vie humaine qui perd toute valeur par elle-même. La personne, selon cette idéologie est assimilée à un objet.

La sécularisation de la pensée et de la vie revient à nier à l'homme tout lien avec Dieu, toute loi morale ou naturelle; elle repousse la valeur inviolable de la vie humaine ; elle ignore la signification de la mort et la valeur de la douleur selon le sens chrétien. En d'autres termes, la mort et la douleur n'ont aucun sens ; elles doivent toutes les deux êtres exclues de la culture, de nos vies, de nos sociétés ; elles sont à bannir.

Aussi, au nom de cette sécularisation de la pensée et de vie, des associations de plus en plus nombreuses militent en faveur d'un monde sans douleur, sans souffrance, d'un monde où le droit à l'euthanasie serait dans la déclaration universelle des droits de l'Homme ou encore d'un monde où les modes d'emplois à la pratique d'un "suicide digne" seraient à la portée de tous.

Le scientisme rationaliste et humanitariste est surtout incarné par Monod ; "L'homme sait finalement qu'il est seul dans l'immensité indifférente de l'univers où il est apparu par hasard" dit cet auteur dans son livre « le Hasard et la Nécessité ». La raison scientifique est la seule à considérer, renchérit-il. L'essentiel de cette pensée se résume dans ce passage publié en juillet 1974 par « The Humanist » : " *Il ne peut pas exister d'euthanasie humanitaire en dehors de celle qui provoque une mort rapide et indolore, et elle est considérée comme un bénéfice pour l'intéressé. Il est cruel et barbare d'exiger qu'une personne soit maintenue en vie contre sa volonté et qu'on lui refuse la libération souhaitée quand sa vie a perdu toute dignité, toute beauté, toute signification, toute perspective d'avenir. La souffrance inutile est un mal qui devrait être évité dans les sociétés civilisées. Nous recommandons à ceux qui partagent notre avis de signer leurs « dernières volontés » de vie, de préférence quand ils sont encore en bonne santé en déclarant qu'ils entendent faire respecter leur droit de mourir dignement... Nous déplorons la*

⁸ La fin de la vie, l'ABC de la bioéthique, Hors-Série LA CROIX , 2009 p86
⁹ Ibidem 3

morale insensible et les restrictions légales qui font obstacle à l'examen de ce cas éthique qu'est l'euthanasie. Nous faisons appel à l'opinion publique éclairée, afin qu'elle surmonte les tabous traditionnels et qu'elle ait pitié des souffrances inutiles au moment de la mort. Tout individu a le droit de vivre avec dignité et de mourir avec dignité". (MONOD, 1974)

L'EUTHANASIE, EST-ELLE

ETHIQUE ?

La réponse à une telle question revient à considérer certains principes fondamentaux de l'éthique que nous essaierons d'élucider à présent.

Le premier se retrouve dans l'assertion suivante : " la fin ne justifie pas les moyens"; en effet, un acte intrinsèquement illicite ne peut en aucun cas aboutir à une fin éthiquement acceptable; l'acte de supprimer intentionnellement une vie est mauvais en lui-même.

Le deuxième principe repose sur la notion que ne peut disposer de son propre corps ni de celui d'autrui ; c'est le principe de l'intangibilité et de l'inviolabilité du corps humain.

Le troisième principe est le suivant : toute personne humaine est une fin en elle-même, pour elle-même, elle est un absolu ; on parle de "dignité de l'homme"

Le quatrième principe concerne la valeur sacrée de la vie, le respect de la vérité de l'homme, du respect de sa vie tel que le mentionne le serment d'Hippocrate et le code de déontologie médicale.

Le cinquième principe est fondé sur le droit à la vie de tout individu comme le dit l'article 3 de la déclaration universelle des droits de l'Homme.

Au regard de ces cinq principes cités plus

haut, il apparaît clairement que l'euthanasie n'est pas acceptable, elle n'est pas éthique car :

1-elle élimine le droit à la vie ;

2-elle viole le caractère sacré de toute vie humaine ;

3- elle ne respecte pas la dignité de la personne humaine ;

4 – elle est contraire aux valeurs fondamentales de la médecine, de l'éthique médicale selon la tradition hippocratique : Le rôle de tout médecin est de soulager les malades, de les reconforter, de leur sauver la vie et non de leur administrer la mort.

Claire Fourcade, médecin disait « *Jamais à ce jour, je ne me suis trouvée en situation de me dire que la seule façon de respecter mon patient était de transgresser la loi pour le faire mourir* »¹⁰.

Suite à cette démonstration du caractère non éthique de toute euthanasie, il apparaît logique de réfuter toute légalisation de l'euthanasie comme constaté en Côte d'Ivoire. Selon le Droit pénal ivoirien¹¹, l'auteur d'une euthanasie peut être poursuivi pour un meurtre ou un empoisonnement.

10 Euthanasie : le dernier qui se lasse Par Claire Fourcade, Le Monde.fr 16-11-2009

11 Code pénal Ivoirien en ces articles 342, 343, 344

En définitive, il serait souhaitable que le cadre législatif interdisant l'euthanasie en Côte d'Ivoire mentionne aussi le recours aux soins palliatifs, seule voie éthique à promouvoir chez les malades en fin de vie.

CONCLUSION

L'euthanasie est à notre avis, un attentat à la vie. Elle ne saurait être l'objet d'une autorisation légale en raison d'une compassion ou d'une pitié ou encore d'un désir de suppression de douleurs tenaces, d'une libération du souffrant, ou d'un principe d'autodétermination ou d'autonomie du malade ou encore d'une réglementation.

Comme alternative à l'euthanasie, les soins palliatifs sont de plus en plus envisagés ; ceux-ci méritent d'être fortement encouragés et institués dans les programmes de formation des médecins, des infirmiers et autre personnel paramédical.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES :

CONSEIL PONTIFICAL POUR LA FAMILLE, 2005, *lexique des termes ambigus et controversé sur la famille, la vie et les questions éthiques*, Ed. Pierre Téqui, Paris

HAVE, WELIE, 1995, *La bioéthique ses fondements et ses controverses*, Edition du Renouveau Pédagogique, Saint-Laurent

SGRECCIA E., 2004, *Manuel de bioéthique. Les fondements de l'éthique biomédicale*, Mame-Edifa, Paris.

REICH W.T. 1978, *Encyclopedia of bioethics*, Simon and Schuster

MacMillan Free Press, New York.

REICH W.T. 1995, *Encyclopedia of bioethics*, Simon and Schuster MacMillan Free Press, New York

MARCOZZI V., 1975, *Il cristiano di fronte all'eutanasia*, La civiltà cattolica, Rome

SOINS PALLIATIFS : ALTERNATIVE A L'EUTHANASIE

MEDARD KAKOU

Service de Neurochirurgie CHU de Yopougon (Côte d'Ivoire)

RESUME :

Mots Clés : Fin de Vie,
Euthanasie, Soins

Palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs et complets donnés aux malades dont l'affection ne répond plus au traitement curatif. Ils consistent à lutter contre la douleur et les autres symptômes, ainsi que la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle (OMS, 1990,2002).

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

ABSTRACT:

KeyWords: Terminal

Life, Euthanasia,

Terminal Cares

Terminal cares are complete and active ones given to patients whom affection no more returns the curative treatment. They consist of combating pain and the other symptoms as well as the taking into account of psychological, social and spiritual problems . And they do not hasten nor delay the death but aim at protecting the patients and their family's best quality of living from the consequences of a potentially mortal disease. (WHO, 1990, 2002)

Terminal cares are delivered in a global approach to a person suffering from a serious, progressive or terminal disease. The terminal cares and accompaniments are interdisciplinary and concern the patients as a human being, his family and acquaintances at home or in institution. The nurses and voluntaries training and support are part of that approach.

INTRODUCTION :

« A un moment donné d'une façon ou d'une autre, nous seront tous aux prises avec la fin de vie. Et la plupart d'entre nous partageons un espoir commun, celui que la mort sera paisible et sans douleur lorsqu'elle nous touchera ou qu'elle touchera un proche. Nous espérons mourir entourés de ceux que nous aimons, en nous sentant en sécurité, confortables et bien soignés »¹.

Dans le domaine très sensible de la fin de la vie, dans le domaine de la mort, taboue et sujette à désinformation, les mots sont remplis de pièges et peuvent porter à confusion. Il est donc important de commencer par trois définitions qui nous semblent essentielles, celles de l'acharnement thérapeutique, de l'euthanasie et des soins palliatifs.

L'*Acharnement thérapeutique* est une attitude qui consiste à « poursuivre une thérapeutique lourde à visée curative, qui n'aurait comme objet que de prolonger la vie sans tenir compte de sa qualité, alors qu'il n'existe aucun espoir raisonnable d'obtenir une amélioration de l'état du malade »².

L'*Euthanasie* désigne, de nos jours, l'acte qui consiste à mettre délibérément et rapidement fin à une vie pour régler un problème de souffrance. Elle consiste à donner la mort dans un but compassionnel.

Ce mot à l'origine avait une signification toute autre. En effet, créé au 13^{ème} siècle par le moine érudit Roger Bacon, à partir du grec *eu* (bien) et *thanatos* (mort), ce mot signifiait « *mort douce et sans souffrance* », c'est-à-dire « aération de la chambre, attention portée à la position du malade dans son lit, présence des proches, abstention de tout recours inutile et,

traitements symptomatiques et palliatifs (P. VERSPIEREN,). Ce mot signifiait donc au 13^{ème} siècle ce que nous entendons par soins palliatifs.

Les *Soins palliatifs* : Du latin *pallium* qui signifie manteau, celui qui protège, réconforte, les soins palliatifs vont au-delà du "réconfort" : ils sont la combinaison de multiples facettes de soins, tenant compte de la souffrance globale du patient.

L'OMS (1990, 2002) les définit comme étant des soins actifs et complets donnés à des malades dont l'affection ne répond plus au traitement curatif. Ils consistent à lutter contre la douleur et les autres symptômes, ainsi que la prise en compte des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels. Ils ne hâtent ni ne retardent pas le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle.

Ce sont donc des soins actifs dans une approche globale de la personne car « il reste tout à faire, quand il n'y a plus rien à faire » (M. DE HENNEZEL,).

HISTORIQUE :

Le principe des soins palliatifs n'est pas nouveau. L'accompagnement, le soutien à son frère en humanité, apparaissent dans les récits les plus reculés. Saint-Camille (1550-1614), Jeanne Garmier (1811) se sont révélés des maîtres en la matière alors que les hospices pour mourant étaient alors très peu médicalisés.

C'est à Dame Cicely Saunders que l'on doit d'avoir fondé en 1967, en Grande Bretagne, le mouvement des soins palliatifs modernes après l'ouverture à Londres du Saint Christopher hospice³. Son influence sur la conception des soins palliatifs est considérable. La prise en charge globale du malade en fin de vie,

¹ Feuille de données de l'Association Canadienne des soins palliatifs, Avril 2008

² Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement

³ Association des soins palliatifs fondatrice ; Evolution des idées

préconise t-elle, doit comporter : thérapeutique palliative et accompagnement, indissociable l'un de l'autre. Cicely Saunders comprend comment maîtriser la douleur chronique en utilisant les antalgiques à heures régulières, avant que la douleur ne réapparaisse en fonction de la durée des médicaments, en particulier la morphine. Elle préconise un accompagnement par une équipe interdisciplinaire, dans laquelle des bénévoles formés ont leur place.

Ces idées diffusent en Grande Bretagne et le relais est pris au Canada par le Dr Balfour Mount, aux Etats-Unis par le Dr Elisabeth Kubler Ross, avant de se développer en France dans les années 80. Le Dr Maurice Abiven (1924-2007), spécialiste de médecine interne, fut l'un des piliers de la pratique des soins palliatifs en France et le Professeur Charles-Henri Rapin (1947-2008) en suisse⁴.

Marie de Hennezel, psychologue et psychothérapeute française apparaît aussi comme une grande figure des soins palliatifs modernes en France. Elle anime des conférences et des séminaires de formation à l'accompagnement de la fin de vie en France et à l'étranger.

DROIT AUX SOINS PALLIATIFS :

Un des points importants défendus par le mouvement des soins palliatifs est la place à reconnaître dans notre société à « celui qui meurt » (M-H. SALAMAGNE, E. HIRSCH,). En effet, la mort doit être considérée comme un phénomène naturel et tout mourant a le droit d'être assisté. On dénombre aux États-Unis 2 460 000 décès par an, en France 550 000 et au Canada 330 000 ⁵.

⁴ Association Canadienne des soins palliatifs, Ottawa, Canada, 2002

⁵ Statistique de l'Université Sherbrooke, Canada

Les soins palliatifs concernent surtout les patients porteurs de maladie chroniques incurables. Ce sont les maladies du système circulatoire, les néoplasmes, les maladies de l'appareil respiratoire etc.. Ces maladies représentent 70 % de tous les décès au Canada (231 000) contre 28 % en France (154 000)⁶.

ROLE ET MISSIONS DES SOINS PALLIATIFS :

Les soins palliatifs visent à soulager la souffrance et à améliorer la qualité de vie et de la mort. Ils ont pour but d'aider les patients et leur famille à répondre à tous les besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques à la fin de la vie. De plus, les soins palliatifs les aident à composer avec la perte, le chagrin et le deuil.

Les soins palliatifs de grande qualité comprennent : les traitements des maladies qui peuvent se soigner, les soins qui permettent d'empêcher aux patients de développer d'autres problèmes de santé et les occasions de trouver un sens et de s'épanouir au plan spirituel.

ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS :

Les soins palliatifs peuvent, et doivent être pratiqués par toutes les équipes soignantes spécialisées dans l'accompagnement des malades en fin de vie. Ils ont lieu soit au domicile soit en milieu hospitalier. Les équipes soignantes peuvent être assistées par des bénévoles formés. Le rôle des bénévoles étant de se tenir au chevet des patients et de leur offrir un soutien moral et spirituel, ainsi que certains besoins de base. La famille peut participer aussi à ces soins après quelques indications de base. Ces soins ont une approche

⁶ Organisation des soins palliatifs en France - Doctissimo

pluridisciplinaire et sont plus centrés sur la personne que la maladie.

Soins palliatifs hospitaliers

Il existe trois types de structures de soins palliatifs pour accueillir les patients en institution:

Les unités de soins palliatifs, les équipes mobiles de soins palliatifs et les lits identifiés en soins palliatifs.

Les *unités de soins palliatifs* sont des structures d'hospitalisation à part entière de quelques lits accueillant pour une durée les patients en soins palliatifs. Elles sont réservées aux situations les plus complexes. L'accueil se fait par une équipe pluridisciplinaire de soignants et de bénévoles.

Les *équipes mobiles de soins palliatifs* ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, des conseils aux soignants qui prennent en charges des patients en fin de vie dans d'autres services. Elles ont aussi pour mission le retour et le maintien à domicile du patient. Elles n'ont pas vocation à se substituer à l'équipe soignante.

Les *lits identifiés en soins palliatifs*. Ce sont des lits situés au sein d'un service d'hospitalisation. Ils permettent une couverture et un lien entre le domicile et les établissements et permettent d'assurer un retour des patients à leur domicile.

Soins palliatifs à domicile

Ils sont pour ceux qui souhaitent vivre leurs derniers instants chez eux dans leur environnement familial. En effet, la plupart des patients souhaitent finir leur vie chez eux (60 à 70) (21). Deux types de dispositifs permettent cette prise en charge: les services d'hospitalisation à domicile et le réseau de maintien à domicile.

Les *services d'hospitalisation à domicile* dépendent d'une structure hospitalière. Ils permettent avec la participation des professionnels libéraux de maintenir le

patient à domicile.

Les *réseaux de maintien à domicile* sont chargés de coordonner l'action des soignants et des équipes mobiles prenant en charge le patient (M-H SALAMAGNE et E. HIRSCH, 1993).

FORMATION, ENSEIGNEMENT, RECHERCHE, FINANCEMENT :

La tendance actuelle est à la formation des médecins et des paramédicaux en matière de soins palliatifs pour répondre aux besoins de la population. Le Canada semble avoir pris de l'avance dans ce domaine. Depuis fin mars 2008 l'éducation en soins palliatifs a été introduite dans le programme de base des études en médecine au Canada⁷(1). Des bourses pour jeunes chercheurs sont disponibles pour les recherches en soins palliatifs.

Les besoins en soins palliatifs nécessitent une couverture sociale conséquente. A titre d'exemple, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada recommande de consacrer 83,3 millions de dollars annuellement au système canadien de soins de santé pour répondre aux besoins en matière de soins palliatifs⁸.

SOINS PALLIATIFS DANS LE MONDE :

Au plan institutionnel et organisationnel, les soins palliatifs sont en développement dans le monde. Alors que ces soins sont mis en places dans les années 80 en France et en Belgique, c'est seulement en Avril 2009 qu'il en a été question au Luxembourg (M. DE HENNEZEL, 1999). De manière globale, ils sont plus développés en Europe aux États-Unis, et au Canada.

⁷ Feuille de données de l'Association Canadienne des soins palliatifs ; Avril 2008

⁸ Ibidem

En Afrique, les soins palliatifs au plan institutionnel sont encore à l'état embryonnaire. On observe des formations et des projets de formation en soins palliatifs pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. En 2006, en collaboration avec le ministère de la santé en Côte d'Ivoire, FHI (family health international) a fourni de l'assistance technique pour la création d'un groupe de travail sur les soins palliatifs en matière de VIH/SIDA (DIDI-KOUKO, 2009), (Plan Stratégique National des Soins Palliatifs en Côte d'Ivoire, 2006-2010).

CONCLUSION :

La Mort est un phénomène naturel de la vie et les statistiques le montrent bien : 8 834 845 meurent par an en Chine, 2 460 000 aux USA, 1 170 940 au Japon, 550 000 en France, 232 640 en Côte d'Ivoire⁹.

« il reste tout à faire, quand il n'y a plus rien à faire » (M. DE HENNEZEL, 1999). Pour les malades en fin de vie pour qui la médecine curative ne peut plus rien, plutôt que de précipiter la mort par euthanasie dans un objectif compassionnel, il paraît plus indiqué d'assurer un accompagnement le plus confortable possible. Les soins palliatifs viendront assurer cette prise en charge qui doit être globale : physique, sociale, psychologique, spirituelle, intéressant le patient et son entourage. Cette prise en charge se fera dans une approche interdisciplinaire avec une place particulière accordée au bénévoles d'accompagnement et à la famille du parent (M-H SALAMAGNE et E. HIRSCH, 1993).

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES :

DIDI-KOUKO Coulibaly, 2009, « Mise en place de la politique nationale des soins palliatifs en Côte d'Ivoire » ; *Bulletin du cancer* (96) :609-614

FERRIS et al., 2002, Modèle de guide de soins palliatifs, *Association Canadienne des Soins Palliatifs*, Ottawa

DE HENNEZEL M., 1999 « Nous ne nous sommes pas dit au Revoir », Édition Robert Laffont

VERSPIEREN P., 1999, Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement, *Édition Desclée de Brouwer*, Paris

SALAMAGNE M-H, EMMANUEL HIRSCH E., 1993, Accompagner jusqu'au bout de la vie, manifeste pour les soins palliatifs, *les éditions du Cerf*, Paris

Plan Stratégique national des soins palliatifs en Côte d'Ivoire 2006-2010

⁹ Statistique de l'Université de Sherbrooke

PSYCHOLOGIE DE LA FIN DE VIE

M. ANOUMATAKY (1), D. KONE (1, 2), C.ASSI-SEDJI (1) , A-C. BISSOUMA (1)

Hôpital Psychiatrique de Bingerville, Côte d'Ivoire (1), Faculté de Médecine, Université de Cocody, Côte d'Ivoire (2)

RESUME

Mots Clés : Fin de vie, Psychologie, Prise en charge, Soins palliatifs

La fin de vie est un moment difficile pour le patient, sa famille et le personnel soignant, marqué par des mouvements psychologiques et émotionnels tel que le déni, la crainte, la tristesse, la colère, la résignation. Cette souffrance globale vécue par le sujet en fin de maladie doit être prise en compte par les soignants. Le tableau clinique dépend de la personnalité du malade, de sa capacité de relation avec un autre et de celles des intervenants.

ABSTRACT

KeyWords: Terminal life, Psychology, Health care assistance, Terminal cares

The terminal life is a particular difficult period for the patient, his family and the auxiliary nursing staff, that is marked by some emotional and psychological movements such as refusal, fear, sadness, anger and resignation. That global suffering went through by the subject in terminal disease must be taken into account by the nurses. The clinical picture depends on the patient's personality and his capacity to relate with another and those of the participants.

INTRODUCTION

Comme celui de la naissance, le temps de la fin de la vie est une étape à vivre en toute conscience et en toute humilité. Le but des soins palliatifs est de préserver la meilleure qualité de vie possible des malades en phase terminale, jusqu'à la mort, qui n'est ni hâtée, ni retardée.

On estime qu'entre 85 et 90 % des personnes en soins palliatifs sont conscients d'être en fin de vie. Elles souffrent alors, entre autres, de l'absence de discours sur leur mort imminente.

I- Réaction psychologiques

Une sémiologie de la fin de vie a été décrite la première fois par une américaine, le Dr. Kübber-Ross. Ces étapes ne sont pas décrites de manière chronologique. La personne mourante peut les aborder sur une seule journée ou bien sur plusieurs semaines et dans n'importe quel ordre.

Comme au début de la maladie, le malade passera par des étapes de refus ou de déni de sa maladie, puis de colère, de tristesse, de détournement ou de négociation, et enfin d'acceptation. Toutes ces phases sont normales, il faut les accompagner avec empathie ou sympathie.

• *Le déni*

C'est un mécanisme de défense dans le refus du diagnostic fatal. La personne nie, mais elle a peur. C'est une période génératrice d'angoisses insupportables. Cette période, en général, est mieux vécue par l'entourage, car elle empêche le discours sur la mort du proche.

Il arrive que devant les signes les plus évidents de sa déchéance totale, le malade continue à faire des projets comme si la vie allait reprendre son cours normal.

• *La colère*

Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Accusant tout le monde et le ciel lui-même, l'incompétence des médecins qui ont tardé à poser le diagnostic, leur entourage qu'ils tiennent responsables de leur état, la personne refuse la réalité, elle est souvent agressive vis à vis du personnel soignant et de l'entourage.

Ces malades deviennent difficiles à supporter pour leur famille et le personnel médical.

• *La tristesse de la Mort/La dépression*

Bientôt, le malade en vient à reconnaître que c'est la fin, qu'il n'y a plus d'espoir. Il pleure sur son passé, ses épreuves, ses déceptions. Le malade fait le deuil de lui-même d'une façon préparatoire et anticipée. Certains patients donnent à leur maladie une signification : une juste punition pour leurs vieux péchés ou même la solution souhaitée à tous leurs problèmes. C'est le temps de la tristesse, devant la réalité imminente de la séparation avec tous ceux que l'on aime. Cette tristesse doit être distinguée de la vraie dépression, source de souffrance importante, qui mérite un traitement.

• *la négociation avec la mort : Le marchandage*

Souvent devant l'évolution de la maladie, la cachexie, l'asthénie, les infections intercurrentes, le patient vient à demander à son médecin traitant un sursis : » il lui faut absolument assister au mariage du neveu ; effectuer le voyage promis au conjoint... » selon les projets personnels ou familiaux importants, les personnes en fin de vie "marchandent" le temps qui leur reste à vivre. Les délais fixés par le malade

lui-même sont souvent respectés : aussitôt l'objectif atteint, l'acceptation et la mort s'en suivent.

- *L'acceptation*

Finalement, le malade en vient à se dire : " mon heure est arrivée". Le moment est décrit comme vide de sentiment ; ni heureux ni malheureux. Il est prêt à mourir et en parle clairement pendant que les gens s'agitent encore autour de lui pour tenter un nouveau traitement, négocier un transfert dans un autre service.

Au cours de l'évolution, selon les atteintes spécifiques de la maladie, on assiste à ce processus de deuil, morceau, par morceau, avec des retours plus ou moins longs à la vie normale pendant les phases de rémissions.

II- Vécu de la personne en fin de vie

L'être humain malade souffre beaucoup de toutes les diminutions qu'il endure pour arriver à la mort. Cette souffrance totale se traduit dans toutes les composantes de ce que le patient va traverser dans son cheminement du diagnostic à l'évolution fatale.

Le soignant se doit de connaître ces différentes composantes pour essayer de répondre à la demande du patient, et essayer de l'accompagner et d'aider à son accompagnement par la famille proche, les amis, les autres soignants, les bénévoles.

- *souffrance physique*

La douleur constitue un des éléments primordiaux de la souffrance du patient. Certains malades souffrent tellement qu'aucune communication n'est possible. Une fois la douleur soulagée le patient

retrouve le dialogue avec sa famille et le soignant.

- *souffrance psychologique*

L'inquiétude sur son devenir et le questionnement de la guérison potentielle et à quel prix sont fréquents chez le patient en fin de vie.

L'altération de l'image corporelle, associée à l'incapacité progressive de prendre soin de soi-même, entraîne une humiliation profonde du patient et constitue un autre facteur majeur de souffrance. La souffrance morale de la dépression est quasi constante et sous-estimée par les soignants.

- *souffrance sociale*

Il existe rapidement une exclusion du milieu professionnel et social.

- *souffrance spirituelle*

Le malade craint la mort, non pas tant sa disparition, que les circonstances qui vont entourer sa mort, son anéantissement : la souffrance, la déchéance, la dépendance, la démence, les troubles de la conscience.

- *Le retour sur le passé*

Le retour sur le passé est quelque chose de quasi constant chez les malades en période terminale. Il est, pour certains malades, nécessaire de sortir du ruminement des faits passés et de les écrire: ces sortes de testament essaient d'expliquer ce que l'on fait, pourquoi on l'a fait.

- *la signification du présent*

En pratique, la personne en fin de vie cherche le fil conducteur de sa vie : elle doit trouver un sens à sa propre existence, même dans cet état misérable ou l'amène la maladie. La personne en fin de vie cherche à faire unité de sa vie: souvent elle cherche à expliquer aux proches ce qui s'est passé.

Il est beaucoup plus difficile d'expliquer quelle est la signification de la souffrance actuelle. Pour les proches, notamment, pour les parents d'un enfant ou pour le conjoint d'un malade jeune, la situation de dégradation physique est intolérable et n'a aucune justification. Ce sentiment profond d'injustice est souvent perçu comme un rejet par la personne malade qui, s'isolant, n'a plus aucune raison de vivre. Expliquer l'importance des démonstrations d'affection dans ces moments terminaux (tenir la main, essuyer le front, etc.) constitue pour les soignant un moyen d'aider le patient à retrouver un sens à sa vie, ne serait-ce que comme objet ou sujet de cette affection. Le mourant continue à vivre dans ceux qui l'aiment ou qu'il aime.

Sauf lorsque la conscience s'altère du fait de la pathologie, le mourir est un instant important de la vie de l'être humain.

Les familles et le personnel médical sont soumis aux mêmes mouvements. On conçoit combien une telle souffrance globale ne peut être prise en charge par une seule personne, mais une équipe unies.

III- Que faire face à la personne en fin de vie

L'objectif des soins palliatifs est d'optimiser au maximum le confort du malade, favoriser son mieux-être et limiter les effets indésirables des traitements médicaux, afin d'améliorer sa qualité de fin de vie et non sa quantité.

Le rôle du médecin est de donner traitement et confort au patient, de respecter ses désirs face à l'évolution naturelle de sa maladie. Il n'a jamais été question de s'arroger un droit de vie ou de mort sur ses patients. Le médecin doit

contrôler son besoin d'agir, son désir de toute puissance, sa peur de la mort pour éviter de verser dans l'acharnement thérapeutique devant le désir du patient d'avoir une mort digne et naturelle.

Dans un débat de cet ordre, la norme, c'est le patient : si l'intervention proposée lui offre la possibilité d'un soulagement de la douleur ou de l'inconfort, d'une rémission temporaire avec prolongation de la vie qu'il souhaite pour accomplir un geste désiré, tout le monde sera d'accord pour procéder au traitement. Cependant, si l'intervention offre peu d'espoir de prolongation d'une vie de qualité et qu'elle sera suivie d'effets secondaires sérieux (déformation, inconfort...), on doit respecter les critères de qualité de vie de chaque patient et de sa famille.

● Attitude des soignants

Les soignants, face à tous ces sentiments divers, et à cette souffrance globale, ne vont pas rester indifférents et sortir indemnes du mourir du patient suivi pendant un certain temps. Ils participent qu'ils le veuillent ou non, à tous ces questionnements profonds des personnes qui meurent. Ils doivent donc être attentifs à tous ces mouvements.

L'écoute est primordiale : la personne en fin de vie exprime à des moments différents et à des personnes différentes les divers besoins matériels mais aussi spirituels qu'elle ressent. L'écouter parler de sa vie, de ses richesses et de ses faiblesses constitue un moment souvent privilégié des soignants, soit lors des soins de toilettes, soit lors du ménage de la chambre, soit lorsque la nuit l'infirmière fait sa tournée.

● *L'écoute*

Savoir écouter, c'est apprendre à décoder les phrases, sentir le sens du mot, de la phrase ; à remplacer par d'autres dans l'ordre, mais aussi à entendre le rythme et l'intonation ; c'est apprendre à ne pas interpréter par rapport à nous. Plus qu'un fait, écouter devient à chaque fois une découverte. Le langage est généralement considéré comme le mode de communication le plus facile.

Or, certains mots comme mourir, mort sont tabous. Le fait qu'on n'ose pas les dire érige une barrière ; les crée une sensation de malaise autour.

Il est souhaitable parfois de répondre à un silence par un silence, sans avoir peur du silence car il peut se passer beaucoup de choses pendant ces espaces de temps : au-delà des mots de façon sensitive ou intuitive la communication peut se faire. Le silence n'est jamais vide... mais nous ne sommes pas habitués à cette forme de communication : nous pensons en verbes d'actions.

Apprenez à écouter, apprenez à recevoir en silence, dans de silence calme et ouvert lui permettra de se sentir accepté.

La première chose à faire c'est de se dégager de l'atmosphère, de toute tension, avec autant de naturel et de simplicité que possible. Une fois la confiance établie, l'atmosphère se détendra ; la personne mourante pourra alors évoquer ce qui lui tient vraiment à cœur.

Encouragez- la chaleureusement à exprimer en toute liberté, les pensées, les peurs et les émotions qu'elle ressent à propos de l'imminence de sa mort. Pouvoir exposer ses émotions, honnêtement et sans dérobade, est crucial à toute possibilité de transformation, si l'on veut se mettre en accord avec sa vie et mourir en paix.

Lorsqu'elle parvient à partager ses sentiments les plus intimes, il ne faut pas l'interrompre, le contredire ou minimiser ce qu'elle dit. Les malades en phase terminale ou les mourant n'ont jamais, de toute leur vie, été aussi vulnérables : il faut donc faire appel à tout son tact, à toutes les ressources de sensibilité, de chaleur et d'amour compatissant si on veut qu'ils puissent se confier.

Le bon sens et l'humour sont, dans toutes les situations graves de la vie, deux qualités extrêmement utiles :

L'humour possède le remarquable pouvoir d'alléger l'atmosphère ; il permet de replacer le processus de la mort dans sa véritable perspective universelle, et de briser le caractère par trop solennel de la situation. Utilisez- le donc avec toute l'habileté et la délicatesse dont vous êtes capables.

Quoi dire au malade et comment le lui dire ?

La réponse consiste à adopter une attitude qui lui permettra de dire ce qu'il a à dire parce qu'il saura que quelqu'un est prêt à l'écouter sans le juger, le ridiculiser ou lui servir une leçon de morale. Le sujet de la mort sera abordé par le malade lui-même une fois la communication établie.

● *La relation au corps*

Le langage du corps a une place privilégiée dans la communication à ce stade. Il atteint plus facilement le subconscient. Les malades graves éprouvent un grand désir d'être touché, d'être traité comme des personnes à part entière, et non comme des individus en mauvaise santé.

Le corps a sa manière propre d'exprimer l'amour. En prenant simplement la main du patient, en le regardant dans les yeux, en le massant doucement, en le tenant dans vos

bras ou bien en respirant doucement au même rythme que lui, on apporte apaisement et réconfort.

Le malade se laisser à l'autre, régresse comme un enfant. Le toucher revêt alors une signification émotionnelle profonde de proximité, de lien, de contact avec le patient.

Pour le mourant ou l'inconscient, le toucher, est un support pour garder contact avec la réalité.

Le début de l'accompagnement commence par " donner la main", signe de tendresse où nous mettons, tout le calme, toute la profondeur de présence dont nous sommes capables.

Un soin donné sans parole échangée risque d'être perçu par celui qui le reçoit ou le subit comme une négation de sa condition de sujet, une réduction à l'état d'objet. Il y a des manières d'examiner un malade, de prodiguer un soin, qui ne sont qu'exécution et d'autres qui suscitent le désir de vivre.

Mais ce soin devient signe de l'attention à l'autre quand une parole l'accompagne ; parole d'explication, de souhait, parole qui nomme.

Il est important d'associer, quand on le peut, l'action complémentaire de la parole en verbalisant par des phrases très courtes.

Ce que vous dites est important, mais, en ces instants où ne passe bien que la vérité, le son de la voix l'est aussi. Si vous prenez un ton docte pour vous protéger, pour éviter même inconsciemment de vous livrer, vous pouvez en être sûr : vous ne rencontrerez pas votre malade. Il n'attendra pas que vous ayez compris. Il saura, par contre, si vous parlez avec le cœur, d'une voix sincère, véritable et fiable.

Pour le soignant, il s'agit d'une autre façon d'être : il ne s'agit pas de fuir mais de s'asseoir ; il ne s'agit plus de faire à tout

prix, mais d'être, être là simplement, pour permettre à la personne de rester jusqu'au bout un être capable d'un désir qu'il faut pouvoir entendre et satisfaire.

● *Soutien à la famille*

La famille vit une période difficile quand une maladie atteint un de ses membres. Elle fait face à la solitude, à l'insécurité financière, à la crainte de communiquer directement au malade ses sentiments. Elle est soumise aux mêmes phases de négation, de colère, de culpabilité et d'angoisse que le malade, avec leur cortège de réactions somatiques ou comportementales. Le soignant est appelé à favoriser la communication et une meilleure relation de partage entre les membres de la famille.

L'écoute des familles constitue une tâche quotidienne indispensable, mais également une charge affective importante. Le soignant est souvent installé au milieu des conflits voire sommé de prendre partie. Son rôle est d'aider, de conseiller, d'apaiser.

Le rôle du soignant est ici avant tout de trouver un équilibre entre les services que la famille est prête à offrir et les besoins qu'elle éprouve.

● *Moment du décès*

Après les funérailles, la famille se retrouve seule et manifeste à nouveau sa colère et son désespoir. C'est alors qu'elle a plus besoin de soutien pour parler, pour pleurer, pour accepter graduellement la perte qu'elle vient de subir. Il est nécessaire que quelqu'un soit prêt à écouter et à accepter l'expression de ces sentiments: la compréhension et le réconfort apporté

permettront de diminuer la culpabilité, la honte et la peur d'une punition et favoriseront la résolution du deuil.

CONCLUSION

La mort n'est pas un événement d'ordre médical. Sa survenue en milieu médical fait illusion ; mais la mort est plutôt un

événement de la vie humaine, personnelle et sociale. A ce titre, il est juste de dire, d'un point de vue éthique, qu'elle appartient à celui qui va la rencontrer et à ses proches. Le tableau clinique dépend de la personnalité du malade, de sa capacité de relation avec un autre et de celle de l'intervenant. Il est question de connaître ses limites, de se connaître mieux face à la mort, à la douleur, à la différence.