



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 2 N 2:

ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 27 Octobre 2020

Accepté, 03 Décembre 2020

Publié, 10 Décembre 2020

<http://www.revue-rasp.org>

Recherche

Prélèvement d'organes en question : facteurs explicatifs d'abstention au Burkina Faso

Aicha Nadège OUEDRAOGO^{1,*} et Abdourahmane GARBA MAMOUDOU²

¹ IMAF/EHESS-PSL (Institut des mondes africains/Ecole des hautes études en sciences sociales- Université Paris sciences et lettres) ; Université de Fada N'Gourma Burkina Faso.

² Service protection-médiation-prévention de l'œuvre du secours aux enfants-Paris/ Service expert près de la cour d'appel de Paris.

* **Correspondance** : aichcel@yahoo.fr ; Tel : +226-73 64 57 28 ;

Résumé : La présente étude rapporte des résultats préliminaires sur la perspective du prélèvement d'organe cadavérique au Burkina-Faso. Il s'agit d'une étude exploratoire qui vise à recueillir des opinions à propos d'une option thérapeutique non encore pratiquée dans le pays et dont les avantages, mais aussi les implications méritent d'être discutés. Les éléments rapportés peuvent se décliner en différentes catégories. L'analyse des 35 premiers entretiens montre que cette option thérapeutique est méconnue et incomprise en raison de son assimilation à des pratiques occultes. Aussi, divers mécanismes de pensée ont été mis en évidence comme des facteurs limitants au processus de prélèvement. Des facteurs explicatifs d'ordre éthique, médical ou socio-culturel entravent en effet l'adhésion au don d'organe cadavérique, rendant la perspective compromise.

Mots clés : Mort, prélèvement d'organe, option thérapeutique, transgression, Burkina Faso

Questioning organ harvesting in Burkina Faso: Explanatory factors of people abstention

Abstract: This study reports preliminary results on the prospect of cadaveric organ harvesting in Burkina Faso. It is an exploratory study that aims to collect opinions about a therapeutic option not yet practiced in the country, and whose benefits, but also implications, are worth discussing. The reported items can be divided into different categories. Analysis of the first 35 interviews shows that this therapeutic option is not known or misunderstood due to its assimilation to occult practices. Also, various thought mechanisms have been highlighted as limiting factors in the sampling process. Explanatory factors of an ethical, medical or socio-cultural nature hinder adherence to cadaveric organ donation, rendering the prospect compromised.

Keywords: Death, organ harvesting, therapeutic option, transgression, Burkina Faso.

Introduction

Si les grandes révolutions de la médecine permettent d'obtenir une meilleure qualité de vie, elles repoussent également les limites de la mort à plusieurs égards, à travers notamment le don d'organes. Cependant, l'intérêt thérapeutique de la pratique peine à se montrer, tant il est escamoté par une pléthore de considérations éthiques et socio-culturelles, même si au niveau juridique, les textes l'autorisent¹. Au Burkina-Faso, le prélèvement d'organes cadavérique butte sur les lourdeurs afférentes au traitement des morts dans les pratiques traditionnelles. Dans les pays où elle est pratiquée, la transplantation est confrontée à un manque sévère de donneurs. Cela est principalement lié au refus des familles de consentir au don (parfois même en cas d'accord du donneur) ainsi qu'à la régression du taux de décès par accident et par les maladies cardio-vasculaires (Ghorbal 2003 ; Morelon, 2003). Dans l'optique de remédier à cette pénurie, le prélèvement d'organe a évolué et se situe à présent à un autre stade. De nombreux pays comme la France, l'Espagne, les Pays-Bas, l'Algérie, la Tunisie, etc. appliquent alors le principe du consentement présumé du donneur (Didier Burg, 2018 ; Cabrol, 2007 ; David Rodríguez-Arias, 2009) lequel donne accès aux équipes techniques de procéder au prélèvement dès qu'un patient remplit les critères d'appartenance à une catégorie apte. Mais là encore les incessants refus des familles constituent un obstacle, réduisant fortement la disponibilité de greffons, malgré l'élargissement des critères d'éligibilité au don.

Au Burkina-Faso, le don d'organe cadavérique est méconnu. Le paradoxe de « l'organe vivant » dans un « corps mort » est perçu comme une utopie ou un stratagème visant à entraîner la mort par anticipation à des fins contraires à l'intérêt du malade (Ouédraogo, 2018). En effet, la question du prélèvement d'organes est multifactorielle. Comment conjuguer l'ambiguïté de la mort biologique et la conception culturelle de la mort dans une visée thérapeutique ? Quelles sont les valeurs qui motivent les prises de position face au prélèvement d'organe cadavérique ? Quels sont les éléments d'entrave à cette thérapie, comment est-elle perçue ? D'autres considérations venant, soit soulever l'ambivalence de la situation, soit buter sur des restrictions culturelles et ou religieuses compliquent davantage la question.

L'objectif de cette étude est, d'une part, d'analyser les représentations du don d'organes au sein de la population burkinabé. D'autre part, il s'agit de déterminer les valeurs qui motivent les prises de position face au sujet, afin de déceler les facteurs d'entrave au don d'organe dans la société burkinabé.

Nous aborderons donc ici essentiellement la question du prélèvement d'organe cadavérique en décrivant les facteurs qui induisent l'abstention au don, après avoir rappelé quelques critères de catégorisation des donneurs.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une recherche prospective basée sur une approche qualitative. Nous avons procédé à une enquête ethnographique consistant en des entretiens semi directifs auprès de 35 participants appartenant à différentes franges de la population, incluant des leaders communautaires (06), des chefs coutumiers (02), des personnes âgées (10), des jeunes adultes hommes (10) et femmes (07). Ensuite

¹ Sur plan juridique, comme dans presque tous les pays, le don d'organe n'est pas interdit même si très peu de textes existent sur la question. Selon un médecin, « Au niveau juridique, le Burkina dispose de quelques textes autorisant la transplantation d'organe. Si quelqu'un dispose de ses moyens et trouve un médecin capable de lui pratiquer la transplantation, il n'y a pas d'entrave ».

une analyse thématique du contenu a été effectuée sur la base des données recueillies.

Des critères de la mort au statut de donneur d'organe

Rappelons que deux types de profils de patients peuvent être des donneurs : les patients en état de mort cérébrale et les patients en état de mort à cœur arrêté. Différents procédés permettent de constater le décès selon qu'il s'agisse de la mort encéphalique ou de la mort cardiaque. Le constat de mort est établi à partir d'une absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, d'une abolition de tous les réflexes du tronc cérébral, et d'une absence totale de ventilation spontanée (Antoine, 2010). En cas d'assistance par ventilation mécanique, le caractère irréversible de la destruction encéphalique doit être confirmé (Benmakhlouf et Weil, 2011). Les donneurs sont généralement des victimes d'accidents, d'anoxies, de suicides, d'hémorragies cérébrales, ou d'arrêt cardiaque irréversible. Le prélèvement s'effectue en référence au cadre défini par la classification dite de Maastricht (Kootstra G, Daemen JH, Oomen AP., 1995) qui établit 4 catégories de donneurs repartis en fonction de la nature du décès.

La catégorie I correspond à l'arrêt cardiaque survenant en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée et pour lequel le prélèvement ne peut être envisagé que si la mise en œuvre de gestes de réanimation de qualité a été réalisée moins de 30 minutes après l'arrêt cardiaque. La catégorie II est celle d'un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés et immédiats, mais sans que les efforts de réanimation aient pu permettre une récupération hémodynamique. Dans ce cas, la mort survient par arrêt des manœuvres de réanimation pendant 5 minutes, puis celles-ci sont reprises, à des fins de conservation des organes, pour un prélèvement éventuel. La catégorie III correspond à l'arrêt cardiaque d'une personne hospitalisée et qui survient suite à une décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) en raison d'un pronostic particulièrement défavorable. La catégorie IV est celle d'une personne hospitalisée, en état de mort encéphalique ayant fait un arrêt cardiaque, lors de la mise en œuvre de la ventilation et des perfusions de solutés massifs associées à la prise de médicaments appropriés.

A l'inverse des situations I, II, et IV qui correspondent à des arrêts cardiaques non contrôlés, la catégorie III est celle d'un arrêt contrôlé. Cette catégorie est précisément sujet à controverses en ce qu'elle pose un problème éthique important : les donneurs de ce groupe sont bien vivants à l'instant de la prise de décision de LAT. Aussi, Robin Cremer (2015) rapporte des données d'études montrant que beaucoup de patients survivent à un LAT. Néanmoins, elle représente dans certains pays tels que la Grande-Bretagne, certains États des États-Unis, les Pays-Bas, la Belgique... la source la plus importante et la plus facile à organiser (Cabrol, 2007), tandis qu'il n'est pas encore envisagé dans plusieurs pays occidentaux telle que la France.

Thérapeutique majeure, la transplantation intervient en dernière instance lorsqu'ont échoué toutes les autres options de soins. De manière générale, les greffes concernent aussi bien les organes (foie, cœur, poumons, pancréas, rein et intestins) que les tissus (cornée, peau, os, valves cardiaques, vaisseaux sanguins) et le temps moyen entre le prélèvement et la transplantation est de 3 à 4 heures pour un cœur, 6 à 8 heures pour un poumon, 12 à 18 heures pour un foie, 24 à 36 heures pour un rein. Ces délais dépendent cependant de l'état de l'organe, et un seul donneur peut effectuer des greffes chez sept à neuf personnes (si les poumons et le foie sont fragmentés)².

² <https://www.swisstransplant.org/fr/faq/>

Toutefois, le don d'organe, est l'une des prouesses du monde scientifique médical qui reste délicat aussi bien par ses conditions théoriques que celles pratiques. La définition biologique de la mort peut se heurter à celle culturelle ou religieuse voire juridique.

Dans le domaine médical, la mort est définie par la mort du cerveau³. Dans chaque société, la mort a une connotation différente. Si elle est signe de fin pour certains, elle peut aussi être appréhendée comme un chemin ou une destination pour d'autres. Le prélèvement et la transplantation questionnent le rapport des humains au corps et aux croyances. Si le don d'organe est devenu une pratique courante dans les pays développés et les mécanismes associés au refus du prélèvement sont connues et font régulièrement l'objet de réflexion afin d'y palier, au Burkina-Faso, il n'en est rien ; le sujet n'est pas encore à l'ordre du jour. La transplantation d'organe connue est relative au don d'organe à vif, et particulièrement celle du rein, pratiquée généralement dans les pays du Maghreb. Quant au prélèvement d'organe cadavérique, il semble courant depuis toujours et uniquement associé à des pratiques occultes. Les organes concernés par ces pratiques sont bien différents ; il s'agit de la tête, des parties génitales et parfois des membres (Magagni, 2019 ; Esteban, 2014). Investie de ces expériences macabres, la question du prélèvement fait sursauter et est pensée inenvisageable. En dehors des risques d'aplanir le chemin pour les trafiquants d'organes qui dès lors pourraient agir plus librement sous couvert, l'opération est perçue comme une faille qui va fragiliser l'écosystème (médical, culturel, juridique), permettant désormais d'accomplir les entreprises les plus sinistres que l'homme puisse imaginer.

L'abstention au don d'organe

Pour reprendre les mots de Leininger (1985), la personne est indissociable de son bagage culturel et par conséquent, ses expressions et son style de vie reflètent les valeurs, les croyances et les pratiques de sa culture (Lagacé, 2010). Le Burkina-Faso est un pays qui reste profondément ancré dans ses traditions ancestrales. Le peuple burkinabé se présente comme homogène dans ses mœurs et son mode de vie, mais au fond, des règles hétéroclites régissent la vie des groupes communautaires ou des individus (Ouédraogo, 2018). Les coutumes, y sont rattachées à des événements historiques ou à des croyances qui, elles-mêmes, dépendent aussi de chaque religion (Sylviane Janin, 2016⁴). Adeptes de religions monothéistes, la croyance en la réincarnation est toute aussi prégnante dans la vie des burkinabé et se manifeste, par exemple, lors des décès par une grande dévotion aux coutumes et rituels funèbres. Le corps du mort reste sacré dans toutes les cultures et le traitement est fonction du groupe ethnique d'appartenance, du type de mort, du statut du défunt et de sa religion.

Claire Boileau (2002) a conduit une étude similaire portant sur les facteurs d'opposition et les obstacles liés aux prélèvements d'organes et de tissus sur donneurs potentiels en France. L'auteure s'est intéressée aux familles ayant été confrontées à une demande de prélèvement suite à la mort d'un proche et a recensé plusieurs facteurs explicatifs face au refus. Il ressort de l'étude que la perception de la qualité de l'accueil et de la prise en charge médicale du patient jugée insuffisante, l'acceptation plus ou moins rapide du décès du proche, la cohésion et les relations hiérarchiques au sein de la famille, l'atteinte à l'intégrité du corps et à l'image du défunt, la succession de deuils dans la famille sont les

³ Rapport du conseil d'éthique clinique suisse établi par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).

⁴ Cité par Ouédraogo, 2018.

principaux obstacles au don d'organe. Pour la présente étude, aucun des participants n'a été confronté à une demande ou une proposition de don d'organe. Les éléments recueillis s'articulent autour de divers axes regroupés en différentes catégories.

Questions d'ordre social

1.1.1. La connaissance de la pratique

La connaissance de la pratique en elle-même comme démarche pertinente et nécessaire représente la première difficulté. Admettre que la mort puisse être une source de vie est le premier paradoxe qui émerge de cette problématique. Sans en arriver à la question d'y adhérer ou pas, le prélèvement d'organe bute sur cette question majeure, celle de la compréhension. Par exemple, comment faire comprendre la mort encéphalique aux profanes ? Comment convaincre qu'un corps est assez vivant pour être « redistribué » mais pas assez pour être sauvé ? Comment expliquer qu'une chose vivante puisse subsister dans quelque chose de mort ? Difficilement perceptible par l'imagination, l'explication paraît receler des arrière-pensées savamment dissimulées sous un prétexte honorable qui est celui de sauver la vie. La problématique du prélèvement suscite alors de la méfiance plus que son bénéfice ne suscite de l'enthousiasme. Convaincre donc du mécanisme de la démarche et de sa nécessité est, sans surprise, la première étape pour accéder au prélèvement d'organe.

1.1.2. L'adhésion à l'inconnu

Même comprise dans son mécanisme et sa nécessité, le prélèvement reste au Burkina-Faso une pratique méconnue dont la seule évocation fait sursauter. L'inquiétude liée à l'adhésion à l'inconnu a été la première entrave mise en avant. Pour les participants, « offrir l'organe d'un proche décédé à un autre individu » n'est pas chose courante ; mais l'idée est encore plus impertinente au regard de l'objectif qui est uniquement de « prolonger » la vie (guérison) ou de « retarder » le décès (traitement palliatif) de l'individu, face aux conséquences estimées pour un tel acte. Si dans l'usage l'intérêt du prélèvement profite seulement au receveur, dans le principe le regard est davantage porté sur le donneur, ce qui tend à nuancer fortement la nécessité de l'acte. L'équilibre est tout de suite fait entre les gains et les coûts pour le donneur, sa famille, la communauté dans laquelle il s'insère, face au receveur seul, en tant qu'individu. Le bénéfice apparent est la vie sauve, probabilité teintée de pessimisme d'autant qu'il n'y a aucune garantie que cette vie sera prolongée. Par conséquent, même guérit, le receveur pourrait ne pas survivre.

La seconde inquiétude porte sur l'éventualité que la pratique offre aux individus mal intentionnés l'occasion de se livrer à des trafics d'organes. Aussi, on craint que la mort du donneur ne soit précipitée dans ce but ou pour d'autres raisons déguisées. Et pour la communauté, comment ne pas craindre des représailles divines alors que l'opération est perçue soit comme une mise à mort collective, soit comme une profanation ?

1.1.3. De la question du consentement

La question du consentement est un point névralgique du don. A quel moment doit-on l'obtenir dans le parcours de soin ? A qui doit-on l'adresser ? Le consentement libre du donneur est le seul accord

pouvant être considéré comme pertinent, cela pour éviter les amalgames et les dérives (accord ayant d'autres motivations, conflits familiaux suite au don, etc.). Pour les participants, trouver le bon moment est le plus délicat car cela « *relèverait de la sorcellerie que d'aborder avec une personne bien portante l'idée de lui prélever des organes s'il venait à trépasser* ». Et ce serait encore plus « *indécent de le proposer à quelqu'un qui lutte contre la maladie* » [Extrait enquête de terrain]. Le seul moment où ce serait convenable est le seul où le donneur ne peut pas répondre ; ce qui, pour les participants, signifie que l'idée est aberrante et l'opération impossible et inadaptée à la société burkinabé. Pour certains « *seuls les blancs peuvent faire ça sans que ce ne soit pas vu comme de la sorcellerie* » [Extrait enquête de terrain]. Il est pourtant vrai que dans toutes les sociétés la question du consentement pose problème malgré qu'elle tende à évoluer, passant dans plusieurs pays tels que l'Espagne, la France⁵, etc., du consentement explicite au consentement présumé, transformant tous ceux qui sont éligibles en candidats au prélèvement.

Questions d'ordre socio-culturel

1.1.4. Risques de transgression

Le risque de transgression est au cœur de la « manipulation » du corps. En admettant que l'individu est passé de vie à trépas, même ayant des organes encore vivants, il s'agit d'un cadavre. Alors toute manipulation non rituelle revient à triturer un cadavre et non un individu vivant. Le constat de l'état de mort qui autorise le prélèvement sans que cela ne soit une mise à mort est le point liminaire à partir duquel tout acte concernant le défunt doit être posé dans le cadre d'un rituel funéraire. Les rituels ont leurs logiques et leurs fondements et supposent une séquence de gestes et de comportements. La gestuelle, les actions, et parfois les personnes qui ont accès au corps doivent correspondre à des critères quelques fois précis, en fonction du statut du défunt. De là émerge les risques de transgression sinon de profanation, car l'ouverture du corps et l'ablation d'organes ne sont pas des actes habituels d'un rituel funèbre. Comment donc intégrer la phase de prélèvement sans que cela ne s'apparente à une profanation ou que cela ne perturbe le rituel, lorsqu'on sait que toute modification de coutume est mal consentie en raison des conséquences supposées. Si dans certaines cultures les rituels incluent la résection d'organes comme c'était le cas lors de la momification des corps dans l'Égypte antique, reste que cette opération à un but autre que la transplantation des organes reséqués (Lichtenberg, 2006).

En outre, le prélèvement chez certaines personnes reste inenvisageable. Par exemple un roi ne peut être un donneur. Pour certains interlocuteurs, « *il y a des morts dont on ne peut toucher les vêtements, comment accéder à leurs organes ?* » [Extrait enquête de terrain].

La question de la nécessité du don ressurgit également face au risque de transgression ; or, les transgressions menacent le groupe dans son ensemble, rappelle Rivière (2008). Le malade, le receveur est par définition celui qui bénéficie seul du don ; il est ainsi perçu comme l'individu à qui profite les concessions et les risques que prennent tout un ensemble de personnes. De ce fait, le prélèvement paraît un acte inouï, n'ayant pour but que de « tenter » de maintenir en vie un individu déjà malade et dont on ne peut garantir la survie. L'acte est perçu pesant de sens et de signification avec un objectif

⁵ Agence Biomédecine de France : <https://www.dondorganes.fr/questions/127/quest-ce-que-le-consentement-pr%C3%A9sum%C3%A9>

dérisoire ; et la vie d'un seul individu ne peut justifier un acte potentiellement dangereux pour l'ensemble. Aussi sommaire soit-elle, cette estimation semble à elle seule clore le débat sur la question.

1.1.5. La nature du décès – Les interdits ethniques

Pour les participants, plusieurs types de trépas sont d'office à exclure des dons envisageables, même si cela venait à être admis. Les donneurs sont dans la majorité des personnes décédées à l'hôpital (ou ailleurs) d'une mort encéphalique ou d'un arrêt cardiaque, mais les causes sont bien entendu multiples.

Les décès violents tels que ceux survenant immédiatement à la suite d'un accident sont qualifiés de *mort rouge* dans nombre de groupes ethniques au Burkina-Faso. La vie y est arrachée, et ce genre de décès est, pour les familles, considéré comme une malédiction dont le sort doit être conjuré, sous peine que tous les autres membres ne décèdent de manière similaire. La mort rouge vaut pour les décès par suicide, par noyade, par la foudre ou par arme à feu (tout ce qui entraîne la mort brutale violente et/ou par écoulement de sang). Pour ce type de décès, le corps est inhumé le plus rapidement et à proximité du lieu du décès (sauf s'il s'agit d'une agglomération), sans toilette mortuaire ni rituel funéraire, à l'exclusion des personnes qui ne sont pas décédées sur place. Les familles qui s'offrent des dérogations face à ce genre de tragédie sont accusées d'imprudence avec le risque de s'attirer des malheurs. Il n'est donc pas admis qu'un prélèvement soit effectué sur ce type de cadavre. Aussi, le receveur ne voudrait pas d'un organe issu d'un cadavre rouge, pense-t-on, par crainte de terminer sa vie de manière similaire.

Il en est de même lorsqu'une femme enceinte décède, il s'agit d'un événement malheureux vécu comme une malédiction pour certaines familles. Dans nombres de cultures au Burkina-Faso, il s'agit d'un événement qui jette l'opprobre sur la famille, selon nos enquêtés. En cela, il peut en entraîner d'autres par le fait que sa conjuration engendre parfois d'autres violences. Chez certains groupes mossé, cette tragédie, au cœur de laquelle se retrouve finalement le mari, s'accompagne d'un enchaînement de drames, condition indispensable pour lever le sort. Les coutumes veulent que le mari s'immerge dans une sorte de purification, à travers l'humiliation et la déshumanisation. Celui-ci doit donc se recouvrir le corps de cendres, se munir d'un baluchon de provision et disparaître dans la forêt. Il est alors appelé « *moutoumourga* » et n'en est délivré que s'il parvenait à transférer sa malédiction sur une autre victime, une femme qu'il doit violer dans la brousse, jamais en ville. La dite victime meurt, dit-on, d'une lente maladie qui lui rendrait la peau blanche (ou gris-clair comme la cendre), le ventre bedonnant, et possiblement des symptômes psychiatriques. Dès lors qu'il est connu qu'un *moutoumourga* erre dans la forêt, les femmes s'y aventurent peu ou en groupe, ou alors accompagnées d'un homme, jusqu'à ce que celui-ci guérisse ou meurt. Dans l'incapacité de transférer, le *moutoumourga* peut survivre un long moment, puis finir par succomber à l'absence de commodité (nourriture, soins, exposition aux animaux dangereux et aux intempéries, etc.), il est alors inhumé dans la brousse. Des rituels expiatoires accompagnent la fin du *moutoumourga* afin de purifier la communauté et laisser reposer l'âme de la défunte (le fœtus n'est pas considéré). Ce contexte est inopportun à une résection d'organe, fût-elle à des fins de transplantation, car la situation en elle-même est suffisamment perturbatrice. On ne peut donc pas y voir un quelconque avantage.

A ces interdits s'ajoutent ceux liés aux unions. De nombreuses sociétés connaissent des interdits matrimoniaux proscrivant l'union entre des groupes d'individus. Le Burkina-Faso ne fait pas

exception. Ainsi, on rencontre bien souvent des situations où le couple est confronté au refus des parents de s'unir. Par exemple, il ressort que certaines familles mossé et les forgerons ont des interdits matrimoniaux avec les peul. Il en est de même entre quelques familles mossé et les poodsé, les griots et les peul, etc. Pour les adeptes de ces coutumes, il est important d'en tenir compte dans la transplantation. « *Comment unir dans la mort ce que la vie n'a pas uni ?* », s'inquiètent certains participants pour qui les interdits ont leurs raisons, et puisqu'on en ignore les origines, il vaut mieux ne pas les enfreindre.

1.1.6. De la question du receveur. Reconnaissance – redevabilité

Dans l'hypothèse où le prélèvement est admissible, la vie du receveur en vaut-elle la peine ? S'enquière certains participants, estimant qu'il s'agira d'« *une vie qu'on ne possède pas* », en raison du sentiment de redevabilité. La perspective que sa survie soit inextricablement dépendante de la mort d'un autre, est également source de redevabilité ; ce qui, pense-t-on, pourrait constituer également une source de chantage ou de raillerie pour le receveur. La chaîne de l'anonymat dans la transplantation garantit normalement que ce risque soit écarté, cependant il reste présent, même au sein de la famille du receveur. Par exemple, une anecdote⁶ au Burkina-Faso fait cas d'un divorce lors duquel l'épouse qui avait fait don d'un rein au mari réclamait son « don » au compte du partage des biens du couple.

Le don d'organe ne peut être monétarisé, c'est l'un des principes fondamentaux de la pratique même si cette éventualité fait l'objet de réflexion face à la pénurie (SwissTransplant, 2010). Face à un geste si important, comment se montrer reconnaissant sans pouvoir remercier le donneur (à travers sa famille). Habituellement, en Afrique, lorsqu'on bénéficie d'un geste noble, on doit le manifester. Au Burkina Faso, il est d'usage d'aller vers celui qui fait preuve de grand cœur pour le remercier après les faits et montrer qu'on se souvient de son bienfait. Demander à ses proches de manifester leur reconnaissance amplifie la valeur du don et témoigne au donneur la satisfaction face à son geste. Comment donc recevoir ce geste de solidarité ultime sans en rendre la contrepartie ?

Face à l'incapacité du contre-don, une immense reconnaissance atténue le poids du sentiment de redevabilité. Les textes sur les dons d'organes règlent en partie cette question. De fait, le don suppose la gratuité sans contrepartie même s'il est admis qu'une forme de restitution, souvent supérieure au don en question, peut s'opérer entre le donneur et le receveur (Duquet et al., 2004). Néanmoins, l'impossibilité de restitution de la contrepartie du don rend le receveur permanemment redevable ; c'est la dette tyrannique dont parle Fox et Swazey (1974)⁷, et cela, aussi bien pour les dons d'organe à vif que pour les prélèvements cadavériques. Cette dette est d'autant plus perpétuelle que la famille du donneur n'en profite pas. Fantauzzi (2012) va dans le même sens en relatant une série d'exemples qui montre les mécanismes mobilisés par le receveur pour éloigner, non seulement, le spectre de la dette négative, mais aussi pour incorporer le nouvel organe qui n'est plus un greffon mais son organe. Si certains dans ce mécanisme parviennent à réifier l'organe reçu, d'autres ressentent la vie, la personnalité supposée, les goûts... du donneur. Certains receveurs manifestent la crainte d'être contaminés ou souillés, ou à l'inverse, la joie d'avoir fusionné. Recevoir un organe implique nécessairement un sentiment de gratitude car la contrepartie d'un tel geste ne peut être qu'un don

⁶ Extrait entretien avec un participant qui est juriste.

⁷ Cités par Fantauzzi, 2012.

d'organe que le receveur ne peut honorer.

Questions d'éthique : la précipitation à la mort

Le prélèvement d'organe est subsumé sous deux angles : il s'agit soit d'une mise à mort, soit d'une profanation ; dans les deux cas, rien n'est assez suffisant pour justifier un passage à l'acte collectif, selon les participants.

En effet, dans les pays où sont pratiqués les prélèvements d'organes, les risques de dérives ne sont pas écartés. Certains pays sont connus pour les prélèvements et transplantations illégaux. C'est notamment le cas de la Chine ou de l'Iran soupçonnés de pratiquer des prélèvements forcés effectués sur des prisonniers et des personnes incarcérées (Delozier, 2016 ; Favereau, 2019). En 2012, l'Etat de Taiwan a édicté une résolution contre ce qui est qualifié de tourisme de transplantation, afin de dissuader ses ressortissants de se rendre en Chine pour des fins de transplantation⁸.

Aussi, de manière générale et sur le plan légal, les dérives peuvent subsister et concernent particulièrement les donneurs de la catégorie III de Maastricht. Si cette catégorie fait polémique jusqu'à nos jours, on le sait, c'est parce qu'elle se rapporte à une situation contrôlée, en cela que le patient est soumis à une décision de limitation ou d'arrêt de traitement (LAT). Le risque se situe donc là. Même si la loi Leonetti⁹ en France par exemple, en assure les contours en régulant l'acharnement thérapeutique, il n'en reste pas moins que cette catégorie pose un problème d'éthique patent. Il n'est pas exclu que la LAT qui s'en suit soit motivée par le prélèvement ; ne risquerait-on pas de précipiter des décès en vue de prélever les organes ? Pourrait-on garantir que cette option thérapeutique n'entraînera pas ses corollaires de déviance tels que les trafics d'organes humains déjà connu dans le pays et ses environs¹⁰ ?

Facteurs d'ordre symbolique

Au-delà de son aspect médical, la pratique mobilise massivement des représentations de l'ordre du symbolique.

Traditionnellement, on s'accorde que lorsqu'un malade est dans un état grave avec un pronostic fatal, deux types d'évènements peuvent se produire : soit le malade trépassé suite à une défaillance cardiorespiratoire ou neurologique, soit, on « l'aide » à partir. Ce deuxième aspect convoque plutôt des croyances mystico-religieuses et survient quand les proches estiment que le malade « veut partir » mais qu'il est empêché par des forces occultes (causes à rechercher). Cette « euthanasie » traditionnelle n'implique pas le corps médical ; il s'agit de mécanismes endogènes indicibles propres à chaque famille et qui n'émergent qu'en cas de perturbation (spectre de mort en présence, état comateux

⁸<https://missionsetrangeres.com/eglises-asie/2012-12-14-condamnant-le-ab-prelevement-d2019organes-a-vif-bb-sur-des-prisonniers-en-chine-taiwan-legifere-sur-le-ab-tourisme-de-transplantation-bb/>

⁹ Loi Leonetti, deuxième alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, les actes de soins « ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris ».

¹⁰ Voir par ex. Le démantèlement d'un réseau international de trafic d'organes en Egypte: <https://www.jeuneafrique.com/381277/societe/egypte-demantelement-dun-reseau-international-de-traffic-dorganes/>

Voir également : Le Gabon : Crimes rituels, le prix du sang.

<https://www.jeuneafrique.com/137350/societe/gabon-crimes-rituels-le-prix-du-sang/>

persistant, aspect général fortement dégradé, etc.). Ainsi, pour le sens commun, la défaillance encéphalique qui veut que le reste des organes soit, pour un moment, toujours vivant, n'est pas reconnu ni même compris. De ce fait, soit l'individu est décédé, ainsi que ses organes – étant donné que c'est justement leur fonctionnement qui le maintient en vie – soit il faut le « faire partir » parce qu'on estime qu'aucun organe n'est vivant, l'individu est maintenu en vie par des « *forces qui dépassent* ». Dans le premier cas donc, la nécessité du prélèvement n'est pas perçue, puisqu'on estime les organes hors d'état de fonctionner. Dans le deuxième cas, c'est l'opportunité du prélèvement qui est mis en cause, car cela peut rapidement se confondre à une mise à mort par intérêt et non un « déblocage » ou une libération comme l'envisage la démarche. Par ailleurs la mort étant considérée comme le délestage du corps (ensemble d'organes) du souffle de vie, toute intervention qui s'insère dans le processus est perçu comme une mise à mort, sauf si, bien entendu, c'est à visée de déblocage, en vue « d'ouvrir la voie » et faciliter le départ du malade pour l'autre côté.

Cette ambivalence va au-delà du donneur et concerne le receveur ; « *qui voudrait se faire implanter l'organe d'un mort ?* ». Cette interrogation s'accompagne d'un dégoût qui démontre la réticence face à ce qui est considéré comme putride. Accepter un organe d'un corps mort, c'est cohabiter avec l'esprit du mort dans son corps, s'infecter de quelque chose qui transcende sans la perspective de pouvoir s'en débarrasser. Cette angoisse s'accompagne d'un sentiment de persécution du type culpabilité du survivant (on est en vie parce que l'autre est mort), ou celui que l'entourage pourrait instiller par sarcasme ou pour entretenir le sentiment de redevabilité évoqué précédemment.

Au-delà de cet aspect symbolique, la question de l'intégrité du donneur reste émergente et ce, même, dans les sociétés qui pratiquent le prélèvement d'organe. Dans quel état le corps sera remis aux proches ? Si le donneur n'est pas issu d'une famille aisée, son corps ne risque-t-il pas d'être traité avec négligence comme il arrive de le voir à la morgue ? Autant d'interrogations qui suscitent de la méfiance face à la pratique.

1.1.7. De la réincarnation, croyance à la vie après la mort

Godelier (2014) l'a montré, la mort n'est nulle part conçue comme la fin de l'existence, elle est l'inverse de la naissance, un temps de passage, une période de transmutation (...). Alors ne vaut-il pas mieux y aller en étant en possession de tous ses organes ? au Burkina-Faso et ailleurs, fréquemment des patients préfèrent se laisser mourir plutôt que d'accepter le traitement par amputation. Si ce comportement peut révéler différentes considérations, reste que pour la plupart, les malades estiment que la mort étant inéluctable, « *autant y aller maintenant avec la garantie d'arriver en entier* ». Cette attitude pourrait trouver ses prémices dans les croyances relatives à la réincarnation des morts ainsi qu'à l'ancestralité.

L'ancêtre, pour les africains est l'intermédiaire entre Dieu et les hommes (Pacéré, 1994). Il s'agit au Burkina-Faso, d'un individu décédé d'une « bonne mort », et n'ayant commis aucune transgression culturelle pouvant altérer sa vie après la mort. Il est en quelque sorte un être parfait, un individu canonisé à l'image des Saints de l'église catholique, auxquels les autres adressent leurs prières d'intercession auprès de Dieu (Pacéré, Ibid.). Lorsque l'individu réussit cet exploit de la bonne mort sans tâche, l'amputation des organes ne risque-t-elle pas d'en faire un ancêtre incomplet ? S'interrogent les participants. Comment s'adresser à une entité qu'on sait désormais complètement

mort (par le fait qu'il soit délesté de son foie ou de son cœur ou d'autres organes vitaux) ?

Conclusion

Si le don d'organe peut être salvateur, la principale question qui paraît évidente se rapporte à la nécessité du don à travers le prélèvement ; « en quoi est-ce nécessaire et pertinent » ? La personne africaine est plus préoccupée par la crainte de perturber la mort que par la volonté de gagner la vie. La transplantation à partir d'organes cadavériques apparaît comme une pratique audacieuse en ce qu'elle flirte avec la mort, et « inutilement » dangereuse pour l'ensemble des personnes impliquées en ce qu'elle n'offre aucune garantie de survie. L'abord du sujet ne peut éluder les conséquences perçues au niveau individuel, les risques de dérives et de transgressions, les risques de fracture de l'écosystème traditionnel, etc., lesquels escamotent les bénéfices de la pratique qui semble alors dérisoires. Pour beaucoup, il s'agit d'une perversion importée qui ne fonctionne que chez les blancs et dont les noirs ont aucun intérêt à essayer. En dehors des considérations éthiques et médicales, cette acculturation apparaît également comme une porte d'entrée à de nouvelles expériences incontrôlables, tel un néocolonialisme.

Si le sujet est fébrile, les chefs coutumiers et religieux restent les principaux partenaires de communication pouvant instiller un angle de vue différent, et susciter un débat constructif autour de la question.

Remerciements

Les auteurs remercient les participants pour leur contribution à la présente recherche et les nombreuses heures consacrées à ce travail.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références bibliographiques

- Antoine, C. et Tenailon, A. 2010. Éthique et prélèvements d'organes sur donneurs décédés après arrêt cardiaque. *Médecine/sciences*, 26, n°3 :328-330.
- Benmakhlouf A. et Weil B. 2011. Rapport au nom du groupe de travail sur les transplantations d'organes. Questions d'éthique relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Paris, 115 : 1-18.
- Boileau, C. 2002. Dans le dédale du don d'organes : Le cheminement de l'ethnologue. Paris : Editions des archives contemporaines – EAC
- Cabrol, C. 2007. Rapport au nom du groupe de travail sur les transplantations d'organes. Prélèvements d'organes sur donneur à cœur arrêté, *Académie nationale de médecine*, 191, 3 : 633-638.
- Cremer, R. 2015. La classification de Maastricht des donneurs d'organes change-t-elle la définition de

la mort ? Revue générale de droit médical, n°55 : 45-57.

Duquet D. (Dir), 2004. Le don et la transplantation d'organe : dilemmes éthiques en contexte de pénurie. Résumé et recommandations. Commission de l'éthique de la science et de la technologie. Québec, pp 1-32.

Fantauzzi, A. 2012. « Greffes et don d'organes : un corps abîmé ou donné ? » In *Corps abîmé, le corps en abîme*. University of Strasbourg, 28 : 86-96.

Fox, R. C. et Swazey, J. 1974. *The courage to fail : a social view of organ transplants and dialysis*. Chicago : University of Chicago Press.

Godelier, M. dir. 2014. *La mort et ses au-delà*. Paris : CNRS Éditions.

Janin S. 2016. *Burkina Faso : Pays des hommes intègres*. Genève, Suisse : Ed. Olizane.

Kootstra, G. Daemen J H, Oomen A P. 1995. Categories of non-heart-beating donors. *Transplant Proc.* ; 27, 5: 2893-4.

Lagacé, A-M. 2010. Don d'organes et groupes ethniques à Montréal : Le rôle des infirmières dans un contexte de décès neurologique. Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières, Montréal, 74 p.

Leininger, M. 1985. *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando, FLoride : ed : Greyden Pr.

Lichtenberg, R.. 2006. Les momies d'Égypte. *Etudes sur la mort*. 1, 129 : 23-31

Morelon E., 2003. Pourquoi développer la pratique du « donneur vivant » ? *Laennec* 51, 2: 10-20.

Ouédraogo A. N. 2018. *Fistule obstétricale au Burkina. Mécanismes socioculturels, gestion de la maladie et exclusion sociale*. Thèse de doctorat en Anthropologie sociale et ethnologie, Institut des Mondes Africains/Université Paris Sciences et Lettres, EHESS.

Pacéré, F. T. [1979, 1980], 1994. *Ainsi on a assassiné tous les Mossé*. Québec, Canada : Ed. Naaman, Ouagadougou, Burkina-Faso : éd. Fondation Pacéré, 180p.

Pradelles De Latour, C-H. 1996. Les morts et leurs rites en Afrique. *L'Homme*, 36, 138 : 137-142.

Rivière, C. [1997] 2008. *Socio-anthropologie des religions*. Paris : Armand Colin.

Rodríguez-Arias, D., 2009. Discussion sur le consentement présumé ou explicite pour le don d'organes. Universidad de Salamanca, 16p.

SwissTransplant. 2010. Don d'organes et transplantation. N°09, 16p.

<https://www.swisstransplant.org/fr/faq/>. Consulté le 03 Février 2020.

Liens internet

<https://www.historymuseum.ca/cmhc/exhibitions/civil/egypt/egcr06f.html>. Consulté le 03 Février 2020.

Agence Biomédecine de France : <https://www.dondorganes.fr/questions/127/quest-ce-que-le-consentement-pr%C3%A9sum%C3%A9>. Consulté le 12 Juin 2019.

-
- Delozier T., 2016. En Chine, 90 000 greffes clandestines font tourner des hôpitaux entiers. <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/07/25/25236-chine-90-000-greffes-clandestines-font-tourner-hopitaux-entiers>. Consulté le 16 Novembre 2019.
- Favereau E., 2019. Organes : de la Chine à l’Iran, des prélèvements soupçonnés de manque d’honneur. https://www.liberation.fr/planete/2019/08/01/organes-de-la-chine-a-l-iran-des-prelevements-soupconnes-de-manque-d-honneur_1743261. Consulté le 16 Novembre 2019.
- Ghorbal S., 2003. Comment promouvoir le don d’organes ? <https://www.jeuneafrique.com/129759/archives-thematique/comment-promouvoir-le-don-d-organes/>. Consulté le 16 Novembre 2019.
- Le démantèlement d’un réseau international de trafic d’organes en Egypte: <https://www.jeuneafrique.com/381277/societe/egypte-demantelement-dun-reseau-international-de-traffic-dorganes/> Consulté le 16 Novembre 2019.
- Le Gabon : Crimes rituels, le prix du sang. <https://www.jeuneafrique.com/137350/societe/gabon-crimes-rituels-le-prix-du-sang/> Consulté le 16 Novembre 2019.
- Magagni T. M. M., 2019. **Crimes rituels : anamnèse d’une criminalité fétichiste liée au pouvoir politique au Gabon.** http://info241.com/crimes-rituels-anamnese-d-une-criminalite-fetichiste-liee-au_4223. Consulté le 16 Novembre 2019.
- Esteban E., 2014. Gabon – Cameroun : à quand une chasse aux véritables sorciers ? <https://www.jeuneafrique.com/52735/politique/gabon-cameroun-quand-une-chasse-aux-veritables-sorciers/>. Consulté le 16 Novembre 2019.

© 2020 OUEDRAGO, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)