



HUMANISME BIOÉTHIQUE EN AFRIQUE : PENSER LA PAUVRETÉ ENTRE INDIVIDU ET COLLECTIVITÉ

SESS Honoré Melchisédek

Département de philosophie

Université Alassane Ouattara (Bouaké – Côte d'Ivoire)

Résumé

L'humanisme bioéthique fait de la dignité humaine la norme suprême de toute pratique sanitaire. Dans le contexte africain, la pauvreté matérielle entrave l'exercice de l'autonomie et porte atteinte à cette dignité, imposant l'humanisme bioéthique africain comme une médiation nécessaire pour concilier la protection de la personne et la solidarité sociale face aux injustices socio-économiques. Dès lors, le problème central consiste à savoir comment garantir la dignité et l'autonomie de la personne tout en préservant la solidarité communautaire, au sein d'un environnement marqué par une pauvreté systémique qui entrave l'accès aux soins. Pour résoudre ce problème, nous emploierons l'analyse herméneutique de l'autonomie kantienne et de l'intersubjectivité, le dialogue dialectique entre droits de l'homme et éthique de l'Ubuntu, et une démarche normative visant à fonder un cadre bioéthique orientant les politiques publiques de santé.

Mots-clés : Autonomie – Dignité – Humanisme bioéthique – Intersubjectivité – Justice sanitaire – Ubuntu – Pauvreté.

Abstract

Bioethical humanism establishes human dignity as the supreme norm of healthcare practices. In Africa, systemic poverty impairs individual autonomy, necessitating a bioethical framework that reconciles personal dignity with community solidarity. How can we protect individual autonomy while preserving collective cohesion in resource-limited settings? Methodologically, we combine hermeneutic analysis of Kantian autonomy and community intersubjectivity, a dialectical dialogue between human rights and *Ubuntu* ethics, and a normative approach.

Ultimately, we articulate a contextualized bioethical framework to guide public health policies toward humanistic poverty alleviation.

Keywords : Bioethical humanism – Dignity – Autonomy – Intersubjectivity – Ubuntu – Poverty – Healthcare justice.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.23476664>

1 Introduction

Dans le champ de la philosophie morale contemporaine et de la santé publique, le concept d'Humanisme Bioéthique désigne une démarche théorique et pratique qui réaffirme la dignité intrinsèque de la personne humaine au cœur des décisions médicales, technologiques et institutionnelles. Il ne s'agit pas simplement d'un ensemble de règles déontologiques appliquées à la médecine, mais d'une exigence ontologique et politique : placer le respect de l'être humain — appréhendé à la fois dans sa vulnérabilité singulière et dans son inscription communautaire — comme la norme suprême de toute praxis sanitaire. En Afrique, cet humanisme bioéthique prend une résonance singulière. Il s'articule au croisement de l'autonomie de la personne, de la solidarité intersubjective et des réalités socio-économiques qui conditionnent l'exercice effectif des droits fondamentaux.

La pauvreté en Afrique place l'être humain à la croisée de la subjectivité autonome — chère à Emmanuel Kant — et de l'intersubjectivité communautaire, incarnée par des philosophies telles que l'« Ubuntu ». Comme le soulignait déjà Emmanuel Kant dans son ouvrage fondateur : « *L'homme et en général tout être raisonnable existe comme fin en soi, non pas simplement comme moyen pour l'usage que tel ou tel arbitre en ferait à son gré.* »¹

Si l'éthique kantienne érige l'individu en fin absolue à abriter de toute instrumentalisation marchande, le contexte africain rappelle de façon systémique que l'individu ne saurait être pensé hors du réseau social qui le fait advenir à la vie. La pauvreté prive la personne des moyens d'exercer son autonomie morale et d'accéder aux soins de santé fondamentaux, posant ainsi un défi bioéthique majeur : comment garantir la dignité individuelle tout en préservant la solidarité communautaire ?

C'est précisément cette articulation critique que met en lumière le philosophe Kwasi Wiredu en analysant les structures morales du continent : « *An individual is not just a biological entity, but a social being who becomes a person through integration into a community.* » (« *Un individu n'est pas seulement une entité biologique, mais un être social qui devient une personne à travers son intégration dans une communauté.* »)²

Dès lors, l'humanisme bioéthique africain doit être pensé comme une médiation féconde. Il s'agit de dépasser l'opposition schématique entre l'autonomie atomisée de l'individu moderne et le collectivisme communautaire, afin d'élaborer un cadre théorique et pratique capable de traiter

¹ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, trad. Victor Delbos, Paris, Éditions Gallimard, 1993, p. 108.

² Kwasi Wiredu, *Cultural Universals and Particulars : An African Perspective (Universaux et particularités culturels : Une perspective africaine)*, Bloomington, Indiana University Press, 1996, p. 157.

la pauvreté à la fois comme une atteinte aux droits de la personne humaine et comme une défaillance de la solidarité intersubjective.

La construction d'un « humanisme bioéthique » propre au contexte africain exige d'analyser la pauvreté non pas comme une simple misère matérielle, mais comme une atteinte à la dignité morale et physique, nécessitant la médiation entre l'autonomie de la personne (subjectivité kantienne) et la solidarité communautaire (intersubjectivité).

Pour mener à bien cette investigation, l'étude s'articule autour de trois axes fondamentaux. Dans un premier temps, il s'agit d'analyser l'impact direct de la pauvreté sur l'accès aux soins, le droit à la santé et la préservation de la dignité en Afrique, en inscrivant la vulnérabilité matérielle au cœur du questionnement bioéthique. Dans un deuxième temps, le propos s'attache à réconcilier l'exigence de la dignité individuelle — d'inspiration kantienne — avec les éthiques communautaires du soin (care) et de la solidarité. Enfin, l'analyse débouche sur la formulation d'un modèle bioéthique contextualisé, apte à orienter les politiques publiques vers une éradication véritablement humaniste de la pauvreté.

2 Bioéthique et vulnérabilité matérielle

L'analyse de la vulnérabilité matérielle constitue le premier ancrage théorique indispensable pour mesurer l'écart entre la valeur formelle du droit et sa réalité matérielle. En Afrique subsaharienne, la pauvreté ne représente pas un simple manque de ressources financières ; elle agit comme une véritable négation de la subjectivité morale en privant les individus des conditions matérielles d'exercice de leur liberté. Comme le souligne le philosophe et économiste Amartya Sen : « *La pauvreté doit être conçue comme la privation des capacités de base, et non pas seulement comme la faiblesse des revenus, qui est la définition standard de la pauvreté.* »³ Cette privation des capacités altère directement l'accès aux soins. Dans de nombreux contextes africains, l'absence de couverture médicale universelle et la prédominance du paiement direct par les ménages transforment l'acte de soigner en une transaction marchande. La santé cesse d'être un bien public garant de la dignité pour devenir un privilège monnayable. Les structures sanitaires, confrontées à une pénurie chronique de ressources et d'infrastructures, se trouvent dans l'incapacité d'assurer une prise en charge équitable.

De surcroît, cette précarité matérielle fragilise structurellement le droit à la santé, pourtant garanti par les textes internationaux et les chartes régionales. Le droit à la santé ne se limite pas au droit d'être soigné ; il englobe l'accès aux déterminants sociaux de la santé (eau potable, nutrition, hygiène, logement). Lorsque la pauvreté extrême condamne des populations entières à la précarité nutritionnelle et sanitaire, le principe d'universalité des droits humains se heurte à un mur d'impuissance institutionnelle. La pauvreté constitue alors une violence structurelle qui réduit l'être humain à sa simple survie biologique.

Enfin, l'impact le plus profond de la pauvreté matérielle touche au respect de la personne. Dans la relation de soin, l'indigence expose le patient à une asymétrie de pouvoir accrue. Le consentement éclairé, pilier de la bioéthique moderne, risque de devenir une illusion formelle lorsque l'urgence économique ou le besoin d'assistance matérielle contraint les personnes

³ Amartya Sen, *Development as Freedom* (Un nouveau modèle économique : Développement, justice, liberté), trad. Michel Bessières, Paris, Éditions Odile Jacob, 2000, p. 123.

vulnérables à accepter des conditions de traitement ou de recherche clinique qu'elles auraient autrement refusées. Pour penser le respect de la personne en contexte de pauvreté, il convient de réarticuler l'autonomie individuelle à une éthique de la responsabilité collective et de la justice distributive.

Ainsi, appréhender la vulnérabilité matérielle dans le cadre d'un humanisme bioéthique en Afrique exige de dépasser la seule grille de lecture des principes bioéthiques traditionnels (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice) pour intégrer une critique sociale et politique des conditions réelles de l'existence humaine.

2.1 La marchandisation de la santé et la dégradation du soin en transaction

L'extension de la rationalité néolibérale au domaine de la santé publique en Afrique subsaharienne a profondément altéré la nature du soin. Historiquement perçu comme un devoir de solidarité et une exigence d'humanité, l'acte médical s'est progressivement mué en une prestation marchande régie par les lois de l'offre et de la demande. Cette marchandisation de la santé s'exprime avec une acuité particulière à travers l'instauration des politiques de tarification des actes, le recouvrement des coûts et la privatisation de fait des services publics de santé. Dans ce modèle, l'accès aux thérapeutiques et aux technologies médicales n'est plus déterminé par le besoin clinique ou la dignité du patient, mais par sa solvabilité financière.

Cette dynamique d'aliénation marchande réifie le corps souffrant et instrumentalise la relation thérapeutique. En imposant le paiement direct par les ménages dans des contextes d'extrême pauvreté, le système sanitaire opère une sélection sociale : la vie humaine se voit attribuer une valeur différentielle selon les capacités financières du sujet. Le médecin, autrefois perçu comme le garant d'une éthique de l'accompagnement et du soulagement, risque d'être réduit au rôle de prestataire ou de gestionnaire d'un marché du soin fragmenté. Cette dérive commerciale contredit frontalement la formulation de l'impératif catégorique kantien, qui exige de traiter l'humanité, aussi bien dans sa personne que dans celle de tout autre, toujours comme une fin et jamais simplement comme un moyen. Comme le dénonce le philosophe et bioéthicien ivoirien Lazare Marcelin Poamé :

La bioéthique n'a de sens que si elle s'insurge contre la marchandisation du corps humain et de la santé, qui transforme les malades en consommateurs et les soins en marchandises, consacrant ainsi l'exclusion des plus démunis de l'accès aux biens vitaux.⁴

Lorsque la santé devient un bien marchand, la vulnérabilité matérielle cesse d'être une simple condition socio-économique pour devenir une cause d'exclusion ontologique du champ des soins. La personne indigente se trouve confrontée à une violence institutionnelle silencieuse : l'abandon thérapeutique pour défaut de paiement, la rétention des corps ou des patients dans les hôpitaux en raison de dettes médicales, et la dégradation de la qualité des soins dispensés dans des structures publiques sous-équipées.

⁴ Lazare Marcelin Poamé, *Bioéthique et développement en Afrique*, Abidjan, Éditions Éburnie, 2008, p. 84.

2.2 La fragilisation du consentement éclairé chez les patients démunis

La conséquence la plus délétère de cette précarité matérielle sur le plan bioéthique réside dans la dénaturation du principe de l'autonomie du patient, dont le consentement libre et éclairé constitue la pierre d'angle. Élaboré à l'origine pour protéger le sujet contre l'arbitraire médical et les abus de la recherche scientifique, le consentement éclairé suppose deux prérequis fondamentaux : une information claire et compréhensible, et une volonté exempte de toute contrainte ou coercition. Or, sous le joug de la pauvreté matérielle extrême, ces deux conditions s'effondrent, transformant le consentement en une exigence purement formelle, voire en une illusion juridique.

Sur le plan cognitif et épistémique, la dissymétrie d'information entre le soignant et le soigné se trouve amplifiée par le déficit d'instruction et la précarité éducative. L'information médicale, souvent dispensée dans un langage technique ou dans des langues officielles peu maîtrisées par les patients des zones rurales ou périurbaines, ne permet pas une véritable appropriation des enjeux thérapeutiques.

Sur le plan de la volonté, la pauvreté exerce une contrainte économique directe qui annihile la liberté de choix. Face à la maladie et au risque de mort, un individu dépourvu de ressources financières ne dispose d'aucune marge de négociation. Le besoin impérieux de survie pousse le patient démuné à accepter n'importe quel protocole de soin ou à s'engager dans des essais cliniques risqués uniquement pour bénéficier de la gratuité des examens ou d'une prise en charge Otherwise inaccessible. Le consentement cesse alors d'être l'expression d'une liberté autonome pour devenir une réponse réflexe à la misère matérielle. Ce phénomène d'instrumentalisation de la vulnérabilité a été particulièrement théorisé dans l'éthique de la recherche et des soins contemporaine, comme l'explique Florence Bellivier :

La vulnérabilité économique altère la capacité du sujet à refuser un protocole de soin ou de recherche dès lors que sa participation constitue le seul moyen d'accéder à des traitements vitaux. Le consentement recueilli dans ces conditions de détresse matérielle risque fort de n'être qu'un consentement de résignation ou de nécessité.⁵

Cette réalité pose avec acuité le problème des « doubles standards » dans les pratiques bioéthiques internationales. Les protocoles de consentement conçus dans des pays riches, fondés sur un modèle individualiste et une présomption d'autonomie financière, se révèlent inadaptés aux contextes où la subsistance quotidienne constitue la préoccupation majeure. Dans ces conditions, exiger la signature d'un formulaire de consentement éclairé sans garantir au préalable l'accès effectif aux soins de base s'apparente à une décharge de responsabilité institutionnelle plutôt qu'à un respect authentique de la dignité humaine.

La vulnérabilité matérielle expose ainsi les patients démunis à une double peine : être privés des ressources financières indispensables pour se soigner dignement, et se voir expropriés de leur autonomie décisionnelle en raison même de cette détresse économique. C'est pourquoi l'humanisme bioéthique en Afrique ne saurait se satisfaire d'une proclamation abstraite de l'autonomie de la personne ; il exige la restauration prioritaire des conditions matérielles et de

⁵ Florence Bellivier et Christine Noiville, *Contrats et vivant : Le droit face aux innovations biotechnologiques*, Paris, Éditions LGDJ, 2006, p. 156.

justice distributive qui seules rendent l'exercice de la liberté et le consentement réellement possibles.

L'analyse de l'impact direct de la pauvreté sur l'accès aux soins, le droit à la santé et le respect de la personne met en évidence la tragique insuffisance des grilles de lecture purement procédurales de la bioéthique contemporaine. En Afrique subsaharienne, la vulnérabilité matérielle ne constitue pas un simple accident de parcours individuel ; elle agit comme un facteur de dépersonnalisation structurelle. En transformant le soin en une marchandise financièrement inaccessible et en réduisant le consentement éclairé à une formalité juridique traversée par la détresse économique, la pauvreté viole de manière fondamentale le principe kantien de la dignité, qui interdit de traiter l'être humain comme un moyen ou une monnaie d'échange. L'humanisme bioéthique ne peut dès lors se contenter de proclamer une autonomie abstraite là où les conditions matérielles de sa réalisation font cruellement défaut.

Ce constat d'impasse exige un déplacement du centre de gravité théorique de notre réflexion. Si le modèle classique de l'autonomie — hérité du libéralisme et centré sur un sujet souverain et indépendant — s'avère démuni face aux dévastations de l'indigence, il ne s'agit pas pour autant d'abandonner l'exigence morale de la subjectivité kantienne. Il s'agit plutôt de la dépasser en l'inscrivant dans un cadre théorique capable d'intégrer la dimension intrinsèquement relationnelle et sociale de l'existence humaine.

C'est précisément à cette jonction critique que s'impose la réarticulation entre l'autonomie kantienne et la solidarité communautaire, formalisée par la philosophie africaine de l'Ubuntu. Face à l'épreuve de la pauvreté matérielle, la préservation de la dignité individuelle ne peut reposer sur l'isolement du sujet, mais exige la reconstruction d'un tissu intersubjectif où la responsabilité de la collectivité devient le garant des capacités de chacun. Le point suivant s'attachera ainsi à montrer comment l'impératif éthique du respect de la personne (le « je » autonome) trouve sa condition de possibilité et son accomplissement politique dans l'horizon intersubjectif du « nous » solidaire (« Je suis parce que nous sommes »).

3 De la subjectivité kantienne à la personne communautaire

Cette section assure la transition conceptuelle cruciale entre l'autonomie de la raison individuelle et l'ancrage communautaire propre aux éthiques africaines. Pour inscrire la lutte contre la pauvreté dans un « Humanisme Bioéthique en Afrique », il convient de dépasser la figure d'un sujet moral abstrait pour ouvrir la voie à une personne dont la dignité s'accomplit dans et par le groupe.

L'idéal kantien accorde une valeur absolue à l'individu en vertu de sa rationalité. Comme le formule Emmanuel Kant : « *L'homme et en général tout être raisonnable existe comme fin en soi, non pas simplement comme moyen pour l'usage que telle ou telle volonté en ferait à son gré.* »⁶

Toutefois, appliqué aux réalités de la pauvreté et de la bioéthique en Afrique, ce sujet transcendantal se révèle souvent incomplet s'il est isolé de son environnement social. La vulnérabilité matérielle et biologique exige de reconsidérer l'être humain non pas comme un

⁶ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs* (trad. Victor Delbos), Paris, Éditions Delagrave, 1993, p. 149.

atome autosuffisant, mais comme un nœud de relations interpersonnelles. C'est ici que s'opère le passage de la subjectivité morale à la personne communautaire, illustré par le concept fondamental d'Ubuntu. Comme le souligne John Mbiti : « *I am because we are, and since we are, therefore I am.* » (*Je suis parce que nous sommes, et puisque nous sommes, donc je suis.*)⁷ Dans cette perspective, la pauvreté cesse d'être perçue comme un simple défaut d'autonomie individuelle pour devenir une rupture du tissu communautaire. L'introduction de ce deuxième point vise ainsi à montrer comment la philosophie bioéthique africaine réinterprète l'impératif kantien : la dignité de la personne ne se réalise pas dans l'isolement d'une conscience souveraine, mais dans une intersubjectivité agissante où le « nous » fonde et préserve-le « je ».

3.1 Les limites du sujet souverain kantien face au dénuement matériel

L'éthique kantienne fonde la dignité de la personne humaine sur sa capacité d'auto-législation morale. En identifiant l'autonomie de la volonté comme le principe suprême de la moralité, Emmanuel Kant conçoit le sujet moral comme un être rationnel, capable de s'arracher aux inclinations sensibles et aux déterminismes matériels pour obéir à la loi du devoir. Cette conceptualisation de la personne, si elle garantit l'inviolabilité théorique de l'être humain, repose sur une abstraction qui montre ses limites heuristiques et pratiques face aux réalités de la pauvreté extrême en Afrique subsaharienne.

En effet, la pauvreté matérielle n'est pas une simple condition contingente que le sujet pourrait neutraliser par la seule force de sa volonté rationnelle. Elle affecte directement le support corporel et social de la subjectivité. Lorsque l'accès à la nourriture, à l'eau potable, au logement ou aux soins de santé de base est quotidiennement compromis, la capacité d'autonomie ne peut s'exercer pleinement ; elle se trouve piégée dans la dynamique de la pure subsistance. En érigeant l'indépendance du sujet en condition de sa dignité, le modèle moral moderne risque d'exclure symboliquement et pratiquement du champ du respect moral effectif ceux dont la dépendance matérielle envers autrui est absolue. Comme l'analyse la philosophe de l'éthique de la vulnérabilité Corine Pelluchon :

*La conception de l'autonomie héritée de la Modernité, qui identifie la liberté à l'indépendance et à la maîtrise de soi, méconnaît la vulnérabilité et la dépendance qui caractérisent l'existence humaine. Penser la dignité à partir de la vulnérabilité impose de sortir de la mythologie du sujet souverain pour reconnaître que l'autonomie est toujours relationnelle et incarnée.*⁸

Appliquée au contexte africain, une transposition rigide de l'autonomie kantienne conduit à une aporie : elle exige du patient délibération et souveraineté décisionnelle alors même que la détresse socio-économique détruit les conditions de possibilité de son choix libre. La subjectivité kantienne, pensée sous le mode de l'intériorité et du face-à-face entre le moi et la loi morale, doit donc être enrichie et réencastrée dans une ontologie de la relation.

⁷ John S. Mbiti, *African Religions and Philosophy*, Londres, Heinemann, 1969, p. 108.

⁸ Corine Pelluchon, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité : Les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Éditions Le Seuil, 2011, p. 89.

3.2 L'ontologie relationnelle de l'Ubuntu : du « Je » au « Nous » solidaire

Face à cette abstraction du sujet individuel, la philosophie africaine de l'Ubuntu offre une médiation conceptuelle décisive pour penser l'humanisme bioéthique. Condensée dans l'adage des langues bantoues « *Umuntu ngumuntu ngabantu* » (« *Un être humain est un être humain par et à travers d'autres êtres humains* »), l'Ubuntu pose d'emblée que la qualité d'être humain n'est pas une donnée solipsiste, mais un accomplissement intersubjectif. Le sujet n'existe pas préalablement à la communauté pour entrer ensuite en relation avec elle ; c'est la trame relationnelle communautaire qui génère et maintient la subjectivité.

Dans le champ de la santé publique et de la bioéthique, cette ontologie implique que la maladie et la pauvreté ne sont jamais des événements strictement individuels. La souffrance d'un membre du corps social altère l'équilibre du groupe, et la vulnérabilité de l'un impose un devoir d'assistance à tous. Contrairement aux modèles utilitaristes ou marchands qui considèrent l'individu indigent comme une charge ou un coût, l'éthique de l'Ubuntu réaffirme la valeur inaliénable de la personne à travers la responsabilité partagée. Comme le théorise le théologien et philosophe sud-africain Desmond Tutu :

*L'Ubuntu ne dit pas : "Je pense donc je suis". Il dit plutôt : "Je suis parce que nous sommes, et puisque nous sommes, alors je suis". Cette harmonie relationnelle est le bien suprême ; tout ce qui brise la communauté et la solidarité altère l'humanité de chaque individu qui la compose.*⁹

L'éthique de l'Ubuntu réinvestit la santé d'une dimension communautaire et solidaire. Face à l'impuissance financière de l'individu démuné, le groupe (famille élargie, tontines de santé, solidarités de village ou de quartier) intervient non pas comme un organisme de bienfaisance extérieure, mais comme le lieu même où s'actualise l'humanité du malade.

3.3 La synthèse bioéthique : L'autonomie relationnelle et la justice redistributive

La confrontation dialectique entre la subjectivité kantienne et l'intersubjectivité de l'Ubuntu ne doit pas conduire à une opposition stérile entre universalisme occidental et communautarisme africain. Elle invite plutôt à une synthèse féconde : le concept d'autonomie relationnelle, indispensable à la refondation d'un humanisme bioéthique en Afrique.

Si la philosophie kantienne apporte l'exigence d'inviolabilité de la personne — évitant ainsi que l'individu ne soit complètement absorbé ou sacrifié au nom du groupe —, l'Ubuntu fournit la médiation sociale et matérielle sans laquelle cette inviolabilité reste une promesse vide pour le pauvre. L'autonomie relationnelle reconnaît que la capacité d'autodétermination d'un patient n'est pas une faculté abstraite, mais une faculté qui se déploie à travers des réseaux de soutien, des institutions justes et des conditions matérielles décentes.

Cette réarticulation théorique débouche sur des répercussions pratiques concrètes pour la bioéthique africaine :

⁹ Desmond Tutu, *No Future Without Forgiveness* (Il n'y a pas d'avenir sans pardon), trad. Georges Delouche, Paris, Éditions Albin Michel, 2000 (éd. orig. 1999), p. 42.

- La délibération médicale partagée : Le protocole d'information et de consentement ne doit plus isoler le patient démunie face à l'institution médicale. Il doit intégrer, lorsque le patient le souhaite, la cellule familiale ou communautaire qui assume la charge affective et financière du soin, sans pour autant dissoudre la volonté propre du malade.
- L'exigence de justice distributive : La pauvreté matérielle cessant d'être perçue comme un échec individuel pour devenir un déficit d'intersubjectivité, la santé publique doit se structurer autour de systèmes de mutualisation et de couverture sanitaire universelle fondés sur la solidarité nationale.
- Le dépassement du paternalisme et du marchandage : En pensant le patient indigent comme un sujet lié à une communauté éthique, l'acte médical retrouve son statut de rencontre de deux vulnérabilités régies par le respect mutuel et la justice sociale.

En définitive, penser la pauvreté entre individu et collectivité permet de fonder un humanisme bioéthique où la liberté kantienne ne s'exerce plus malgré la dépendance matérielle, mais avec et par la solidarité communautaire

La réarticulation théorique de la subjectivité kantienne et de l'intersubjectivité issue de l'Ubuntu permet ainsi d'affranchir la bioéthique africaine de l'aporie du sujet abstrait. Face aux dévastations de la pauvreté matérielle, la liberté individuelle ne peut se réaliser dans l'isolement d'un individu souverain mais autonome de manière purement formelle ; elle exige l'adossement de la personne à un tissu relationnel solidaire capable de garantir la soutenabilité de son existence. En pensant l'autonomie relationnelle, cette synthèse conceptuelle démontre que le respect de la dignité humaine implique indissociablement la sauvegarde de l'inviolabilité morale du sujet et l'activation des solidarités communautaires qui rendent l'exercice de cette dignité matériellement possible.

Toutefois, cette refondation philosophique risquerait de demeurer une spéculation théorique stérile si elle ne trouvait pas son prolongement dans une critique et une réorganisation des structures politiques qui régissent l'accès aux soins. La solidarité interpersonnelle ou communautaire, si féconde soit-elle, ne saurait pallier indéfiniment les défaillances structurelles des États ni se substituer aux obligations régaliennes de justice sociale. Pour que l'humanisme bioéthique devienne une réalité opératoire, l'éthique de la relation doit s'incarner dans des politiques publiques de santé capables de traduire la solidarité ontologique de l'Ubuntu en institutions pérennes.

Le troisième point de notre étude s'attachera dès lors à analyser les implications institutionnelles et politiques de cette synthèse éthique. Il s'agira d'examiner comment le passage du « Je » autonome au « Nous » solidaire impose une refonte structurelle des systèmes de santé africains : de la création de mécanismes de couverture sanitaire universelle fondés sur la justice distributive, au dépassement des logiques de marchandisation, jusqu'à l'institutionnalisation de comités nationaux de bioéthique réellement ancrés dans les réalités socio-économiques locales.

4. Implications institutionnelles et politiques de l'humanisme bioéthique pour les systèmes de santé en Afrique

L'intégration de l'humanisme bioéthique au sein des structures étatiques et des politiques de santé publiques africaines ne saurait se réduire à une simple opération technique d'aménagement budgétaire ou administratif. Elle engage une refonte doctrinale du droit à la santé, au croisement des impératifs d'autonomie morale et des solidarités communautaires. Dans le contexte subsaharien, où les pathologies de la pauvreté se heurtent à la précarité des infrastructures publiques, penser une politique de santé bioéthique impose de réévaluer le rôle régulateur de l'État. Comme le souligne le philosophe Paul Ricœur dans *Le Juste*, « l'institution est la structure du vouloir-vivre-ensemble d'une communauté historique »¹⁰, ce qui implique que toute réforme du système de soins doit d'abord traduire une exigence éthique de justice distributive envers les citoyens les plus vulnérables.

Cette mutation institutionnelle exige de dépasser les modèles épidémiologiques importés pour fonder des politiques publiques ancrées dans la réalité sociale du continent. L'humanisme bioéthique devient alors un cadre critique d'évaluation de la gouvernance sanitaire, dénonçant le désengagement structurel des États et l'iniquité de l'accès aux soins de base. À ce titre, le bioéthicien américain H. Tristram Engelhardt Jr. rappelle dans *The Foundations of Bioethics* (*Les fondements de la bioéthique*) :

*A healthcare system must be evaluated not only by its dynamic force, but by how it respects freedom and distributes burdens in a pluralistic society. (Un système de santé doit être évalué non seulement par sa force dynamique, mais par la manière dont il respecte la liberté et distribue les charges dans une société pluraliste)*¹¹.

Pour l'Afrique, ce double impératif de respect de la subjectivité et d'équité collective commande de passer d'une gestion bureaucratique de la maladie à une véritable politique de la dignité humaine. Il s'agit dès lors d'analyser les mécanismes par lesquels les institutions politiques africaines peuvent opérationnaliser cette bioéthique humaniste pour transformer durablement l'offre de soins

4.1 La Couverture Sanitaire Universelle comme exigence d'une justice distributive incarnée

Si la synthèse entre l'autonomie kantienne et le principe d'Ubuntu fonde théoriquement la valeur inaliénable de la personne au sein de sa communauté, son opérationnalisation politique passe impérativement par la transformation du droit à la santé en une réalité institutionnelle. Dans un contexte où la pauvreté matérielle continue d'exclure des millions de citoyens du système de soins, la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) cesse d'être un simple objectif de gestion publique pour devenir un impératif éthique catégorique.

¹⁰ Paul Ricœur, *Le Juste*, Paris, Éditions du Seuil, 1995, p. 99, 224,

¹¹ H. Tristram Engelhardt Jr., *The Foundations of Bioethics* (*Les fondements de la bioéthique*, Oxford University Press, 1996, 2e édition, p. 378.

Une politique de santé fondée sur l'humanisme bioéthique doit rompre avec la logique du paiement direct à l'acte, responsable du basculement annuel de milliers de ménages dans l'extrême pauvreté. La justice distributive, réinterprétée à la lumière de l'intersubjectivité africaine, exige un modèle de financement solidaire basé sur la précollecte et la mutualisation des risques financiers. L'État ne peut plus se désengager de sa mission de protection biologique des populations sous couvert de contraintes budgétaires ou de directives d'ajustement structurel. Comme le rappelle le sociologue et politiste camerounais Jean-Marc Ela :

*On ne saurait réduire les problèmes de santé à des équations financières. Dans des pays où la majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, le désengagement de l'État en matière de santé publique s'apparente à une démission éthique et politique devant le droit sacré de chaque être humain à la vie.*¹²

L'institutionnalisation de la CSU constitue la traduction politique directe du « Je suis parce que nous sommes » : chaque citoyen contribue selon ses moyens financiers et reçoit selon ses besoins de santé, garantissant ainsi que l'accès aux thérapeutiques vitales ne soit plus déterminé par la fortune individuelle, mais par la solidarité nationale.

4.2 L'institutionnalisation des comités de bioéthique et la décolonisation des normes

La concrétisation de cet humanisme bioéthique nécessite également la création et le renforcement de Comités Nationaux de Bioéthique (CNB) indépendants, multidisciplinaires et représentatifs de la diversité culturelle et sociale des nations africaines. Trop souvent, les instances de régulation éthique sur le continent ont été créées pour répondre à des exigences extérieures — notamment lors du déroulement d'essais cliniques financés par des organismes du Nord —, reproduisant des grilles d'évaluation purement procédurales et déconnectées du vécu des populations.

Une véritable souveraineté bioéthique exige de décoloniser les normes institutionnelles. Il s'agit d'intégrer dans le fonctionnement et les critères d'évaluation des comités de bioéthique une double exigence :

- L'évaluation de l'impact socio-économique : Tout protocole de recherche ou déploiement de politique sanitaire doit être évalué non seulement au regard de la sécurité clinique immédiate, mais aussi quant à ses retombées sur la justice sociale et la réduction des inégalités de santé.
- Le dialogue interculturel et la démocratie sanitaire : Les comités éthiques ne doivent pas être des arènes d'experts coupés du peuple. Ils doivent inclure des représentants des communautés, des autorités traditionnelles et de la société civile pour formaliser un consensus éthique où la dignité morale kantienne s'articule aux valeurs communautaires de solidarité.

¹² Jean-Marc Ela, *Innovations sociales et renaissance de l'Afrique noire : Les réponses paysannes aux crises*, Paris, Éditions L'Harmattan, 1998, p. 112.

Le philosophe et bioéthicien sénégalais Mamoussé Diagne souligne cette nécessité d'ancrage institutionnel :

*Les normes bioéthiques ne peuvent être importées comme des produits clés en main. Leur légitimité et leur efficacité reposent sur leur capacité à s'inscrire dans le tissu culturel et institutionnel local, là où se posent concrètement les questions de vie, de mort et de justice sociale.*¹³

4.3 Vers une souveraineté sanitaire et pharmaceutique continentale

L'humanisme bioéthique ne saurait se déployer pleinement au niveau micro-éthique (la relation médecin-patient) si le niveau macro-politique demeure marqué par une dépendance structurelle. La vulnérabilité matérielle des patients démunis est le reflet direct de la vulnérabilité des systèmes sanitaires africains au sein de la géopolitique mondiale du médicament et des technologies médicales.

Le respect de la personne en Afrique exige l'édification d'une souveraineté sanitaire et pharmaceutique. Cela implique des choix politiques audacieux :

- La création et le soutien d'industries pharmaceutiques locales capables de produire des médicaments essentiels et des vaccins génériques à coûts abordables, affranchissant le continent des spéculations du marché mondial et du régime restrictif des brevets.
- La revalorisation et la rationalisation de la pharmacopée traditionnelle, en l'intégrant formellement dans le système de soins de santé primaire à travers une évaluation scientifique rigoureuse qui protège à la fois la santé des usagers et les savoirs endogènes contre la biopiraterie.
- Le financement pérenne de la recherche biomédicale locale, afin d'orienter la production scientifique vers les pathologies négligées qui frappent prioritairement les populations défavorisées.

En articulant la protection de la personne humaine à une politique d'autonomie industrielle et institutionnelle, la bioéthique cesse d'être une discipline réactive ou défensive pour devenir un projet de libération et de développement humain. L'humanisme bioéthique en Afrique se révèle ainsi pour ce qu'il est profondément : une éthique de la responsabilité collective qui transforme la vulnérabilité partagée en levier de justice et de souveraineté politique.

5. Conclusion

La trajectoire parcourue en trois temps a permis de dégager plusieurs acquis majeurs. Tout d'abord, l'examen de la vulnérabilité matérielle a mis en lumière la manière dont l'indigence économique altère le droit à la santé, réduisant les soins à de simples transactions marchandes et dénaturant le consentement éclairé en une procédure formelle qui masque l'aliénation des patients démunis. Ensuite, le basculement théorique s'est opéré en articulant le principe kantien

¹³ Mamoussé Diagne, *Critique de la raison orale : Les formes de la rationalité en Afrique noire*, Paris, Éditions Karthala, 2005, p. 245.

d'inviolabilité de la personne (Je autonome) à l'ontologie relationnelle de l'Ubuntu (Je suis parce que nous sommes). Cette confrontation débouche sur le concept d'autonomie relationnelle, où la dignité ne réside pas dans l'illusion d'une indépendance absolue, mais dans l'accomplissement de la liberté individuelle au sein d'une communauté solidaire. Enfin, cette perspective impose une traduction politique concrète : l'institution d'une Couverture Sanitaire Universelle fondée sur la justice distributive, la décolonisation des instances de bioéthique et l'édification d'une souveraineté pharmaceutique continentale.

En dépassant la seule subjectivité ontologique — souvent jugée solipsiste ou abstraite —, cette recherche démontre que le sujet trouve son effectivité dans un réseau de solidarités réelles. En croisant l'ontologie relationnelle théorisée dans la pensée africaine, telle que mise en évidence par Fred Lee Hord et Jonathan Scott Lee (« *une personne est une personne à travers d'autres personnes ; l'individu n'est pas un être isolé, mais un être-avec-les-autres au sein d'une communauté intégrée* »)¹⁴, avec l'intercompréhension habermassienne¹⁵ ou l'éthique de la responsabilité de Hans Jonas (« *Agis de telle sorte que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur Terre* »)¹⁶, la pauvreté cesse d'être appréhendée comme une simple carence matérielle ou l'affaire du seul individu indigent. Elle s'impose comme une vulnérabilité ontologique et biologique extrême — marquée par la précarité sanitaire et les risques d'exploitation du corps pauvre — qui altère le tissu moral de la communauté tout entière.

Dès lors, la réflexion conduite depuis l'Afrique ne réclame pas une exception culturelle qui dérogerait aux principes universels ; elle propose un approfondissement de l'universel bioéthique lui-même. Face aux limites du modèle marchand, hyper-individualiste et procédural qui domine la bioéthique contemporaine, l'approche communautaire africaine rappelle que le soin n'est pas un marché et que la santé constitue un bien commun inviolable.

En s'inscrivant dans le sillage de l'exigence de réappropriation de soi formulée par Fabien Eboussi Boulaga : « *Il s'agit d'assumer la charge de soi-même, de devenir le sujet de sa propre histoire, non pas dans un isolement jaloux, mais dans l'ouverture à une humanité partagée où la libération de chacun est la condition de la dignité de tous.* »¹⁷, l'humanisme bioéthique africain offre une contribution décisive à l'éthique globale. En conciliant la rigueur morale du respect de la personne et la solidarité ontologique, il trace la voie vers des institutions sanitaires capables de transformer la vulnérabilité matérielle en un lieu d'accomplissement de la justice sociale et de la fraternité humaine.

¹⁴ Fred Lee Hord et Jonathan Scott Lee (éd.), *I Am Because We Are: Readings in Africana Philosophy*, Amherst, University of Massachusetts Press, 1995, p. 8.

¹⁵ Jürgen Habermas, *Théorie de l'agir communicationnel*, Tome 1 : Rationalité de l'action et rationalisation de la société, trad. J.-M. Ferry, Paris, Gallimard, 1987, pp. 102-104.

¹⁶ Hans Jonas, *Le Principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation industrielle*, trad. J. Greisch, Paris, Éditions du Cerf, 1990, p. 30.

¹⁷ Fabien Eboussi Boulaga, *Aussitôt dit : Essais d'initiation philosophique*, Yaoundé, Éditions CLE, 2007, p. 178.

RÉFÉRENCES

- [1] **BELLIVIER**, Florence et **NOIVILLE**, Christine, *Contrats et vivant : Le droit face aux innovations biotechnologiques*, Paris, Éditions LGDJ, 2006, 380 p.
- [2] **DIAGNE**, Mamoussé, *Critique de la raison orale : Les formes de la rationalité en Afrique noire*, Paris, Éditions Karthala, 2005, 512 p.
- [3] **DUSSEL**, Enrique, *Éthique de la libération à l'ère de la mondialisation et de l'exclusion*, trad. Claudia Bourguignon Rouguier et Philippe Goujon, Paris, Éditions L'Harmattan, 2012, 560 p.
- [4] **EBOUSSI BOULAGA**, Fabien, *La Crise du Muntu : Authenticité africaine et philosophie*, Paris, Éditions Présence Africaine, 1977, 238 p.
- [5] **ELA**, Jean-Marc, *Innovations sociales et renaissance de l'Afrique noire : Les réponses paysannes aux crises*, Paris, Éditions L'Harmattan, 1998, p. 112, 416 p.
- [6] **ENGELHARDT**, H. Tristram Jr., *The Foundations of Bioethics (Les fondements de la bioéthique)*, Oxford, Oxford University Press, 1996, 468 p.
- [7] **HABERMAS**, Jürgen, *Théorie de l'agir communicationnel* (Tome 1 : Rationalité de l'action et rationalisation de la société), trad. Jean-Marc Ferry, Paris, Éditions Gallimard, 1987, 448 p.
- [8] **HORD**, Fred Lee et **LEE**, Jonathan Scott (éd.), *I Am Because We Are: Readings in Africana Philosophy*, Amherst, University of Massachusetts Press, 1995, 392 p.
- [9] **JONAS**, Hans, *Le Principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation industrielle*, trad. Jean Greisch, Paris, Éditions du Cerf, 1990, 336 p.
- [10] **KANT**, Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, trad. Victor Delbos, Paris, Éditions Delagrave / Librairie Félix Alcan, 1993, 208 p.
- [11] **MBITI**, John S., *African Religions and Philosophy*, Londres, Heinemann, 1969, 290 p.
- [12] **PELLUCHON**, Corine, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité : Les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Éditions Le Seuil, 2011, 432 p.
- [13] **POAMÉ**, Lazare Marcelin, *Bioéthique et développement en Afrique*, Abidjan, Éditions Éburnie, 2008, 240 p. (p. 84).
- [14] **RICŒUR**, Paul, *Le Juste*, Paris, Éditions du Seuil, 1995, 224 p.
- [15] **SEN**, Amartya, *Development as Freedom (Un nouveau modèle économique : Développement, justice, liberté)*, trad. Michel Bessières, Paris, Éditions Odile Jacob, 2000 (éd. orig. 1999), 356 p. (p. 123).
- [16] **TUTU**, Desmond, *No Future Without Forgiveness (Il n'y a pas d'avenir sans pardon)*, trad. Georges Delouche, Paris, Éditions Albin Michel, 2000 (éd. orig. 1999), 288 p.
- [17] **WIREDU**, Kwasi, *Cultural Universals and Particulars: An African Perspective*, Bloomington, Indiana University Press, 1996, 278 p. (p. 157).