



## Bioéthique et gouvernance des risques épidémiques dans l'espace culturel ouest-africain

**Dr KABLAN Andrédou Pierre**

Maître-Assistant

Université Alassane Ouattara

UFR-Communication, Milieu et Société

Département de Philosophie

E-mail: [andredou@yahoo.fr](mailto:andredou@yahoo.fr)

**Résumé :** Le défi que doit relever la rationalité des politiques de gestion et de prévention des risques épidémiques réside dans la difficulté d'intégrer la dynamique des structures de l'ontologie culturelle africaine qui détermine le comportement moral et fonde les perceptions de la maladie et de la santé. Elle est une entrave réelle aux politiques de santé publique perçues comme une entreprise d'acculturation et de déliance fraternelle ainsi qu'on l'a vu avec la gestion de l'épidémie du virus Ebola en Afrique de l'Ouest. La réflexion bioéthique s'en trouve interpellée. Si elle privilégie le respect de la dignité humaine dans toutes les tendances de la santé publique, elle souligne que les politiques sanitaires doivent impliquer l'éducation publique en développant la culture biologique des populations. Enfin, pour mieux maîtriser les risques épidémiques dans l'environnement culturel ouest-africain, elle suggère qu'il faut tendre vers leur gouvernance sous-régionale.

**Mots-clés:** Afrique, Bioéthique, Culture, Dignité, Ebola, Risques épidémiques, Santé publique.

**Abstract:** The challenge facing the rationality of policies for the management and prevention of epidemic risks lies in the difficulty of integrating the structural dynamics of African cultural ontology, which determines moral behavior, and in which perceptions of disease and health are grounded. It is a real hindrance to public health policies, in as much as they are considered as an acculturation process and a curb on fraternal relationship as well; as it was the case with the management of Ebola epidemic in West Africa. It is an issue which calls forth Bioethics reflection. While it favors respect for human dignity in all public health trends, bioethics also requires that health policies must involve public education by developing the biological culture of populations. Finally, in order to better control the epidemic risks in the West African cultural environment, bioethics suggests an approach based on sub-regional governance.

**Keywords:** Africa, bioethics, culture, dignity, Ebola, epidemic risks, public health.

## Introduction

L'histoire récente du virus Ebola interpelle toujours les pouvoirs publics, Etats et Gouvernements de l'espace ouest-africain sur l'éthique de la recherche en santé publique et de la gouvernance des risques épidémiques. Cette préoccupation met en relief la complexité d'une définition cohérente de l'ensemble des dispositifs d'anticipation et de traitement qui soient en phase avec les exigences éthiques. Car en situation de flambée épidémique, comment déterminer une politique de santé publique qui soit à la fois rationnelle, raisonnable et justifiable, c'est-à-dire en fin de compte scientifiquement, socialement et éthiquement acceptable ? Cette question traduit toute la complexité des approches épidémiologiques et de l'efficacité d'ensemble des politiques de santé publique dans un univers où la morale, les modes de vie et les attitudes de penser, c'est-à-dire les comportements d'ensemble, sont enracinés dans les structures dynamiques de l'ontologie culturelle africaine., centrée sur la fraternité historique des populations et des communautés. Celle-ci traduit l'idée que l'Africain est un être historiquement relié ainsi qu'on le voit bien dans l'exercice fraternel des solidarités familiales, communautaires et culturelles.

A bien regarder les choses, ces solidarités constituent des obstacles épistémologiques à l'argument scientifique et aux politiques d'appropriation de la culture de santé publique qu'exige le besoin de réduction des maladies à hauts risques épidémiques. Comment donc intégrer les dimensions éthiques de l'exercice africain de ces solidarités fraternelles et communautaires dans la rationalité des politiques de santé publique pour en faire des instruments méthodologiques de recherche dans la gouvernance opérationnelle des risques épidémiques ? Ces questions sont légitimées par l'histoire de la gestion du virus Ebola en Afrique de l'Ouest, riche d'enseignements sur cette réflexion.

Au regard de de l'incontrôlabilité individuelle de la dynamique spatiale de ce virus et en l'absence de tout traitement, des mesures de diverses natures avaient été prises : le confinement, la mise en quarantaine des personnes suspectées malades et la fermeture des frontières entre États ouest-africains. On avait alors créé des frontières entre les personnes afin de rompre la chaîne de contamination d'homme à homme. Mais au-delà de l'invocation du principe de précaution qui les sous-tendait dans ce contexte d'incertitude, les stratégies de prévention et de prise en charge définies à l'échelle à la fois nationale et sous-régionale, avaient suscité des interrogations éthiques. Il s'agit des violations de la dignité humaine et des droits de l'homme dans les tendances des relations politiques sous-régionales et la de recherche biomédicale impliquée dans les politiques épidémiologiques. Ces problématiques éthiques mettaient donc en relief les conflits de valeurs entre les finalités des logiques normatives de déliance<sup>1</sup> axée sur l'intérêt public au cœur des choix prioritaires d'intervention et la logique de reliance des solidarités fraternelles, sociales et communautaires, enracinée dans l'ontologie culturelle africaine.

Cette remarque d'ensemble interpelle la réflexion bioéthique sur la définition et la mise en œuvre des principes éthiques en matière de gouvernance des risques épidémiques et de recherche biomédicale en Afrique, surtout en situation d'urgence épidémiologique. La

---

<sup>1</sup> Nous empruntons ces concepts de déliance et de reliance à R. Clause, repris dans ses travaux par M.B. De Bal. Voir <https://www.cairn.info/revue-societes-2003-2-page-99.htm>

bioéthique, on le sait, dans son émergence, n'avait pas pour préoccupation de définir des principes d'intérêt public, mais était centrée sur la recherche des valeurs de référence pouvant garantir la protection des personnes en situation de soins ou de recherche biomédicale. Dans le contexte africain marqué par la dynamique des valeurs socio-culturelles, quelle contribution peut-on attendre de la bioéthique dans la recherche de solutions aux problématiques sanitaires d'intérêt public ? Mieux, quelle médiation éthique les pouvoirs publics et les communautés peuvent-ils espérer d'elle pour la gouvernance efficace des risques épidémiques dans les politiques nationales de santé publique et dans l'environnement culturel ouest-africain?

## **1. Définition et spécification des risques épidémiques**

Pour comprendre la complexité du risque épidémique, il nous semble important de faire une distinction conceptuelle nuancée entre risques biologiques et risques épidémiques.

### **1. 1. Les risques biologiques**

Parlant de risques biologiques, disons simplement avec la CUSSTR (2009) que « Les risques biologiques résultent de la manipulation d'organismes biologiques ou de micro-organismes naturellement pathogènes (bactéries, virus, champignons, parasites, ou animaux infectés) ainsi que de la manipulation de (micro)-organismes génétiquement modifiés (pathogène ou non) <sup>2</sup> » En d'autres termes, on parle de risques biologiques, quand des micro-organismes naturels ou non sont susceptibles par leur manipulation de provoquer une pathologie, par exemple, une infection, une allergie ou une intoxication.

De manière générale, ces agents biologiques naturels que sont par exemple, les parasites, les bactéries, les virus et les champignons ainsi que les agents pathogènes dérivés des manipulations biologiques portant entre autres, sur les OGM, les échantillons biologiques humains ou issus du contact des animaux, peuvent être de véritables menaces d'atteintes à la santé humaine. Ils ont accès à l'organisme humain par diverses voies : respiratoires, digestives, cutanées, transcutanées et oculaires. En suivant cette présentation qui définit le risque biologique, distingue les agents biologiques et identifie les voies spécifiques de contamination, comment situer maintenant la différence spécifique entre les risques biologiques et les risques épidémiques?

### **1.2 Les risques épidémiques**

Les risques épidémiques sont d'abord des risques biologiques. Mais il faut préciser que tous les risques biologiques ne sont pas des risques épidémiques. Car on appelle risques épidémiques, les risques biologiques qui relèvent des micro-organismes hautement pathogènes avec un degré de propagation très élevé, et pour lesquels il n'existe pas de

---

<sup>2</sup> Voir les travaux de la CUSSTR (Commission Universitaire de Sécurité et Santé au Travail Romande. Version 2, 2009.) / [www.cusstr.ch/repository/133.pdf](http://www.cusstr.ch/repository/133.pdf)

prophylaxie et de traitement, par railleurs. Ils constituent donc les risques les plus élevés pour la santé publique.<sup>3</sup> Il s'agit, par exemple, « du virus Ebola, du virus Marburg du groupe des Filoviridae, du virus de la fièvre hémorragique de Crimée/ Congo de la famille des Nairovirus.<sup>4</sup> » Cette catégorie de risques biologiques définit déjà la complexité des risques épidémiques.

D'une manière générale, les risques épidémiques sont bien relatifs à des maladies épidémiques, c'est-à-dire des maladies qui s'abattent sur des populations données. En d'autres termes, il s'agit de maladies ayant une incidence croissante sur une population déterminée. Les risques épidémiques sont des risques infectieux, et le plus souvent, sont sans signes spécifiques comme c'est le cas du virus Ebola soumis à une étude génomique réalisée sur 78 personnes en Sierra Leone depuis mai 2014 pour comprendre selon S. Baize (2014, p.15). « La dynamique de sa transmission et son évolution dans l'espoir de mieux le contrôler. » Mais voici la difficulté majeure que révèle cette étude destinée à maîtriser le comportement du virus comme l'explique S. Baize (2014, p. 15) :

Certaines mutations repérées semblent concerner les régions du génome que l'on cible pour diagnostiquer la maladie. Donc il faut vérifier que le diagnostic mis en place fonctionne toujours. De même, un traitement éventuel comme le ZMapp, dont on parle beaucoup sans savoir s'il est efficace, pourrait ne plus fonctionner si la protéine virale mutait : les trois molécules qui le composent risquent de ne plus reconnaître le virus.

A cette complexité des mutations virales qui justifieraient la virulence des maladies épidémiques s'ajoute leur dynamique temporelle et spatiale liée à la mobilité humaine, aux déplacements des populations difficiles à circonscrire. Dans ces conditions, comment définir une politique de santé publique dont l'acceptabilité d'ensemble s'harmonise efficacement avec les problématiques éthiques des populations? La question demande sans doute que l'on prenne en compte les tendances de l'histoire pour en faire des instruments d'orientation méthodologiques des politiques envisagées. Sur ce point, l'analyse historique de la gestion du virus Ebola ne nous semble-t-elle pas pertinente pour comprendre les complexités éthiques qu'il faut intégrer dans la gestion des risques épidémiques ?

## **2. Analyse historique des enjeux éthiques de la gestion du virus ebola**

L'acceptabilité d'une politique publique de santé qui se veut rassurante en matière de protection de la dignité humaine en situation de flambée épidémique ne peut se passer de tenir compte de l'histoire ainsi qu'on peut le voir avec l'histoire du virus Ebola, riche d'enseignements.

---

<sup>3</sup> Notre définition des risques épidémiques s'appuie sur les travaux du CNRS de Paris publiés dans Les cahiers de prévention, 4<sup>e</sup> édition, mai 2017. Voir [www.dgdr.cnrs.fr/SST/CNPS/guides/risquebio.htm](http://www.dgdr.cnrs.fr/SST/CNPS/guides/risquebio.htm)

<sup>4</sup> Voir l'Annexe 3 – Liste des micro-organismes hautement pathogènes et Toxines des cahiers de prévention du CNRS .Site : [www.dgdr.cnrs.fr/SST/CNPS/guides/risquebio.htm](http://www.dgdr.cnrs.fr/SST/CNPS/guides/risquebio.htm)

## 2.1 Incursion dans l'histoire du virus Ebola

L'histoire récente de la flambée épidémique du virus Ebola est riche d'enseignements en matière d'audit éthique des politiques épidémiologiques élaborées pour sa gestion efficace, et par-delà cette gestion, la définition des mesures d'anticipation et de prévention des événements épidémiques.

Schématiquement, les mesures prises pour contenir la flambée épidémique de ce virus nous réfèrent aux mesures classiques de gestion des risques biologiques : aménagement de laboratoires de confinement, isolement et mise en quarantaine, information sur les comportements à risque pour la santé, prescriptions en matière d'hygiène à l'adresse des populations concernées, surveillance épidémiologique. Mais la simplicité de ces mesures ne traduit pas leur évidence d'efficacité de sorte qu'à cet ensemble de dispositifs sécuritaires venait s'ajouter la fermeture des frontières entre les Etats- dits foyers de menace et leurs voisins. Il s'agissait là de mesures de précaution légitimées par la méconnaissance du comportement de l'agent biologique, de ses circuits de propagation et l'absence de tout moyen de traitement. Ce qui était donc préoccupant était évidemment la maîtrise du comportement du virus qui mobilisait la recherche biomédicale pour soutenir les efforts épidémiologiques. Mais la recherche biomédicale n'était pas sans complexités éthiques. Celles-ci étaient, en effet, en lien avec l'administration possible de médicaments non autorisés à des malades comme ce fût le cas du débat éthique autour du ZMapp en phase d'expérimentation animale non achevée. Rappelons que le processus de la recherche biomédicale en matière d'essais cliniques de médicaments passe par trois phases essentielles ayant pour buts généraux de mettre en relief les paramètres pharmacodynamiques, pharmacocinétiques et thérapeutiques. Ces trois phases permettent d'évaluer les effets bénéfiques et les effets nocifs des produits ainsi que nous le savons avec E. Lemarié (1996, p.199) :

La phase 1 a pour objectif d'évaluer la tolérance en fonction de la dose et de réaliser les premières études de pharmacocinétique.

La phase 2 a pour objet de mettre en évidence l'effet thérapeutique de ce médicament dans une maladie donnée, déterminer sa posologie, mettre en évidence les effets indésirables les plus fréquents.

La phase 3 a pour objectif de confirmer et d'étendre les résultats relatifs à l'efficacité et la sécurité d'emploi. Elle concerne un nombre beaucoup plus important de malades la phase 2. Durant cette phase, les effets indésirables sont mieux cernés, d'autres caractéristiques sont évaluées telles que les interactions avec d'autres médicaments, les conséquences des pathologies associées sur l'efficacité et la tolérance du médicament.

Comme on le voit, c'est à l'issue de ces trois phases d'essais cliniques permettant d'évaluer son rapport bénéfices/ risques que la mise sur le marché du médicament peut être autorisée pour son utilisation thérapeutique. Or le ZMapp n'avait pas encore épuisé



l'ensemble de ces procédures expérimentales. Devrait-on essayer, sous l'empire du hasard, des médicaments dont les effets bénéfiques et les effets nocifs restaient à prouver sur des malades sans espoir de rémission? L'urgence et le risque épidémique majeur devant lesquels pouvoirs publics, chercheurs et simples citoyens se trouvaient placés, nous mettaient en situation de délibération éthique complexe. Fallait-il adopter la perspective d'un utilitarisme défendant un risque éthique acceptable dont la société globale pourrait tirer un grand profit ou fallait-il être favorable à la position d'un minimalisme éthique à fonctionnement procédural?

## 2.2 Le débat éthique : position utilitariste versus position minimaliste procédurale

L'épidémie du virus Ebola avait soulevé des problématiques éthiques complexes en lien avec la rationalité des politiques nationales de santé publique visant à définir les principes d'intérêt public qui assurent la protection des populations. A cette fin, diverses mesures avaient été prises, mais celles qui concernaient la fermeture des frontières entre Etats ouest-africains, avaient suscité des interrogations éthiques largement médiatisées tant elles mettaient en crise l'éthique de l'ontologie culturelle africaine axée sur l'exercice des solidarités fraternelles et communautaires. Car il ne s'agissait pas de simples frontières institutionnelles entre les concepts abstraits d'Etat, mais de frontières réelles, physiques entre les personnes et les communautés historiquement reliées. Les Africains sont des frères historiques ayant en commun des valeurs historico-culturelles dont l'authenticité transcende leur existence singulière pour les élever à la compréhension de la dimension collective, communautaire et cosmique de leur être. Et c'est là, un point fondamental de l'éthique africaine comme l'écrivent L.-V. Thomas et R. Luneau (1986. p. 38) « L'éthique négro-africaine vise l'homme dans sa dimension presque cosmique d'homme total, elle est « un pont entre l'être de l'homme et l'être du monde. » Ainsi, le moi africain se perçoit comme un moi authentiquement collectif et pluriel, c'est-à-dire polymorphe en tant qu'il a en lui les aspects des autres. Car soulignent encore L.-V. Thomas et R. Luneau (1986. p. 28) « La réalité devient encore plus complexe si nous rappelons que le « moi » négro-africain peut intégrer des éléments étrangers : ancêtre réincarné ; participation à l'être d'une personne appartenant à une ethnie autre mais associée soit par le pacte de sang, soit par l'alliance cathartique : c'est ainsi qu'il y a du *Bozo* dans tout le *Dogon* (Mali). »

De ce point de vue, en créant des murs entre les communautés fraternelles qui vivent dans les différents pays ouest-africains, on portait visiblement atteinte à la sacralité spirituelle des relations de fraternité historique, de solidarité et de disponibilité qui fondent l'humanisme sans frontières du moi africain. Dès lors, la fermeture des frontières, résultat d'une rationalité politique disjonctive ne pouvait qu'être perçue comme une déconstruction idéologique de l'ontologie culturelle africaine et une atteinte aux valeurs humaines fondamentales dont elle est porteuse. Il s'agit des valeurs qui trouvent aujourd'hui leur expression institutionnelle dans les principes éthiques de la Déclaration universelle de l'Unesco sur la bioéthique et les droits de l'homme.<sup>5</sup> Ces principes concernés ici, faut-il le

<sup>5</sup> Voir les Articles 3, 11 et 13 de la Déclaration universelle de l'Unesco sur la bioéthique et les droits de l'homme (2006)

rappeler, sont centrés entre autres, sur le respect de la dignité humaine et des droits de l'homme, de la non-discrimination et de la non-stigmatisation, la promotion de la solidarité entre les êtres humains et de la coopération internationale. Comme on le voit, on assistait à des violations de la dignité humaine et des droits de l'homme dont étaient victimes les communautés des pays identifiés comme des foyers de risques épidémiques. Ce climat politique, éthiquement incorrect, avait donc été dénoncé par l'O.N.U.<sup>6</sup> conformément à ces principes éthiques.

Mais le débat éthique ne s'arrêtait pas là, et c'est ici d'ailleurs, le principal intérêt éthique de ce chapitre. Il avait pris une autre direction, elle aussi, fortement médiatisée en lien avec la violation des principes éthiques qui régissent les essais cliniques de médicaments confrontant ainsi deux positions éthiques, c'est-à-dire utilitariste et minimaliste. En effet, devant l'incidence croissante de cette épidémie du virus Ebola, les éthiciens de l'OMS, selon C. Klingler (2014, p.85), avaient affirmé unanimement que « compte tenu des circonstances spéciales de cette épidémie d'Ebola, il est éthique de proposer un traitement non homologué. » L'Avis rendu était assorti du respect des principes suivants : « Une transparence absolue quant aux soins, un consentement informé, la liberté de choix, la confidentialité, le respect des personnes, la préservation de la dignité et l'implication des communautés. » C'était là, une position éthique minimaliste à fonctionnement procédural au sens habermassien du terme où la délibération pratique sur les raisons d'agir tient aussi compte de la volonté éclairée et librement exprimée des patients. En effet, ce qui importe dans ce minimalisme procédural, c'est la détermination de l'ensemble des dispositifs méthodologiques d'action qui respectent la dignité humaine, et en pareilles circonstances, celle des malades et leurs droits. Dans cette perspective, cet avis restait conforme aux dispositions éthiques du Code de Nuremberg (1947), de la Déclaration d'Helsinki (1964), du Rapport Belmont (1978) et de la Déclaration universelle de l'Unesco sur la bioéthique et les droits de l'homme (2005) qui soumettent les médecins au respect du consentement éclairé, de la dignité et des droits des patients ainsi qu'elles prescrivent qu'il n'y ait pas d'exploitation d'un groupe social au profit d'un autre en matière de recherche biomédicale. Ces principes sont donc des impératifs éthiques qui encadrent la relation de recherche biomédicale en contexte ordinaire ou d'urgence.

Mais sitôt rendu, cet Avis a été très mal reçu par C. Klingler (2014, p.85) comme elle l'écrivait : « Mais n'est-il pas irréaliste de parler de consentement informé et de liberté de choix pour une maladie qui tue un patient sur deux et dont la flambée épidémique actuelle a déjà causé plus de morts que toutes celles cumulées depuis 1976 ? » En d'autres termes, pour C. Klingler, à vouloir trop insister sur le consentement éclairé des malades, on risquait de favoriser plus dramatiquement la flambée de l'épidémie, de freiner le progrès de la science ainsi que les avantages en termes de bienfaisance pour la société globale. Sa réaction exprimait exactement la position de L. Eisenberg à en croire B. Baertschi (1995, p.248) : « La santé va dépendre du hasard si les préoccupations actuelles sur les dangers de la recherche ne sont resituées à leur place et évaluées selon la même échelle que les dangers de ne pas faire de la recherche. » Comme on le voit bien, elle était favorable à une éthique du

---

<sup>6</sup> Voir le Rapport de la Résolution S/RES/2177(2014) du Conseil de Sécurité de l'ONU-CS / 115666 du 18 septembre 2014



risque en parfait accord avec le sacrifice de l'innocent dans le régime traditionnel de l'utilitarisme. Car en pareille situation, cette théorie éthique estimerait que la mise entre parenthèses des droits des malades au profit de la société, de l'intérêt général se justifiait conformément au principe benthamien, selon E. Halévy (1995, p.23), de la fusion sympathique de l'intérêt privé et de l'intérêt général. Car l'éthique, pense-t-on dans ce radicalisme philosophique, ne peut avoir pour principe fondamental que l'intérêt public, c'est-à-dire celui du plus grand nombre. Pour Helvétius, nous dit encore E. Halévy (1995, p.29), « c'est dans la pratique des actions utiles au plus grand nombre que consiste la justice. » Comprendre le sens moral d'un tel principe relève d'une éducation rigoureuse par laquelle il faut enseigner aux individus à identifier leur intérêt avec l'intérêt général, à développer leur sens de la solidarité et de l'équité en termes benthamiens du chacun compte pour un. C'est à la compréhension de cette exigence morale que devaient alors s'élever les malades du virus Ebola soumis à l'obligation morale d'être solidaires de la société, de ses membres sains. C'est au nom de ce devoir sociocentrique, c'est-à-dire la considération de la société comme le centre de référence et de préférence à inculquer à chacun de ses membres que les malades devaient reconnaître leur situation sans espoir de rémission et accepter de ne pas contaminer les autres membres sains, d'être mis en isolement et de se prêter aux essais cliniques de médicaments pour le bien de la société. Car comme B. Baertschi (1995, p. 248) résume bien, cette position utilitariste: « La responsabilité de chaque citoyen est de mettre en valeur la qualité humaine de la communauté dans laquelle il vit ; une façon de le faire est de partager les risques de la recherche visant à diminuer les souffrances humaines. » On pouvait donc conclure de la position de C. Klingler, qu'il était moralement justifié de sacrifier les droits des malades du virus Ebola ou des malades de tous autres risques épidémiques graves à des essais cliniques de médicaments qui ne respectent aucune réglementation pourvu que la société en tire un grand bénéfice et que la science, elle aussi, progresse. En d'autres termes, dans cette posture utilitariste qui vise à faire admettre que la recherche biomédicales, guidée par l'intérêt de la société, est une obligation morale et légale, le principe de ne pas nuire aux patients n'est pas largement suffisant.

Comment éviter cette défaite des patients surtout en contexte africain quand surgiront ou ré-émergeront d'autres risques épidémiques ? Quelles politiques de santé publique rassurante pour les populations africaines ? En quoi devrait consister l'accompagnement bioéthique dans la mise en œuvre des politiques africaines de santé publique en matière de lutte contre les risques épidémiques ?

### 3. GESTION ET PREVENTION DES RISQUES EPIDEMIQUES : ENJEUX ET EXIGENCES BIOETHIQUES

En tenant compte des dimensions éthiques des tendances de l'histoire du virus Ebola, les politiques africaines de santé publique en matière de lutte contre les risques épidémiques devraient pouvoir définir des stratégies de travail en phase avec les problématiques éthiques des populations. Pour évaluer leur acceptabilité éthico-sociale et culturelle, elles devraient donc se nourrir des ressources conceptuelles et méthodologiques de la bioéthique. A cette



fin, quatre propositions sont à retenir : l'exigence d'une éthique du risque ne doit pas se passer de toutes informations transparentes à donner aux patients en situation d'essais cliniques de médicaments, prendre en compte les dimensions éthiques du culturel, développer la culture biologique et de santé publique des populations et définir une politique de gouvernance des risques épidémiques à l'échelle sous-régionale, et si possible, continentale.

### 3.1 Pour une éthique du risque informé en situation d'essais cliniques de médicaments.

En situation épidémique, toute victime apparaît comme un sujet expérimental pour son propre bien, celui de la société et l'avancée de la science. Mais sur ce point, rappelons qu'une des finalités de la bioéthique consiste à déterminer les limites à l'expérimentation biomédicale qui implique la participation de sujets malades ou sains. Cette finalité vise à défendre l'intérêt du sujet expérimental. Mais alors comment face à la flambée épidémique concilier les intérêts en jeu dans la mise en œuvre d'un essai thérapeutique de médicaments non autorisés sur des malades mis à l'occasion en situation de risque éthique ? Ce qu'il faut retenir de cette question apparemment complexe, c'est qu'elle ne saurait favoriser la pratique d'une éthique du risque sans information éclairée qui s'apparenterait alors à une éthique au rabais. A celle-ci, il faudra opposer une éthique du risque informé. Tel est ici le premier impératif de la bioéthique qui rappelle que les malades ne peuvent être réduits au statut d'objet expérimental. L'éthique du risque informé signifie tout simplement le devoir d'information suffisamment transparente qu'exige le respect de la dignité et des droits des personnes qu'on veut soumettre à une action médicale incertaine pouvant leur être favorable ou dramatiquement défavorable. Cette éthique analyse les dimensions éthiques de la décision médicale ainsi que celles de l'action à exécuter. Elle précise avec B. Baertschi (1995, p.17) rapportant J. Rawls contre l'utilitarisme dont se nourrit l'éthique du risque, cette sorte d'éthique au rabais, que : « La fin est non pas le plus grand bénéfice de la société tout court, mais le plus grand bénéfice de la société sous la condition qu'aucun droit ne soit violé. »

En d'autres termes, l'éthique du risque informé respecte les droits et la dignité des patients. Elle rappelle que le respect des droits des malades, qui renferment, entre autres, leur liberté, leur consentement informé, la reconnaissance de leur intégrité personnelle comme valeur morale, la protection de leur dignité inaliénable, est une exigence éthique raisonnable dans une situation d'essais cliniques de médicaments dont l'efficacité thérapeutique et les effets nocifs restent à prouver. Car dans une telle aventure scientifique, seuls les malades subissent dans leur chair et leur esprit les effets nocifs du traitement proposé. En conséquence, il faut dire que même s'il s'agit de la recherche de l'intérêt des malades, cet impératif n'exclut pas le devoir de transparence envers eux. L'éthique du risque informé se nourrit de l'éthique personnaliste distincte de l'éthique communautaire et de l'éthique de la connaissance qui selon A. Fagot-Largeault (1985, p.101-102) « ont respectivement pour fin le bien du patient individuel, celui de la société (de la population) et celui de la recherche. »

La recherche du bien du patient implique la prise en considération d'un impératif éthique majeur hérité de la tradition hippocratique : ne pas nuire. Hippocrate, selon J.



Jouanna (1992, p. 154), ajoute même que dans certaines situations dont l'issue peut être fatale ou défavorable au patient, il faut avertir comme il écrit: « Autant que possible ne pas traiter un tel cas ; et si on le traite avertir » Avertir, n'est-ce pas là, l'expression d'une communication suffisamment transparente au malade sur les risques du traitement ou de la recherche médicale ? Une telle disposition dans la procédure de soins ne traduit-elle pas le respect de la dignité du malade qui implique le respect de son droit à l'information éclairée ?

Certes, l'éthique du risque part d'une logique fondée sur le principe biologique que la mort est l'issue naturellement fatale de la situation des malades sans traitement. Or, en leur administrant un médicament dont l'efficacité thérapeutique n'est pas encore prouvée, les malades pourraient avoir la chance d'être guéris si ce médicament marchait, et en cas d'échec, rien ne changerait quant à l'issue du sort qui les accable irréversiblement. Mais le risque éthique doit être un risque informé puisque nous sommes dans une situation d'incertitude angoissante pour les malades qui peuvent, après l'information reçue, choisir de mourir en dignité, plutôt que de subir d'indicibles souffrances artificiellement provoquées dont ils n'ont pas besoin avant leur mort. Il y a donc de toute nécessité une obligation morale faite aux médecins d'informer les patients pour leur permettre d'exercer leur droit d'accepter ou non le traitement proposé.

Mais si cette disposition éthique revendique la protection de l'humanité, de la dignité et des droits des malades contre une éthique au rabais drapée dans un utilitarisme sacrificiel, il reste que d'un autre point de vue de l'analyse de la gestion des risques épidémiques, la difficulté pour freiner les flambées épidémiques en Afrique, réside dans la prise en charge éthique de la proximité culturelle et c'est là, la problématique essentielle à laquelle les experts en épidémiologie se trouvent confrontés. Quel rôle la bioéthique peut-elle jouer dans l'articulation du culturel et des objectifs épidémiologiques pour circonscrire les risques épidémiques, notamment ceux qui sont infectieux ?

### **3.2 De l'intégration des dimensions éthiques du culturel dans les politiques épidémiologiques**

Rappelons qu'à première vue, les stratégies de riposte classiques des experts en épidémiologie sont généralement axées sur l'analyse de la dynamique spatiale et temporelle des épidémies, la connaissance des facteurs d'exposition, la définition des mesures de prise en charge médicale et de prévention. Cette démarche n'exclut pas, bien entendu, le développement des outils d'information, des méthodes diagnostiques et des études biologiques pour mieux combattre l'agent pathogène responsable de la crise épidémique.

Mais dans ce tableau des stratégies méthodologiques de lutte contre les risques épidémiques, le point le plus important, c'est-à-dire éthiquement complexe, est la structure de la relation au malade dans la procédure de sa prise en charge médicale qui bouleverse les siens, sa communauté d'appartenance. Car tout commence avec son isolement et sa mise en quarantaine, son éloignement de sa communauté sans espoir d'y revenir, mais aussi de pouvoir entendre dans le confinement de sa cellule, les voix affectives et fraternelles de



quelques membres de sa famille. Psychologiquement bouleversés, moralement désaxés, les siens peuvent-ils s'empêcher d'éprouver le sentiment de faillir à leur devoir de solidarité, d'assistance, de sympathie et de reconnaissance envers celui qui est accablé par la maladie et devient par la violence des politiques de santé publique une menace publique, un mal à extirper de la société ? C'est ici que les politiques de santé publique subissent l'épreuve du culturel quand il s'agit de circonscrire un risque épidémique infectieux. Car comme le disent L.-V. Thomas et R. Luneau (1986. p. 267-268) à propos de l'ontologie culturelle du monde africain :

Nous sommes en présence de systèmes socio-culturels soucieux de l'homme, être privilégié par excellence, à la fois centre et but de la création. Une société prévenante qui : 1) intègre l'individu et veille sur lui lors des moments critiques de son existence ( rites de passage) ; 2) prend en charge sa maladie et singulièrement ses troubles psychiques ; (...); 5) fait de la personne un être en participation tant avec les êtres de son lignage, mieux de son phylum, qu'avec les forces telluriques : 6) conçoit des rapports possibles entre les vivants et les ancêtres, entre les hommes et les dieux (...).

Ainsi, le culturel reste le véritable obstacle aux efforts qu'on déploie pour réduire les facteurs de risque d'exposition. Il révèle les limites de l'épidémiologie et de la philosophie d'ensemble de la santé publique qui ignorent la prise en compte de la dynamique de l'ontologie sociale et culturelle africaine.

Ce que nous enseigne cette ontologie du monde culturel africain, c'est que nous vivons dans un monde chargé de valeurs religieuses et ancestrales. Ces valeurs constituent le support de la vie communautaire, déterminent la cohérence et le sens de l'agir africain. Elles dynamisent l'organisation du pouvoir politique dans les communautés historiques africaines. Suivant cette ontologie culturelle qui structure les croyances culturelles, les individus ne sont pas des êtres quelconques, mais sont êtres reliés à l'Absolu désignant tout à la fois les divinités et les ancêtres qui sacralisent la vie humaine, demandent des comptes et sanctionnent ceux qui violent les valeurs de la vie communautaire. Les individus sont des frères historiques, des valeurs morales sacrées et jouissent d'une dignité absolue. Ce qui signifie qu'une personne même morte, reste un corps sacré, digne de respect et de reconnaissance que lui doit sa communauté historique d'appartenance. Dans certaines circonstances, notamment dans les systèmes d'organisation politique, c'est le successeur présumé du chef défunt, qui s'occupe de son entretien mortuaire avec toutes les épreuves de manipulation du corps qu'impliquent les rites de la succession politique. Il y a donc une fraternité historique culturellement dynamique qui fonde la vie sociale marquée par des rites culturels pour célébrer la naissance et accompagner la mort. Cette proximité historico-culturelle est assortie d'une proximité éthique qui justifie les obligations morales et sociales dans les communautés historiques.

Quelle leçon pour l'épidémiologie ? Elle doit savoir que la proximité culturelle a des dimensions éthiques et une influence sur l'équilibre psychologique des individus. Elle détermine leur attachement à leurs parents malades, au respect de la dignité du corps des parents, frères historiques décédés. Ils ont intériorisé par l'éducation les valeurs de leurs



cultures et savent que l'abandon d'un malade est une faute lourde de conséquences à l'égard du malade, des divinités et des ancêtres qui observent et jugent les attitudes sociales.

En effet, « les morts, écrivent L.-V. Thomas et R. Luneau (1986. p.253), sont là, à leur manière certes, soit matérielle et pourtant symboliques, soit spirituelle car ils savent, voient, jugent, opinent, exigent, demandent des comptes, se nourrissent, fécondent les femmes, veillent au maintien des coutumes, assurent par conséquent la continuité du groupe. »

C'est sans doute dans ce contexte qu'il faut comprendre les hommages, les rites de solidarité et les témoignages familiaux observés à l'égard du trépassé qui, lui aussi, rend témoignage aux ancêtres de son existence, des conflits et des torts dont il a été l'objet et demande que justice lui soit rendue. A ces complexités culturelles s'ajoutent les rites de purification après l'inhumation marquée par le lavage des pieds, des mains et du visage avec l'eau contenue dans un seau ou une cuvette mise à la sortie du cimetière. Tous les membres de la communauté qui reviennent de l'enterrement, y plongent leurs mains pour se purifier. Ces représentations culturelles sont dynamiques et expriment des convictions métaphysiques ultrarésistantes et rebelles aux arguments scientifiques et biologiques qui, d'après elles, ne voient que l'aspect physique et superficiel des phénomènes de vie et de mort.

D'une manière générale, les politiques de santé publique apparaissent ici comme un système d'acculturation et de déliance. C'est ce défi qu'elles doivent relever en étant capables d'analyser sans passion scientifique la problématique soulevée à leur décharge par R. Massé (2003, p.2) sur la complexité éthique de l'articulation de l'ontologie culturelle et la logique des valeurs normatives de la santé publique. En effet, « dans quelles mesures les professionnels de la santé sont-ils tenus de respecter des valeurs populaires qui sont perçues comme des freins à la prévention? Bref, à partir de quels critères peut-on affirmer qu'il est mal de vouloir le bien? » Ces questions visent dans leurs perspectives d'analyse et de solution à redonner du sens à la mission sociale mal comprise de la santé publique. Elles invitent les professionnels de santé à tenir compte des ressources de l'anthropologie culturelle de la maladie et de la mort pour déconstruire les représentations culturelles et sociales qui sont des pesanteurs réelles entravant les politiques publiques de lutte contre les risques épidémiques infectieux. Car c'est ce qui a quelque peu manqué à la gestion de la complexité de l'épidémie du virus Ebola. En d'autres termes, ils doivent faire de la structure de la fraternité et de la solidarité historiques qui caractérisent les attitudes sociales africaines, un instrument d'investigation dont les résultats soutiendront les politiques d'information et de sensibilisation. Il s'agit dans cette démarche d'une épistémologie complexe qui embrasse la psychologie du malade et celle de ses parents, l'historicisme éthique structuré par la solidarité et le devoir de responsabilité historique qui traduit la difficulté anthropologique de s'arracher aux liens fraternels avec les siens quelle que soit la menace que constitue leur état de santé.

Mais à cette disposition méthodologique qui porte sur la prise en compte des dimensions éthiques du culturel et du fraternel ne faudra-t-il pas ajouter d'autres plus opérationnelles? Quelles sont ces nouvelles conditions pouvant permettre de modifier les

comportements historico-culturels pour rendre évidentes les mesures de sensibilisation, de protection, de prévention et de promotion de la santé face à des populations dont l'absence de culture biologique est le premier facteur d'exposition aux risques épidémiques? Si l'éducation à la santé publique semble être la réponse à cette préoccupation, comment la mettre en œuvre? N'a-t-elle pas pour support d'appropriation le développement de la culture biologique des populations?

### **3.2 De la nécessité d'un développement de la culture biologique des populations à l'appropriation des politiques de santé publique.**

La prévention des risques épidémiques, on le sait déjà, relève des politiques de santé publique conçues comme une entreprise publique centrée sur la gestion au quotidien de la santé de la population. R. Massé (2003, p, 8) note que « La santé publique repose sur des interventions essentiellement populationnelles et qu'elle gère des risques appréhendés chez des individus sains plutôt que des problèmes de santé de l'individu déjà malade. » La mise en œuvre de sa mission d'ensemble déclinée en quatre mandats d'activités, c'est-à-dire la surveillance de la situation sanitaire, la protection des populations, la prévention des pathologies et des facteurs d'exposition au risque épidémique et la promotion de la santé, nécessite l'adhésion participative des populations dont le paysage mental est profondément marqué et enraciné dans l'ontologie culturelle et sociale africaine. C'est donc à ce niveau que réside la difficulté réelle dans la définition et la mise en œuvre des mesures sanitaires. Car l'ontologie africaine qui structure les déterminations éthiques dans les relations sociales et détermine le cadre des convictions et des perceptions de la santé et de la maladie, constitue dans ses tendances diverses un défi que les pouvoirs publics doivent surmonter. Que signifie pour un Africain le fait, par exemple, d'être malade? Quelle réalité recouvre pour lui le concept de maladie? De quelle logique la mort tient-elle son évidence? Ces questions mettent en relief la complexité des soins, de la prévention, des approches épidémiologiques et de l'efficacité des systèmes de santé dans l'espace culturel africain. C'est que dans le contexte culturel africain, la maladie relève d'un autre ordre du monde et se passe de toutes explications scientifiquement établies. La maladie est du monde du surnaturel ainsi qu'on le note avec S. Rameix (1996, p. 66) :

Comment un patient originaire de l'Afrique Noire vit-il sa maladie? « Sur le continent africain, écrit un spécialiste de parasitologie<sup>7</sup>, la plupart des maladies obéissent au principe de la double causalité. En fait, elles ont une origine et une cause, ce qui n'est pas la même chose. La première est toujours d'ordre surnaturel tandis que la seconde peut être naturelle. (...) A cette double causalité de la maladie s'ajoute une représentation sociale de la maladie-elle n'est jamais un malheur individuel, elle affecte tout le groupe- et une représentation magique-la maladie peut venir d'un mauvais sort dont le malade est victime (...).»

---

<sup>7</sup> S. Rameix, fait allusion à J.F. Pays « Relations avec les malades originaires d'Afrique Noire » in H. Durand, P. Biclet, C. Hervé, dir. *Ethique et pratique médicale*, Paris, Doin- AHPH, 1995, p. 18-21.



C'est ce postulat culturel qu'il faut déconstruire et remplacer par une culture biologique et hygiénique à donner aux populations. Car fondé sur un invariant épistémologique, le surnaturel, ce postulat empêche de modifier les comportements à risques lorsqu'il y a nécessité de définir et de faire respecter une politique de santé publique, surtout quand il s'agit de maîtriser la flambée d'une épidémie.

Ainsi, la culture biologique doit devenir le support de la santé publique. Elle désigne l'acquisition des lois biologiques et leur intégration dans les civilisations alimentaires et l'ensemble des modes culturels de vie. Il faut donc développer les connaissances biologiques des populations qui doivent savoir de manière permanente et par divers moyens d'éducation, d'information et de communication accessibles que l'équilibre vital de tout être vivant peut être rompu s'il est affecté par des agents biologiques ou des micro-organismes pathogènes. En effet, elles doivent apprendre à s'approprier l'information biologique selon laquelle tout organisme est par nature un milieu biotope où peuvent se développer les agents pathogènes d'origines diverses qui y ont accès par diverses voies. L'organisme humain est un biotope dont la structure intérieure constitue le cadre privilégié où s'effectuent les interactions physiologiques normales, mais pouvant être aussi anormales sous l'influence de divers phénomènes pathologiques ou provoquées par la contamination d'agents pathogènes.

La maîtrise par les populations de l'information biologique qui nous renseigne sur les conditions du fait pathologique, la variation des valeurs biologiques normales qui permettent de savoir si on est en bonne santé ou si on est malade, et pourquoi, d'un point de vue biologique, on est malade, doit être l'engagement prioritaire des politiques de santé publique. C'est dire que la culture biologique est nécessaire pour modifier les perceptions culturelles qui entravent la compréhension du risque biologique et son incidence croissante sur la santé publique. De cette manière, la mission des politiques de santé publique sera facilitée lorsqu'il s'agira de définir une méthodologie participative qui implique et responsabilise les populations dans les procédures de lutte contre les pathologies. En effet, éduquées et sensibilisées aux problématiques des risques biologiques et épidémiques, les populations ne verront plus les mesures de santé publique, en période de flambée épidémique, comme des mécanismes de déliance culturelle et sociale, mais accepteront d'entrer dans une dynamique participative de lutte contre les risques épidémiques.

Mais cette proposition qui vient d'être faite ne suffit pas pour nous mettre à l'abri des risques épidémiques. Il faut développer une autre politique plus efficiente à l'échelle sous régionale, et si possible, continentale. C'est la gouvernance sous-régionale des risques épidémiques. En quoi doit-elle consister exactement?

### **3.2 Pour une gouvernance sous-régionale des risques épidémiques.**

Les risques épidémiques constituent une problématique préoccupante pour les Etats africains quand ils surgissent. On l'a vu avec la récente crise épidémique du virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Inutile de rappeler, ici, les réunions des institutions internationales<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> On se souvient bien de la Mission d'urgence ayant fait l'objet de la Résolution S/RES/2177(2014) du Conseil de Sécurité de l'ONU-CS / 115666 du 18 septembre 2014.



(CEDEAO, UA, ONU, OMS, MSF)<sup>9</sup> pour maîtriser cette épidémie. Les efforts accomplis axés sur les missions d'urgence, la mobilisation des ressources, les stratégies de riposte et de prise en charge médicale, étaient sans relâche. Mais ils s'inscrivaient dans un cadre contextuel, c'est-à-dire sans projet d'anticipation des risques épidémiques futurs. Ce qu'on sait après ce contexte d'urgence, et c'est ce qui est d'ordinaire, c'est que chaque Etat ouest africain essaie, à son niveau, d'élaborer ou de renforcer sa stratégie de riposte et d'anticipation à travers des programmes de surveillance épidémique sans envisager la problématique à l'échelle sous-régionale. Car ce serait sans doute s'engager sur une voie dont l'issue financière serait défavorable à leurs politiques économiques de plus en plus centrées sur la réduction budgétaire des dépenses de santé. Mais il faut rompre avec une telle attitude de sécurité économique qui n'est point suffisante pour protéger les populations contre les risques épidémiques. En d'autres termes, il faut faire évoluer nos représentations en matière de gestion des risques et des crises épidémiques. Car comme le dit bien O. Hassid (2011, p.139) : « Ce n'est pas parce que l'on dispose d'un plan ou d'un centre opérationnel de gestion de crise que tout est sous contrôle. La question de la flexibilité et de l'adaptation est au cœur du problème. Les crises futures seront d'autant mieux gérées que les « barrières mentales » seront tombées (...) »

Il s'ensuit donc que pour ce qui est des risques et des crises épidémiques, l'incontrôlabilité de leur dynamique temporelle et spatiale devrait contraindre les Etats de la sous-région ouest africaine à collaborer et à se coordonner pour réduire l'incertitude des risques épidémiques. La mise en place d'une plate-forme sous-régionale pour définir des objectifs de longs termes qu'exige la prévention efficace des risques épidémiques, est nécessaire. Elle signifie que les Etats ne doivent plus se contenter de gérer leurs risques épidémiques seuls. Car ils ne pourront les maîtriser que dans la mesure où ils s'engageront à collaborer et à coopérer ensemble à travers l'élaboration d'une matrice épidémiologique commune permettant d'identifier les vecteurs de risques épidémiques, d'identifier et d'évaluer les ressources à mettre en œuvre pour faire face à la problématique générale des risques épidémiques dans l'environnement sous-régional.

Il faut donc tendre aujourd'hui vers une gouvernance sous-régionale des risques épidémiques. La mission de cette gouvernance se décline en divers objectifs : définir les modes de coordination des politiques nationales de lutte contre les risques épidémiques, établir le cadre politique, financier et éthique de prévention, de gestion et de planification opérationnelles des risques et des crises épidémiques, organiser les moyens d'alerte épidémique, les dispositifs techniques appropriés et la formation des gestionnaires de risques et de crises épidémiques, développer une politique transnationale et transculturelle d'éducation à la santé publique. Cette gouvernance devra aussi conduire les Etats à assumer la dimension internationale de leur responsabilité sociale à l'égard des citoyens qui vivent dans leur environnement commun. Cette tâche les obligera à développer leur sens de la culture du risque épidémique. En effet, selon O. Hassid (2011, p. 137-138) :

---

<sup>9</sup> CEDEAO : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest, UA : Union Afrique, ONU : Organisation des Nations Unies, OMS : Organisation Mondiale de la Santé et MSF : Médecins Sans Frontières.



« La culture du risque n'est pas une chose partagée, ni même la culture de la gestion de crise. Il est extraordinaire de se rendre compte que les dirigeants commettent en période de crise souvent les mêmes erreurs : ils refusent de communiquer ou nient l'évènement, ils attendent un certain temps avant de se rendre sur les lieux du drame... Tout cela est dommageable pour eux (perte en termes d'image) mais a également une incidence sur la capacité à sortir de la crise. Il est donc indispensable que les dirigeants disposent de formation en matière de gestion de crise. »

Ainsi, la gouvernance sous-régionale des risques épidémiques devra être une gouvernance responsable. En d'autres mots, elle devra être fondée sur une éthique de la communication transparente sur les risques épidémiques mettant en phase le devoir d'information des pouvoirs publics et le respect de la dignité des populations. Car elles ont le droit d'être prévenues des questions sanitaires dans les délais raisonnables afin de leur permettre de prendre les dispositions sécuritaires appropriées. En d'autres termes, la communication suffisamment transparente et rapide sur les risques épidémiques devrait être le cœur de la responsabilité des pouvoirs publics, Etats et Gouvernements ouest-africains.

### Conclusion

Penser la gouvernance des risques et des crises épidémiques est une entreprise très complexe en contexte africain marqué par le poids de l'ontologie culturelle qui détermine les attitudes de penser et de vie ainsi que les perceptions de la santé, de la maladie et de la mort. La dynamique de l'ontologie culturelle africaine fondée sur la dette ancestrale d'une fraternité historique et culturelle des individus, des peuples et des communautés, rend difficile la mise en œuvre des politiques de santé publique surtout en situation de flambée épidémique. Car les mesures de santé publique sont considérées comme des systèmes de déliance fraternelle et communautaire. Elles provoquent donc des réactivités, des résistances et des attitudes de reliance, expressions de l'influence dynamique des dimensions éthiques du fraternel et du culturel qui structurent les relations sociales et humaines.

Un tel contexte mobilise la compétence de la bioéthique comme science du bien agir individuel et collectif, c'est-à-dire de l'agir responsable, pour déterminer un nouveau cadre de régulation normative des politiques de santé publique en matière de gestion des risques épidémiques. Au cœur de cette mission bioéthique qui privilégie le respect de la dignité humaine dans toutes les procédures de gestion des risques épidémiques, se trouve l'intérêt qu'il y a à développer la culture biologique des populations, support de l'appropriation des politiques de santé publique qui ne sauraient non plus se passer d'une méthodologie participative efficace.

Mais en raison de leur particularité, c'est-à-dire en tenant compte de l'incontrôlabilité individuelle de la dynamique temporelle et spatiale des risques épidémiques en lien avec la mobilité humaine, une nouvelle gouvernance sous-régionale des risques épidémiques s'impose. Elle aura pour ambition d'ensemble de créer une plate-forme de coordination des politiques nationales, de planification, de mobilisation des ressources, de définition des stratégies de communication, d'éducation publique et de formation de gestionnaires des risques épidémiques.



## **Bibliographie**

BAERTSCHI Bernard, 1995, La valeur de la vie humaine et l'intégrité de la personne, Paris, PUF.

BAIZE Sylvain, 2014, « Une étude génomique révèle l'évolution du virus Ebola en Sierra Leone » in La Recherche, N°492, Paris, Sophia Publications.

FAGOT-LARGEAULT Anne, 1985, L'homme bio-éthique, Paris, Maloine.

HALEVY Elie, 1995, La formation du radicalisme philosophique, .T. I- La jeunesse de Bentham 1776-1789, Paris, PUF.

HASSID Olivier, 2011, Le management des risques et des crises, Paris, Dunod.

JOUANNA Jacques, 1992, Hippocrate (Maladies des femmes II, c, 71), Paris, Fayard.

KLINGLER Cécile, 2014, « Ebola : l'urgence est d'abord sur le terrain » in La Recherche, N°492, Paris, Sophia Publications.

LEMARIE Etienne, 1996, « L'expérimentation humaine. Les essais thérapeutiques chez l'homme » in Francis Gold, Patrick Choutet, Emmanuel Burfin, Repères et situations. Ethique en médecine, Paris, ellipses.

MASSE Raymond, 2003, Ethique et santé publique, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

RAMEIX Suzanne, 1996, Fondements philosophiques de l'éthique médicale, Paris, ellipses.

THOMAS Louis-Vincent et LUNEAU René, 1986. La Terre africaine et ses religions, Paris, L'Harmatan.

UNESCO, 2006, Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, Paris, Unesco

[www.cusstr.ch/repository/133.pdf](http://www.cusstr.ch/repository/133.pdf)

[www.dgdr.cnrs.fr/SST/CNPS/guides/risquebio.htm](http://www.dgdr.cnrs.fr/SST/CNPS/guides/risquebio.htm)

<https://www.cairn.info/revue-societes-2003-2-page-99.htm>