



Institutional Repository - Research Portal

Dépôt Institutionnel - Portail de la Recherche

researchportal.unamur.be

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Formation à la bioéthique en République Démocratique du Congo

Rennie, Stuart; Ravez, Laurent; Makindu, Darius

Published in:
Ethique et Sante

DOI:
[10.1016/j.etiqe.2018.04.004](https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.04.004)

Publication date:
2018

Document Version
Version revue par les pairs

[Link to publication](#)

Citation for published version (HARVARD):

Rennie, S, Ravez, L & Makindu, D 2018, 'Formation à la bioéthique en République Démocratique du Congo: expériences et défis' *Ethique et Sante*, VOL. 15, Numéro 3, p. 192-200.
<https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.04.004>

General rights

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

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

Take down policy

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

Manuscript Number: ETIQE-D-17-00023

Title: Formation à la bioéthique en République Démocratique du Congo: expériences et défis

Article Type: Article original

Keywords: bioéthique, formation, soins de santé, éthique de la recherche, éthique clinique, précarité, culture, métissage
bioethics, education, healthcare, research ethics, clinical ethics, scarcity, culture, cultural hybridization

Corresponding Author: Professor Laurent Jean-Claude Ravez, Ph.D.

Corresponding Author's Institution: University of Namur

First Author: Stuart Rennie, Professor

Order of Authors: Stuart Rennie, Professor; Laurent Jean-Claude Ravez, Ph.D.; Darius Makindu, Lecturer; Albert Fox, Scientific collaborator; Benoît Grauls, Researcher; Robert Yemesi, Lecturer; Patrick Kayembé, Professor; Jean-Lambert Chalachala, Researcher; Melchior Kashamuka, Researcher

Abstract: Dans les régions marquées par un contexte socioéconomique difficile, les difficultés sont plus nombreuses qu'ailleurs pour ceux qui se donnent pour tâche de former à la bioéthique les professionnels de la santé et les chercheurs. Pour le montrer, nous évoquons dans cette article nos expériences en République Démocratique du Congo. Une première difficulté est à chercher du côté linguistique. En effet, la langue et la culture anglo-saxonnes dominant largement la discipline, compliquant la tâche de ceux qui maîtrisent mal l'anglais. Une deuxième difficulté à surmonter est d'ordre conceptuel. Les objectifs et le champ d'application de la bioéthique sont souvent mal compris, ce qui peut conduire à confondre les spécialistes de la discipline tantôt avec des moralistes surtout préoccupés par le progrès biotechnologique, tantôt avec des référents religieux. La troisième difficulté évoquée est de nature politique et culturelle. Lorsqu'elle entre en interaction avec des communautés très hiérarchisées et conservatrices, la posture critique de la bioéthique peut susciter des réactions de rejet. Ce sont sans doute ces difficultés qui ont alimenté certaines critiques acerbes sur la pertinence des formations à la bioéthique dans des zones marquées par les urgences sanitaires et alimentaires ou certaines accusations présentant la bioéthique comme un avatar de plus de l'impérialisme occidental. Tout en prenant au sérieux ces difficultés, nous montrons par nos expériences qu'elles peuvent être transformées en défis à relever.

In regions marked by socio-economic turmoil, the task of teaching bioethics to health professionals and researchers can be more challenging than elsewhere. To demonstrate this, in this article we describe some of our teaching experiences in the Democratic Republic of Congo over the past decade. A first difficulty is linguistic. Anglo-Saxon language and culture largely dominates the field of bioethics, complicating teaching

and education for those who do not master the language. A second obstacle is conceptual. Bioethics is often misunderstood as reflection on technological developments in medicine, which distorts its objectives and narrows its scope, particularly in resource-constrained settings. A third difficulty is cultural and political. Ethics in this setting is difficult to distinguish from common morality and the work of moralists, who comment on problems in medicine from a religious standpoint. Moreover, when interacting with communities and institutions that are strongly hierarchical, the critical stance of bioethics can give rise to resistance and rejection. These are among the array of difficulties that undoubtedly have given rise to sharp critiques of bioethics training initiatives in developing countries, where the introduction of bioethics has been depicted as a form of Western imperialism. While taking these criticisms seriously, our experiences in the field show how these seemingly insurmountable difficulties can be transformed into (more or less) manageable challenges.

Formation à la bioéthique en République Démocratique du Congo : expériences et défis

Bioethics education in Democratic Republic of Congo : experiences and challenges

S. Rennie^a, L. Ravez^{b, *}, D. Makindu^d, A. Fox^b, B. Grauls^b, R. Yemesi^e, P. Kayembé^f, J. L. Chalachala^g, M. Kashamuka^f, F. Behets^c

^a University of North Carolina at Chapel Hill, Department of Social Medicine and Center for Bioethics, USA.

^b Université de Namur, Département Sciences-Philosophies-Sociétés, Groupe de recherche en bioéthique et Institut ESPHIN, Belgique.

^c University of North Carolina at Chapel Hill, Department of Epidemiology, Gillings School of Global Public Health, USA.

^d Université de Kinshasa, École de Santé Publique, Centre Interdisciplinaire de Bioéthique pour l'Afrique francophone (CIBAF) et Université Pédagogique Nationale, République Démocratique du Congo.

^e Université de Kinshasa, École de Santé Publique, Centre Interdisciplinaire de Bioéthique pour l'Afrique francophone (CIBAF) et Université de Lodja, République Démocratique du Congo.

^f Université de Kinshasa, École de Santé Publique, République Démocratique du Congo.

^g University of North Carolina at Chapel Hill, DRC Country Representative, Family Planning Country Action Process Evaluation (FP CAPE)/Carolina Population Center, USA.

* Auteur correspondant.

Université de Namur, Département Sciences-Philosophies-Sociétés, rue de Bruxelles, 61 B-5000 Namur (Belgique). Tél. +32.81/724106. Mail : laurent.ravez@unamur.be

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Résumé

Dans les régions marquées par un contexte socioéconomique difficile, les difficultés sont plus nombreuses qu'ailleurs pour ceux qui se donnent pour tâche de former à la bioéthique les professionnels de la santé et les chercheurs. Pour le montrer, nous évoquons dans cette article nos expériences en République Démocratique du Congo. Une première difficulté est à chercher du côté linguistique. En effet, la langue et la culture anglo-saxonnes dominent largement la discipline, compliquant la tâche de ceux qui maîtrisent mal l'anglais. Une deuxième difficulté à surmonter est d'ordre conceptuel. Les objectifs et le champ d'application de la bioéthique sont souvent mal compris, ce qui peut conduire à confondre les spécialistes de la discipline tantôt avec des moralistes surtout préoccupés par le progrès biotechnologique, tantôt avec des référents religieux. La troisième difficulté évoquée est de nature politique et culturelle. Lorsqu'elle entre en interaction avec des communautés très hiérarchisées et conservatrices, la posture critique de la bioéthique peut susciter des réactions de rejet. Ce sont sans doute ces difficultés qui ont alimenté certaines critiques acerbes sur la pertinence des formations à la bioéthique dans des zones marquées par les urgences sanitaires et alimentaires ou certaines accusations présentant la bioéthique comme un avatar de plus de l'impérialisme occidental. Tout en prenant au sérieux ces difficultés, nous montrons par nos expériences qu'elles peuvent être transformées en défis à relever.

Mots clés : bioéthique, formation, soins de santé, éthique de la recherche, éthique clinique, précarité, culture, métissage

1
2
3
4 Abstract
5
6

7 In regions marked by socio-economic turmoil, the task of teaching bioethics to health
8 professionals and researchers can be more challenging than elsewhere. To demonstrate
9 this, in this article we describe some of our teaching experiences in the Democratic
10 Republic of Congo over the past decade. A first difficulty is linguistic. Anglo-Saxon
11 language and culture largely dominates the field of bioethics, complicating teaching and
12 education for those who do not master the language. A second obstacle is conceptual.
13 Bioethics is often misunderstood as reflection on technological developments in
14 medicine, which distorts its objectives and narrows its scope, particularly in resource-
15 constrained settings. A third difficulty is cultural and political. Ethics in this setting is
16 difficult to distinguish from common morality and the work of moralists, who comment
17 on problems in medicine from a religious standpoint. Moreover, when interacting with
18 communities and institutions that are strongly hierarchical, the critical stance of bioethics
19 can give rise to resistance and rejection. These are among the array of difficulties that
20 undoubtedly have given rise to sharp critiques of bioethics training initiatives in
21 developing countries, where the introduction of bioethics has been depicted as a form of
22 Western imperialism. While taking these criticisms seriously, our experiences in the field
23 show how these seemingly insurmountable difficulties can be transformed into (more or
24 less) manageable challenges.
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

51 Key words: bioethics, education, healthcare, research ethics, clinical ethics, scarcity,
52 culture, cultural hybridization
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Introduction

Dans cet article, nous partageons quelques expériences issues de notre engagement au cours des treize dernières années dans un projet de formation à la bioéthique en République Démocratique du Congo (RDC) baptisé « Renforcer les Capacités en Bioéthique et la Justice en matière de Santé » (*Strengthening Capacities in Bioethics and Justice in Health*). Celui-ci est financé par le Fogarty International Center du National Institutes of Health et s'inscrit dans un cadre plus large visant à former en éthique de la recherche les chercheurs et les professionnels de la santé dans les pays en développement.

Il existe 23 projets similaires de par le monde.

Une bonne compréhension de ces expériences passe nécessairement par la compréhension du contexte social de la RDC contemporaine. La RDC est confrontée à de nombreuses difficultés. La mortalité infantile et maternelle compte parmi les plus élevées au monde. L'espérance de vie y est à peu près de 57 ans. Le produit intérieur brut par habitant est de 800 USD et 63% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté [1].

Le principal objectif de l'article qui suit est de rendre compte des défis auxquels sont souvent confrontés ceux qui se donnent pour tâche d'implémenter une culture bioéthique dans des environnements où les ressources sont limitées, comme c'est le cas en RDC. Le premier de ces défis est linguistique, puisque nous avons choisi de former des Congolais à une discipline dont la principale langue de communication est l'anglais, alors même qu'il s'agit d'une langue très mal maîtrisée dans le pays. Le deuxième défi est conceptuel, car la définition même de la bioéthique a évolué avec le temps. Elle est aujourd'hui moins centrée sur les biotechnologies qu'elle l'était dans le passé et surtout moins moralisante. Le troisième défi dont nous parlerons est de nature politique et culturelle, à

1
2
3
4 savoir la difficulté de cultiver une attitude critique dans une société très hiérarchisée et où
5
6 la religion joue un rôle essentiel.
7

8
9
10 Comme d'autres, nous avons affronté ces difficultés en tentant de transmettre des
11
12 connaissances que nous pensions utiles, tout en restant attentifs aux besoins locaux. Nous
13
14 rendrons compte de nos réussites et de nos échecs, en tirant quelques leçons de nos
15
16 expériences de terrain et en évoquant des pistes d'amélioration possibles.
17
18

19
20 Deux questions délicates retiendront plus particulièrement notre attention. D'abord,
21
22 pourquoi promouvoir la bioéthique dans un environnement socioéconomique et sanitaire
23
24 aussi difficile que celui de la RDC, considéré comme l'un des pays les plus pauvres du
25
26 monde [2] ? N'y a-t-il pas urgence à se concentrer d'abord sur la précarité, l'amélioration
27
28 du système de santé, la justice, les communications etc. ? Ensuite, comment la bioéthique
29
30 peut-elle être promue dans un pays en développement comme la RDC sans que lui soient
31
32 imposées des structures ou des valeurs venues de l'étranger ? Certains estiment en effet
33
34 aujourd'hui que la bioéthique est un des nombreux moyens pour l'Occident d'imposer sa
35
36 vision du monde à l'Afrique et qu'il faudrait la « décoloniser » [3].
37
38
39
40
41
42

43 **Les fragilités des projets internationaux de formation à la bioéthique**

44

45
46 L'enthousiasme des débutants que nous étions en 2004, à l'entame de notre aventure, a
47
48 très vite été confronté aux critiques très vives adressées par certains aux projets
49
50 internationaux de formation à la bioéthique. Ainsi, par exemple, pour Chadwick et
51
52 Schuklenk, les tentatives de transmettre une culture bioéthique aux intellectuels des pays
53
54 en développement seraient purement et simplement de l'ordre du transfert idéologique
55
56 [4]. De Vries et Rott, étudiant un projet européen (Erasmus) destiné à promouvoir la
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 bioéthique dans les pays du Sud, pointent de fortes connotations missionnaires dans le
5 contenu, l'approche ou encore l'état d'esprit [5]. Plus récemment, certains
6 commentateurs ont durement reproché aux programmes de bioéthique de Fogarty d'être
7 des formes subtiles d'impérialisme moral, avec pour objectif sous-jacent de répandre des
8 positions éthiques favorables aux intérêts américains dans le monde et plus
9 spécifiquement aux essais cliniques proposés par des chercheurs américains [6]¹.

10
11
12 Si ces affirmations ont un caractère outrancier, il est néanmoins vrai que certains projets
13 internationaux comme le nôtre présentent des caractéristiques propres qui pourraient les
14 fragiliser sur un plan idéologique.

15
16
17 D'abord, pointons que les ressources pédagogiques et académiques utilisées pour ce
18 genre de projets sont le plus souvent occidentales et anglophones de surcroît. Cela n'a
19 évidemment rien d'étonnant, car la discipline bioéthique est née et s'est construite aux
20 États-Unis, dans les années 60-70, dans un contexte de revendication d'une meilleure
21 prise en compte des libertés individuelles des patients par les acteurs de la santé [7]. Bien
22 sûr, les bioéthiciens issus de pays en développement font beaucoup d'efforts pour être
23 reconnus et publiés [8], il reste cependant, comme le travail de Borry et al. le montre, que
24 les textes publiés dans les grandes revues internationales sont souvent signés par des
25 chercheurs issus de pays développés anglophones [9]. Cela étant, il est clair que l'anglais
26 est également la langue de prédilection pour la publication des résultats de la recherche

27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
¹ D'une façon quelque peu anecdotique mais néanmoins très éclairante, nous pourrions évoquer cette
visite du département de philosophie de l'Université de Kinshasa, dans la phase de gestation de notre
projet. Après avoir soigneusement exposé nos objectifs de recherche, un des professeurs nous a fait
remarquer combien il était ironique que des Américains viennent enseigner l'éthique à des Congolais
alors que leur gouvernement venait d'attaquer l'Irak. Le fait que les investigateurs principaux de la
recherche soient Belges et Canadiens était loin de suffire à balayer la suspicion. Les fonds étaient

1
2
3
4 en général.
5
6

7 Il faudrait également pouvoir discuter de la trop grande importance accordée à l'éthique
8 de la recherche par rapport à l'éthique des soins de santé. Certains estiment que pour
9 l'Afrique seule, les investissements américains pour renforcer les capacités des acteurs
10 locaux en matière d'éthique de la recherche entre 2002 et 2013 ont été de l'ordre de 19
11 millions de dollars [10]. L'enjeu est de taille car l'urgence dans beaucoup de pays en
12 développement concerne une réflexion approfondie sur l'organisation du système de
13 santé, les rapports entre les professionnels et les malades, et la délivrance des soins. Cela
14 ne signifie pas pour autant que l'éthique de la recherche n'est pas pertinente dans ce
15 contexte. Bien au contraire, il est clair que l'amélioration du système de santé et de la
16 délivrance des soins sur place sont souvent liées à la récolte de données locales qui seront
17 utilisées pour des recherches nationales et des projets internationaux. Une solide réflexion
18 éthique sur les recherches ainsi conduites est tout à fait nécessaire.
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

37 Si les programmes Fogarty de bioéthique n'ont pas toujours réussi à surmonter les
38 difficultés évoquées, ils ont au moins tenté de le faire. Une tension particulière semble
39 toutefois subsister, quels que soient les efforts des acteurs concernés. Il s'agit d'une
40 tension entre deux objectifs caractérisant les projets internationaux de renforcement des
41 capacités en bioéthique. D'un côté, on trouve un objectif général consistant à susciter le
42 débat bioéthique et la construction d'un savoir présenté comme l'expression des valeurs
43 locales, et entrant en résonance avec le contexte local. Mais de l'autre côté, un objectif
44 plus particulier vient faire contrepoids : chercher à s'assurer que la recherche sur les êtres
45 humains dans les pays en développement fasse l'objet d'un contrôle externe, dans le
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58

59
60 américains et cela évoquait inévitablement les tensions politiques, sociales, culturelles et éthiques liées à
61
62
63
64
65

1
2
3
4 respect des normes nationales et internationales. Le poids accordé à l'un ou l'autre de ces
5
6 objectifs influencera de façon très sensible la nature même de la formation en bioéthique
7
8 qui sera proposée.
9

10
11
12 Dans ce qui suit, nous examinerons comment nous avons concrètement affronté ces
13
14 difficultés et tensions.
15

16 17 18 **Formation à la bioéthique en RDC : expériences et défis** 19

20
21 Lorsqu'en 2004 nous avons commencé à collaborer avec l'École de santé publique de
22
23 Kinshasa (ESPK) et d'autres entités de l'Université de Kinshasa (UNIKIN), la bioéthique
24
25 était peu présente au Congo, tant sur le plan social qu'académique. Comme partout
26
27 ailleurs, des hommes réfléchissaient et s'efforçaient de résoudre les conflits de valeurs
28
29 susceptibles de se présenter en cherchant à promouvoir la santé. Les professionnels
30
31 évoquaient régulièrement entre eux des dilemmes moraux rencontrés dans les salles de
32
33 l'hôpital ou à l'occasion de consultations. Il n'était pas question de bioéthique ni même
34
35 de « problèmes éthiques », mais plus simplement de cas de conscience. La frustration de
36
37 certains professeurs et étudiants de l'ESPK et de l'UNIKIN était grande, alimentée par le
38
39 besoin d'éclairer ces dilemmes et de trouver des pistes de réponse comme le faisaient les
40
41 bioéthiciens d'autres continents. Mais pour faire évoluer la situation, il y avait quelques
42
43 défis de taille à relever, ceux-ci étant toujours d'actualité.
44
45
46
47
48
49

50
51 On pourrait d'abord évoquer un *défi linguistique*. La littérature en bioéthique, comme en
52
53 sciences d'ailleurs, était et est toujours majoritairement anglophone. Or peu de Congolais
54
55 parlent ou lisent l'anglais. Cette difficulté d'accès à l'anglais réduit évidemment les
56
57

58
59 ce type de projets.
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 ressources pédagogiques disponibles. De plus, le français est pour beaucoup de Congolais
5
6 une deuxième voire une troisième langue. Dans un tel contexte, l'idéal pour une
7
8 formation en bioéthique serait de pouvoir jongler avec le français, le lingala, le kiswahili
9
10 et éventuellement d'autres langues locales, surtout si l'on souhaite que l'impact de la
11
12 formation ne se limite pas aux élites médicales et universitaires occidentalisées.
13
14 Malheureusement, il n'existe pas encore de ressources pédagogiques pour faire face à une
15
16 telle demande. En outre, il n'est pas facile de trouver des formateurs à la fois polyglottes
17
18 et possédant des compétences suffisantes en bioéthique.
19
20
21
22
23

24 Un deuxième défi à relever était *conceptuel*. En 2004, les rares travaux de bioéthique
25
26 écrits en français par des Africains [11] étaient souvent marqués par une conception
27
28 restrictive de la bioéthique. Sans surprise, les auteurs de ces travaux reproduisaient une
29
30 conception héritée de leur formation dans des universités européennes. Selon cette
31
32 conception, la bioéthique serait l'étude des questions éthiques suscitées par l'émergence
33
34 des nouvelles technologies médicales, comme l'euthanasie, l'assistance respiratoire, la
35
36 procréation médicalement assistée, le diagnostic prénatal, les bio-banques et les thérapies
37
38 cellulaires. C'est très précisément de cette façon que Gilbert Hottois, par exemple, un des
39
40 acteurs clefs de la scène bioéthique francophone dans les années 90, définit le champ de
41
42 la bioéthique : « [...] il s'agit de questions suscitées par des avancées nouvelles
43
44 (recherches et applications) des technosciences biomédicales et impliquant donc la
45
46 manipulation du vivant (spécialement humain) » [12]. Or, dans des environnements où la
47
48 pénétration de ces nouvelles technologies reste très limitée, la conception restrictive
49
50 risque de faire de la bioéthique une discipline non pertinente localement.
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 *A contrario*, une conception plus large de la bioéthique, mais également mieux ancrée
5
6 localement, se tournera spontanément vers des questions comme la difficulté des patients
7
8 pour payer leurs frais d'hospitalisation, les médicaments frelatés, les conflits entre
9
10 médecine occidentale et médecine traditionnelle, les droits des patients bafoués ou encore
11
12 la fuite des cerveaux.
13
14

15
16
17 On pourrait ainsi soutenir que la conception « technologique » étroite de la bioéthique a
18
19 en réalité eu un effet préjudiciable sur le développement de la bioéthique dans un
20
21 environnement où les ressources sont peu abondantes. C'est précisément ce qui amène
22
23 une nouvelle génération de bioéthiciens africains à soutenir une « bioéthique en quête
24
25 d'authenticité » [13], c'est-à-dire une bioéthique essentiellement préoccupée par les
26
27 questions brûlantes en matière de santé que les populations locales doivent affronter
28
29 chaque jour.
30
31
32

33
34
35 Un troisième défi pour changer la donne en matière de bioéthique à Kinshasa était
36
37 *politique et culturel*. La société congolaise est fortement hiérarchisée, comme c'est le cas
38
39 dans beaucoup d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Cette situation ne constitue pas en
40
41 soi un problème, mais il faut en tenir compte lorsqu'on veut développer un projet de
42
43 formation à la bioéthique. Ainsi, dans le cadre du projet « Renforcer les Capacités en
44
45 Bioéthique et la Justice en matière de Santé », nous avons organisé un grand forum de
46
47 réflexion à Kinshasa autour de la question des droits du patient congolais. Cette activité
48
49 réunissait des professionnels de la santé, des juristes, des représentants de malades et des
50
51 décideurs institutionnels. L'objectif était de parvenir à constituer une charte des droits du
52
53 patient qui serait utilisée comme plaidoyer auprès des autorités politiques en vue
54
55 d'améliorer la prise en charge des malades. L'enthousiasme de départ chez les
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 participants était vraiment encourageant pour l'équipe qui avait organisé le forum. Mais
5
6 très vite, parallèlement à l'enthousiasme, une crainte est apparue : celle de fâcher les
7
8 autorités, avec pour effet immédiat un accès plus compliqué aux rares ressources
9
10 médicales disponibles. Les domaines de la médecine et de la santé publique sont
11
12 imprégnés de traditions fortement paternalistes. Dans ce contexte, les bioéthiciens - et
13
14 ceux qui adhèrent à leurs idées – sont susceptibles de courir des risques dès qu'ils
15
16 remettent en question les valeurs établies.
17
18
19
20
21

22 De plus, il existe au sein de la bioéthique congolaise un courant très conservateur, lié à
23
24 l'enracinement de la moralité congolaise dans la tradition religieuse. Il s'agit là d'une des
25
26 raisons pour lesquelles la littérature bioéthique contemporaine, qui est largement laïque,
27
28 n'est pas toujours facilement utilisable dans le contexte congolais. Ainsi, selon Evariste
29
30 Likinda, la tâche de la bioéthique en RDC est de « (...) savoir comment recevoir la
31
32 science et la technologie sans diluer pour autant les valeurs anthropologiques essentielles
33
34 qui restent profondément enracinées dans les cultures et les traditions » [14]. Ces valeurs
35
36 dont parle Likinda sont la vie humaine perçue comme un don, la solidarité, le respect des
37
38 ancêtres et du monde des esprits, la participation à une communauté dont les intérêts
39
40 propres priment sur ceux des individus qui la constituent.
41
42
43
44
45
46

47 Sébastien Muyengo va plus loin encore en pointant la religion comme une source
48
49 essentielle de la bioéthique africaine : « Si la bioéthique est vraiment une éthique de la
50
51 vie, il nous semble qu'en Afrique Noire, nous devons lever l'option dès le point de
52
53 départ. Au-delà des différences, des idéologies, des cultures et des religions, on ne peut
54
55 débattre du problème de la vie ou traiter de la question du respect de la personne humaine
56
57 sans se référer aux traditions culturelles et religieuses des peuples, autrement dit, sans se
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 référer à ce qui constitue ici la transcendance : Dieu et le monde des esprits, des
5 ancêtres ». Dans ce contexte, le positionnement critique classique de la bioéthique
6 apparaît inévitablement comme une difficulté et sera même perçu comme une forme de
7 dictature de la pensée : « C'est là que nous autres Africains éprouvons des difficultés à
8 dialoguer avec nos amis Occidentaux qui, sans tenir compte de nos 'a priori' culturels,
9 religieux, mentaux, etc. nous imposent leurs schémas pour penser la vie, la mort, la
10 personne humaine, les valeurs, etc. A tort ou à raison, en Afrique-Noire, on ne peut pas
11 penser ces choses-là sans penser Dieu, les ancêtres, l'au-delà » [15].
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

24 La posture critique de l'éthicien est évidemment mise à mal pour une telle approche de la
25 bioéthique. Il serait beaucoup plus cohérent de parler ici de bio-morale, c'est-à-dire du
26 déploiement de principes et de valeurs souvent de nature religieuse et communément
27 acceptés, pour analyser et résoudre les questions pratiques qui se posent à l'être humain
28 dans le domaine des soins de santé.
29
30
31
32
33
34
35
36

37 Il est temps maintenant de revenir aux deux questions évoquées au début de cet article.
38 Elles nous serviront de guide pour tirer quelques enseignements par rapport aux défis
39 auxquels notre projet nous a confronté.
40
41
42
43
44

45 **Questions en suspens et leçons tirées**

46
47

48 Notre première question était : Pourquoi promouvoir la bioéthique dans un
49 environnement aussi difficile que celui de la RDC ? On pourrait défendre l'idée que les
50 initiatives de ce genre ne seraient pas nécessaires, voire qu'elles seraient même futiles.
51 Examinons cela en détail. Le développement de la bioéthique peut-il apporter quelque
52 chose à l'Afrique en général et à la RDC en particulier ? La réponse à cette question va
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 dépendre de la définition qui sera donnée au terme « bioéthique ». Si la bioéthique est
5
6 envisagée comme une réflexion sur les progrès en matière de biotechnologies de pointe,
7
8 elle ne sera effectivement, comme l'écrit S. Muyengo, qu'un « bel exercice académique,
9
10 une vue d'esprit (sic) sans aucun impact sur la vie des gens » [16]. Mais cette approche
11
12 de la bioéthique appartient au passé et ne correspond plus du tout à ce qui est enseigné
13
14 aujourd'hui. Voici à titre d'exemple comment la bioéthique est définie dans les
15
16 formations offertes dans le cadre de notre projet : « La bioéthique désigne aujourd'hui la
17
18 mise en œuvre d'une réflexion critique sur les valeurs en jeu dans les pratiques de soin et
19
20 les recherches scientifiques touchant à la santé humaine et animale. Pour analyser ces
21
22 valeurs, la bioéthique mobilise des acteurs scientifiques issus de diverses disciplines: la
23
24 médecine, le droit, la philosophie, la sociologie, la théologie, etc., et a recours à des outils
25
26 méthodologiques spécifiques. Le transfert de ces recherches peut déboucher sur la
27
28 proposition de repères éthiques destinés à guider les activités des soignants et des
29
30 chercheurs concernés ». Cette définition renvoie implicitement à trois spécialités dont la
31
32 réunion constitue le corpus bioéthique : l'éthique clinique, l'éthique de la recherche et
33
34 l'éthique de la santé publique.
35
36
37
38
39
40
41
42
43

44 Définir précisément le champ de la bioéthique ne suffit cependant pas à écarter
45
46 totalement l'accusation de futilité, car si le cadre disciplinaire est essentiel, encore faut-il
47
48 être au clair sur le contexte auquel il s'applique. S'agissant du continent africain, Cl. T.
49
50 Andoh, par exemple, pointe les immenses défis économiques et sociaux auquel celui-ci
51
52 est confronté, en particulier en matière de santé. L'Afrique paie un incroyable tribut aux
53
54 maladies infectieuses comme le SIDA et les maladies tropicales telles que la malaria ou
55
56 la maladie du sommeil [17]. Ce contexte particulier est un vrai défi pour la bioéthique qui
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 devrait en faire un élément clef de son arsenal réflexif. Pour la RDC, plus
5
6 particulièrement, S. Muyengo est très précis lorsqu'il pointe les priorités locales : « Il
7
8 suffit de séjourner dans nos hôpitaux pour s'en rendre compte : des hommes meurent par
9
10 manque de couverture sociale, par carence d'équipements matériels adéquats et même
11
12 des (sic) médicaments, par l'insuffisance de formation, négligence et souvent mauvaise
13
14 volonté du personnel médical, etc. » [18].
15
16
17
18

19
20 Lorsqu'elle forme les citoyens à s'intéresser à ces problématiques, la bioéthique n'a rien
21
22 de futile, bien au contraire. Il reste toutefois à être vigilant sur l'apport spécifique de la
23
24 bioéthique lorsqu'elle se penche sur ces urgences sanitaires. Autrement dit, pourquoi se
25
26 former à la bioéthique dans des régions dominées par la grande précarité et pas plutôt
27
28 renforcer la qualité des soins, la recherche en matière de santé, l'alphabétisation, les
29
30 données épidémiologiques, les lois, l'économie, l'anthropologie, etc. ? Posée de cette
31
32 façon, la question est nécessairement piégée. Il ne devrait pas y avoir une quelconque
33
34 concurrence entre la bioéthique, les soins, le droit ou l'économie. La bioéthique est par
35
36 nature interdisciplinaire et critique. Elle accompagne les pratiques, les découvertes et les
37
38 théorisations dans le domaine de la santé. Il n'y a donc pas à choisir entre la bioéthique et
39
40 d'autres disciplines indispensables au développement de l'Afrique, mais il y a à
41
42 conjuguer ces domaines, dans le respect de priorités évidentes : il ne peut par exemple y
43
44 avoir d'éthique des soins de santé là où il n'y a pas de soins.
45
46
47
48
49
50

51
52 Après avoir traité la difficile question de l'utilité de la formation à la bioéthique en RDC,
53
54 il reste à réfléchir sur la nature idéologique de celle-ci. Autrement dit : *Comment la*
55
56 *bioéthique peut-elle être promue sans imposer des structures ou des valeurs étrangères ?*
57
58 Cette question, que De Vries et Rott appellent le « problème d'exportation » [19], doit
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 être prise au sérieux étant donné l'incontestable prédominance des pays occidentaux en
5
6
7 matière de bioéthique. Cela dit, l'accusation pourrait être élargie. L'Occident n'influence
8
9 pas l'Afrique qu'en matière de bioéthique. Toutes les capitales du monde tendent de plus
10
11 en plus à se ressembler, avec pour modèle les stéréotypes occidentaux, tant en termes de
12
13 mode, d'architecture ou de technologie. La société congolaise n'échappe évidemment pas
14
15 à ce phénomène de mondialisation.
16
17

18
19 En prenant pour exemple l'Afrique du Sud, K. G. Behrens montre qu'une volonté
20
21 d'émancipation à l'égard du modèle occidental prend une ampleur grandissante dans les
22
23 milieux académiques africains, notamment chez les étudiants. Ceux-ci dénoncent
24
25 l'uniformisation de l'enseignement universitaire en Afrique, au mépris des valeurs et des
26
27 traditions locales. Les savoirs et les outils de diffusion utilisés seraient calqués sans
28
29 discernement sur ce qui est proposé dans les pays occidentaux, au mépris des besoins
30
31 locaux. La philosophie et la bioéthique souffriraient particulièrement de cette situation, la
32
33 dernière en particulier étant encore et toujours dominée par le principisme et les grands
34
35 courants éthiques classiques (l'utilitarisme, le déontologisme, l'éthique du care, l'éthique
36
37 des vertus, etc.) [20].
38
39
40
41
42
43

44 Un tel constat, bien que très interpellant, ne devrait toutefois pas nous faire regretter les
45
46 nombreuses initiatives menées dans le cadre de notre projet Fogarty ni nous inciter au
47
48 pessimisme quant aux projets à venir. En effet, un élément important est souvent gommé
49
50 des critiques que nous venons d'exposer au sujet de la toute-puissance occidentale en
51
52 matière de bioéthique. S'il y a bien un mouvement massif d'exportation des valeurs
53
54 occidentales dans l'univers de l'éthique des soins de santé africain, le mouvement inverse
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 est également bel et bien amorcé. Les valeurs africaines sont elles-mêmes à la base d'un
5
6
7 questionnement critique des fondements de la bioéthique occidentale.

8
9
10 Ainsi, la philosophie Ubuntu est aujourd'hui largement utilisée pour questionner le
11
12 dogme occidental de la prévalence de l'autonomie individuelle dans les soins de santé
13
14 [21]. Selon ceux qui ont tenté de la conceptualiser, la philosophie Ubuntu correspond à
15
16 une vision du monde partagée par la plupart des peuples africains au Sud du Sahara. Le
17
18 concept trouverait son origine dans les langues bantoues d'Afrique du Sud et a
19
20 notamment inspiré Desmond Tutu, Prix Nobel de la paix, dans son entreprise de
21
22 réconciliation nationale [22].
23
24
25

26
27 Avec cette morale, l'accent est mis sur l'interdépendance des êtres humains ainsi que sur
28
29 leur relation avec le cosmos. Une telle approche relationnelle de l'être humain a
30
31 évidemment des conséquences pratiques. Ainsi, on reconnaîtra bien entendu à l'individu
32
33 des droits inaliénables (droit à la vie, droits humains en général), mais c'est néanmoins
34
35 les intérêts de la communauté qui prévaudront sur ceux des individus. L'autonomie
36
37 individuelle est importante, mais ne peut pas s'exercer au détriment de la communauté.
38
39
40 La recherche du bien commun sera prioritaire [22].
41
42
43

44
45 Nous pensons qu'un mouvement de partage des valeurs morales entre l'Afrique et
46
47 l'Occident est amorcé et que la formation en bioéthique pourra largement en bénéficier.
48
49 L'idéal serait que les communautés parviennent à penser les questions éthiques qu'elles
50
51 ont à affronter en préservant leurs propres valeurs et en entrant en résonance avec elles.
52
53 Mais il serait particulièrement regrettable d'encourager dans le même mouvement une
54
55 sorte de repli identitaire qui refuserait toute autocritique. Tout est-il donc si merveilleux
56
57 au pays de la bioéthique africaine ? N'est-il pas intéressant, en Afrique, comme en
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 Occident, de questionner en profondeur ses racines et ses valeurs pour mieux répondre
5
6 aux défis locaux ? C'est là qu'un métissage bioéthique prend tout son sens.
7
8

9
10 Quelles sont les initiatives qui peuvent favoriser cette pratique métissée de la bioéthique ?

11
12 Nous pensons ici à trois approches avec lesquelles notre projet a rencontré un certain
13
14 succès.
15

16
17
18 1. *Resocialiser la bioéthique*. Comme nous l'avons mentionné précédemment dans cet
19
20 article, il y a eu une forte tendance, tant en RDC que partout ailleurs en Afrique
21
22 francophone, de considérer la bioéthique comme une réponse morale à l'irruption des
23
24 nouvelles technologies dans le monde de la santé. Des conceptions plus larges de la
25
26 bioéthique semblent émerger. Dans *Les Fondements éthiques de la bioéthique* (2014), le
27
28 philosophe congolais Basile Ekanga met en évidence le caractère évolutif de la définition
29
30 de la bioéthique. Il insiste sur son caractère interdisciplinaire et critique, en la présentant
31
32 comme une entreprise qui « concerne tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre,
33
34 s'occupent de la santé en général et de la maladie en particulier » [23]. Likinda, de son
35
36 côté, place clairement les questions sociales au cœur même de la démarche bioéthique,
37
38 sans la restreindre à un observatoire critique des progrès biotechnologiques : « La
39
40 bioéthique, loin d'être limitée aux conséquences éthiques des avancées scientifiques et
41
42 biotechnologiques, s'étend à des problèmes sociaux qui doivent être considérés comme
43
44 prioritaires dans un pays comme la RDC. Le principal défi de l'activité bioéthique ici et
45
46 maintenant va être de mettre ces questions sociales à l'agenda » [24].
47
48
49
50
51
52
53

54
55 Notre projet en RDC a essayé d'étendre la portée et les thématiques habituelles de la
56
57 bioéthique telle qu'elle est enseignée dans les pays occidentaux. Dans nos programmes
58
59 de cours sur place, nos ateliers de formation ou nos colloques, le mot d'ordre était de
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 rappeler constamment qu'une difficulté en éthique de la recherche, en éthique de la santé
5 publique ou en éthique clinique gagne souvent à intégrer une réflexion sur la justice
6 sociale ou les déterminants sociaux de la santé. Cette idée trouve bien entendu à
7 s'appliquer dans d'autres contextes que celui de la RDC [25].
8
9

10
11
12
13
14
15 2. *Ethno-bioéthique*. Dans une publication récente, Chantal Bouffard et Ana Marin
16 parlent de l'importance de ce qu'elles appellent une « éthique ethnomédicale » [26]. Pour
17 bien comprendre ce concept, il faut le mettre en relation avec l'effort de plusieurs
18 anthropologues pour recontextualiser ethnologiquement la bioéthique [27]. Ceux qui
19 défendent l'idée très controversée que la médecine occidentale est une parmi d'autres,
20 qu'il est possible de soigner efficacement l'être humain en s'écartant du modèle
21 biomédical classique, estiment qu'il faudrait également s'ouvrir à la pluralité des éthiques
22 accompagnant ces pratiques. Ainsi, Chantal Bouffard défend-elle l'idée que la bioéthique
23 pourrait être envisagée comme une « ethnoéthique » en rappelant le contexte culturel
24 précis dans lequel la discipline est née et en questionnant son universalité [28]. La
25 rationalité propre à la bioéthique occidentale et ses prescriptions normatives ne sont pas
26 nécessairement universelles, pas plus que d'autres phénomènes culturels.
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43

44 Une telle approche ethnologique de la bioéthique est particulièrement stimulante et
45 importante pour tout projet de formation. Non seulement, elle replace la bioéthique dans
46 son contexte culturel particulier, mais elle nous invite en plus à être attentif en tant que
47 formateur à l'ancrage culturel du public à qui nous nous adressons. Cependant, il est
48 important d'ajouter que la prise en compte du particularisme culturel de la bioéthique
49 n'enlève rien à l'intérêt d'une formation en la matière. En effet, bien qu'ancrée dans la
50 culture occidentale, la bioéthique ne présente-t-elle pas des dimensions universelles qu'il
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 ne faudrait pas balayer trop vite au nom d'un relativisme aveugle ? En ce sens, G.
5
6 Tangwa, l'un des plus grands défenseurs d'une bioéthique africaine, estime qu'il existe
7
8 bien des « impératifs éthiques universels », tels que ceux repris dans le principisme [29]
9
10 (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice sociale), mais il ajoute immédiatement
11
12 que : « il faut être attentif au contexte ». Ainsi, le respect du principe d'autonomie devra
13
14 prendre en compte le fait essentiel que de nombreuses communautés estiment que « les
15
16 individus n'ont aucun secret important pour leurs parents et leurs proches, sous peine
17
18 d'être soupçonnés d'initiation à la sorcellerie ». Le principe d'autonomie ne pourra ici
19
20 être interprété en termes de confidentialité, mais plutôt comme « *respect pour les autres*
21
22 *êtres humains* comme égaux moraux » [30].
23
24
25
26
27
28

29 Notre projet a, d'une façon générale, cherché à tenir compte du contexte particulier dans
30
31 lequel évoluaient ceux qui participaient à nos formations, sans jamais basculer dans un
32
33 relativisme paralysant. L'exemple de la responsabilité des chercheurs concernant l'offre
34
35 de soins ancillaires [31] nous semblait intéressant de ce point de vue et nous a encouragé
36
37 à organiser en RDC une formation en éthique de la recherche à partir de ce thème précis
38
39 [32]. Dans un cadre occidental, le participant à une recherche s'inquiétera légitimement
40
41 d'être correctement informé des risques qu'il prend. Il cherchera probablement également
42
43 à savoir s'il sera correctement pris en charge au cas où il serait victime d'un effet
44
45 secondaire. Lorsque la recherche est conduite dans un pays en développement, ces
46
47 inquiétudes seront sans doute présentes, mais une question supplémentaire risque de
48
49 tracasser le participant local: les chercheurs feront-ils quelque chose pour moi si, durant
50
51 le déroulement de leur recherche, je développe un problème de santé sans lien direct avec
52
53 le phénomène étudié ? On pourrait par exemple penser à une personne développant une
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 malaria très grave alors qu'elle participe à une recherche sur les maladies cardio-
5 vasculaires. Alors qu'en Occident, la personne en question se tournera spontanément vers
6 le système de santé du pays, tout sera beaucoup plus compliqué dans un pays à faible
7 ressource, avec un réseau sanitaire déficient. Quelles sera alors la responsabilité morale
8 des chercheurs à l'égard de ce participant ?
9

10
11
12
13
14
15
16
17 3. *Institutionnalisation*. Si l'on veut qu'une formation en bioéthique soit durable et
18 qu'elle s'intègre au tissu social local, il faut absolument lui trouver une accroche
19 institutionnelle. En conduisant notre projet en RDC, nous avons appris que le
20 développement de la bioéthique dans un pays marqué par la précarité passe certes des
21 collaborations étroites avec des institutions de soins locales prestigieuses, mais aussi et
22 surtout par un investissement massif du monde académique. Ainsi, il faut veiller à ce que
23 ceux qui ont été formés à la bioéthique puissent obtenir des postes universitaires. Et il
24 faut se battre pour que la discipline bioéthique soit intégrée dans les programmes
25 académiques existants.
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

38
39 Notre propre programme de formation a enregistré des résultats non négligeables dans ce
40 domaine, en créant pour deux ans un master en santé publique avec une option bioéthique
41 à l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa et en soutenant le cursus
42 universitaire de plusieurs chercheurs. La bioéthique est désormais présente dans le
43 programme de nombreux étudiants en médecine et dans les disciplines paramédicales à
44 l'Université de Kinshasa. Mais il reste encore beaucoup à faire, compte tenu de la rigidité
45 des programmes et de la résistance au changement de certains enseignants.
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

57 **Conclusion**

58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 Un projet de formation à la bioéthique dans un contexte aussi difficile que celui de la
5
6 RDC est nécessairement confronté à de nombreux défis. Il s'agit bien de défis et non pas
7
8 d'obstacles insurmontables. Après avoir présenté notre propre projet, nous avons montré
9
10 qu'en matière de bioéthique, le choix de la langue de communication constitue un enjeu
11
12 essentiel. Il faut veiller à utiliser une langue que les apprenants maîtrisent. Mais il faut
13
14 également être très attentif à la bonne compréhension du champ disciplinaire dans lequel
15
16 s'inscrivent les formations proposées, tout autant que le contexte culturel local.
17
18
19
20

21
22 Ce faisant, parvient-on à éviter les critiques parfois dures qui ont été adressées aux
23
24 responsables des projets du type de celui que nous avons conduit ? L'une des critiques les
25
26 plus acerbes concerne l'utilité même de ces projets de recherche. Si l'on s'en tient aux
27
28 définitions les plus anciennes de la bioéthique présentant cette discipline comme le
29
30 gardien moral scrutant les derniers progrès biotechnologiques, il faut reconnaître qu'une
31
32 telle démarche aura peu de sens dans des régions marquées par la grande précarité. Mais
33
34 si l'on envisage la bioéthique comme une démarche interdisciplinaire d'accompagnement
35
36 et de réflexion sur les pratiques locales en matière de santé, cela a du sens de se donner
37
38 les moyens d'une vision globale et critique de la façon dont on soigne les êtres humains.
39
40
41
42
43

44 Une fois que l'on a clarifié ces éléments conceptuels, il devient alors plus facile
45
46 d'affronter la question de l'éventuel caractère idéologique de la bioéthique que l'on
47
48 pourrait formuler de cette façon : Les projets occidentaux de formation à la bioéthique
49
50 n'auraient-ils pour premier objectif d'imposer aux pays en développement les valeurs
51
52 occidentales en matière de santé et de recherche ?
53
54
55
56

57 L'interpellation est à prendre très au sérieux. En effet, on ne peut nier les origines
58
59 occidentales de la bioéthique, mais cela signifie-t-il qu'un non-occidental n'aurait rien à
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4 en apprendre ? Dans ce débat, nous avons défendu l'idée qu'au-delà de ses
5
6 particularismes, la bioéthique occidentale présente des dimensions universelles
7
8 partageables avec tout être humain. Réciproquement, il est clair que l'approche africaine
9
10 des questions d'éthique de la santé (l'approche Ubuntu, par exemple) éclaire
11
12 universellement les débats actuels. Un métissage de la réflexion bioéthique est
13
14 indispensable, dans la conscience et le respect des ancrages culturels des communautés
15
16 en présence.
17
18
19
20

21
22 Comme l'expérience nous l'a appris, ce métissage doit passer par le respect de deux
23
24 conditions essentielles. La première concerne la dimension sociale du projet bioéthique.
25
26 Il est évident que dans un pays comme la RDC, la question sociale se cache derrière
27
28 chaque interrogation éthique. Comment parler d'éthique des soins de santé (ou d'éthique
29
30 de la recherche) sans avoir en tête les difficultés pour une majorité des Congolais d'y
31
32 avoir accès en raison de la précarité ambiante ? La deuxième condition évoquée, bien que
33
34 moins sensible que la première, est néanmoins tout aussi importante. Elle porte sur la
35
36 nécessité d'institutionnaliser la bioéthique si on veut en pérenniser le poids social. Un tel
37
38 mouvement passera notamment par l'ouverture de postes universitaires, la création de
39
40 cours spécifiques ou l'ajout de chapitres consacrés à la bioéthique dans les enseignements
41
42 existants. Dès lors, il est clair que dans un environnement aussi difficile que celui de la
43
44 RDC, le développement de la bioéthique est intimement lié à la détermination et à
45
46 l'engagement des acteurs locaux et des institutions.
47
48
49
50
51
52

53
54 Conflits d'intérêts : aucun
55

56 Notre projet intitulé « Stengthening capacities in bioethics and justice in health » a été
57
58 financé par Fogarty International Center (NIH).
59
60
61
62
63
64
65

Références

- [1] <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cg.html>. Consulté le 19/05/2017.
- [2] <http://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview>. Consulté le 19/05/2017.
- [3] Fayemi A. K., Macaulay-Adeyelure O. C. Decolonizing Bioethics in Africa. *BEOnline*. 2016 ; 3(4): 68–90.
- [4] Chadwick R, Schuklenk U. Bioethical colonialism? *Bioethics* 2004;18(5): iii-iv.
- [5] De Vries R, Rott L. Bioethics as missionary work: the export of Western ethics to developing countries? In: Myser C. (ed.) *Bioethics around the globe*. New York: Oxford University Press; 2008. p. 3-18.
- [6] Hellmann F, Garrafa V, Schlemper Jr BR, Bittencourt S. The Fogarty training program in low- and middle-income countries: international research ethics education or moral imperialism? *Arch Med Res* 2015; 46(6): 515-516.
- [7] Engelhardt, H. T. The Search for a Global Morality : Bioethics, the Culture Wars, and Moral Diversity, in Engelhardt, H. T. (ed.), *Global Bioethics. The Collapse of Consensus*. Salem: M & M Scrivener Press; 2006: p. 18-49.
- [8] Patwardhan, B. : Need to recognize efforts from developing countries. *Bioethical Inquiry* 2016; 13: 19.
- [9] Borry P, Schotsmans P, Dierickx K: Developing countries and bioethical research. *N Engl J Med* 2005, 353:852-853. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K: How international is bioethics? A quantitative retrospective study. *BMC Med Ethics* 2006,7:E1.
- [10] Ndebele P, Wassenaar D, Benatar S, Fleischer T, Kruger M, Adebamowo C et al. : Research ethics capacity building in Sub-Saharan Africa: a review of NIH Fogarty funded programs 2000-2012. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2014;9(2):24-40.
- [11] Par exemple : Muyengo Mulombe S. La bioéthique. Quelques perspectives africaines. *Revue Africaine de théologie* 1988 ; 12 (23-24) : 187-195 ; Mbambi Monga Oliga M. Science moderne et morale. Brèves réflexions sur la bioéthique. *Revue philosophique de Kinshasa* 1992 ; 10 (9) :19-32. Musambi Malongi F. Des enjeux éthiques des nouvelles technologies biomédicales. *Revue philosophique de Kinshasa* 2003 ; 14 (25-26) :37-51.
- [12] Hottois G. Bioéthique. In : Hottois G., Missa J.-N. (Dir.) *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : De Boeck Université ; 2001 : p. 127.
- [13] Andoh C. T. Bioethics and the Challenges to Its Growth in Africa. *Open Journal of Philosophy* 2011 ;1(2) : 67-75.
- [14] Likinda EB. Congo, Democratic Republic of. In: ten Have H, Gordijn B. (eds.) *Handbook of Global Bioethics*. Dordrecht: Springer Reference; 2014: 1041.
- [15] Muyengo Mulombe S. La bioéthique en Afrique. Pourquoi, pour qui, comment ? *Sarrebrücken :Éditions universitaires européennes* ; 2012 : p. 75.
- [16] Muyengo Mulombe S. La bioéthique en Afrique. *Op. cit.* : p. 52.
- [17] Andoh C. T. Bioethics and the challenges to its growth in Africa. *Op. cit.*: p. 67.
- [18] Muyengo Mulombe S. La bioéthique en Afrique. *Op. cit.* : p. 53.
- [19] De Vries R, Rott L. Bioethics as missionary work: the export of Western ethics to developing countries? *Op. cit.*
- [20] Behrens K. G. Hearing sub-Saharan African voices in bioethics. *Theor Med Bioeth* 2017; 38:95–99

- 1
2
3
4 [21] Behrens K. G. A critique of the principle of ‘respect for autonomy’, grounded in
5 African thought. *Developing World Bioeth.* 2017;1–9.
6 [22] Tumaini Chuwa L. African indigenous ethics in global bioethics. *Interpreting*
7 *Ubuntu*. Volume I. Dordrecht: Springer; 2014.
8 [23] Ekanga B. *Les fondements éthiques de la bioéthique*. Bloomington : iUniverse LLC
9 ; 2013 : p. xvii.
10 [24] Likinda E. B. Congo, Democratic Republic of. In: ten Have H, Gordijn B. (eds.)
11 *Handbook of Global Bioethics*. Dordrecht: Springer Reference; 2014. p. 1039.
12 [25] Ravez L. La pauvreté comme référentiel en bioéthique. In : Py B, Violla F, Léonhard
13 J (coord.). *Mélanges en l'honneur de Gérard. Mémeteau. Droit médical et éthique*
14 *médicale: regards contemporains*. Paris: LEH Editions; 2015: p. 225-233. Rennie S,
15 Mupenda B. Living apart together: reflections on bioethics, global inequality and social
16 justice. *Philosophy, ethics and humanities in Medicine* 2008; 3:25.
17 [26] Bouffard C, Marin A. Juste un mot. La rencontre des ethnomédecines et des
18 ethnoéthiques. *Journal International de Bioéthique* 2015 ; 26(4): p.15-16.
19 [27] Marshall P. A., Koenig B. A. Bioéthique et anthropologie : Situer le ‘bien’ dans la
20 pratique médicale. *Anthropologie et Sociétés* 2000; 242: 35–55.
21 [28] Bouffard C. Bioéthique de la recherche et diversité culturelle. In : Kopp N. et al.
22 (Dir.) *Éthique médicale interculturelle. Regards francophones*. Paris : L’Harmattan ; 2006
23 : p. 168-178.
24 [29] Beauchamp T. L., Childress J. F.. *Principles of biomedical ethics*. 7th Edition. New
25 York: Oxford University Press; 2013.
26 [30] Tangwa G. B. Bioéthique et recherche biomédicale internationale sous l’angle de la
27 philosophie et de la culture africaines. In : Hirsch F., Hirsch E. (Dir.) *Éthique de la*
28 *recherche et des soins dans les pays en développement*. Paris : Vuibert ; 2005 : p. 62.
29 [31] On pourrait définir cette responsabilité en matière de soins ancillaires comme celle
30 qu’auraient des scientifiques qui conduisent une recherche médicale à l’égard de
31 maladies ou de blessures non causées par l’étude mais touchant des personnes participant
32 à cette recherche. Voir Richardson, H. *Moral entanglements: The ancillary-care*
33 *obligations of medical researchers*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
34 [32] Tshikala T. et al. Engaging with research ethics in central Francophone Africa:
35 reflections on a workshop about ancillary care. *Philosophy, Ethics, and Humanities in*
36 *Medicine* 2012; 7:10
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65