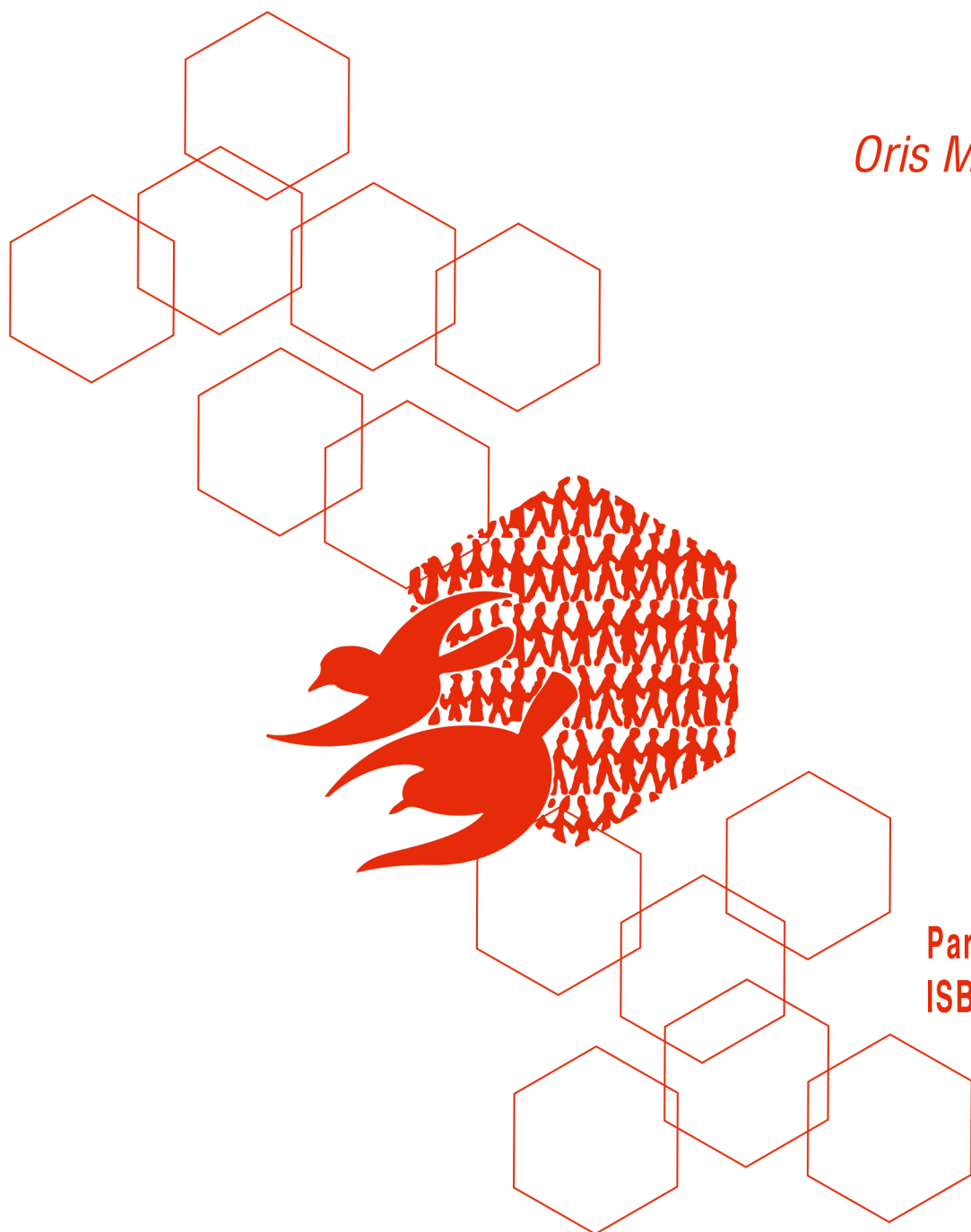


La vieillesse entre le médical et le social

Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie

*Pennec Sophie,
Oris Michel (éditeurs)*



Paris, 2020
ISBN 978-2-901107-04-0

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF – 9, cours des Humanités - CS 50004 – 93322 Aubervilliers Cedex (France) – <http://www.aidelf.org>

La vieillesse entre le médical et le social. Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie

Édité par Sophie Pennec et Michel Oris
2020

Sophie Pennec, Michel Oris	3
La vieillesse entre le médical et le social. Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie	
Mamadou Coumé, Yves Mongbo Armand Medessi, Cheikh Tacko Diop	7
Vieillir en Afrique : états des lieux et perspectives pour un vieillissement réussi	
Maimouna Sanou, Lalla Berthé-Sanou, Abdramane Berthé, Blahima Konate, Korotimi Sanou, Maxime Drabo, Fatoumata Badini-Kinda	15
Euthanasie des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : représentations sociales et pratiques	
Yao Robert Djogbenou, Alpha Amadou Diallo, Henri Bello Fika	31
Itinéraires thérapeutiques des personnes âgées et facteurs associés au Cameroun	
Yacine Alahyane	51
Vieillesse en migration et accès aux droits : le cas des personnes âgées nord-ouest-africaines résidant à Aubervilliers	
Marthe Nicolet	65
Autour de la fin de vie des aînés. Ce que nous disent les remerciements des familles sur les accompagnants	
Vitor Pinheira, Maria João Guardado Moreira, Carlos Maia	79
Transition en santé et processus de vieillissement dans une région de l'intérieur du Portugal	

Euthanasie des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : représentations sociales et pratiques

SANOU Maïmouna*
BERTHE-SANOU Lalla*
BERTHE Abdramane*
KONATE Blahima*
SANOU Korotimi**
DRABO Maxime***
BADINI-KINDA Fatoumata****

■ Résumé

Au Burkina Faso, de plus en plus de personnes âgées vivent avec des maladies chroniques qui s'accompagnent souvent d'incapacités fonctionnelles graves et de douleurs susceptibles de dégrader leur qualité de vie et celle de leur famille. La prise en charge de ces personnes âgées une fois en fin de vie constitue un défi pour le système de santé et le système social. Cette étude a pour objectif d'explorer les représentations sociales de l'euthanasie et de la limitation des soins/soutiens sociaux aux personnes âgées versus la célébration ostentatoire de leurs funérailles, et ce au Burkina Faso.

Une étude qualitative transversale a été réalisée auprès de 79 personnes sélectionnées de façon raisonnée. Les résultats montrent que l'euthanasie est ancrée dans la société burkinabè depuis des temps immémoriaux. Les représentations sociales à son égard sont majoritairement négatives. Ces représentations sont fondées sur une morale religieuse qui interdit tout droit de décider de sa propre mort ou de celle d'autrui. Certains acteurs reconnaissent cependant l'existence de l'euthanasie, sous forme généralement passive, malgré sa condamnation. Elle est pratiquée de façon invisible en milieux de soins comme à domicile.

Ces résultats appellent des réflexions sur les conditions de fin de vie des personnes âgées pour mieux les accompagner à mourir dans la dignité.

Mots-clés : personne âgée, euthanasie, incapacités fonctionnelles, représentations sociales, Burkina Faso

* Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

** Université Norbert Zongo.

*** Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS).

**** Université Ouaga1 Pr. Joseph Ki-Zerbo.

■ Abstract

In Burkina Faso, more and more older people are living with chronic illnesses that are often accompanied by severe functional disabilities and pain that can degrade their quality of life and those of their families. The care of these elderly people at the end of life is a challenge for the health system and the social system. The aim of this study was to explore the social representations of euthanasia and the limitation of care / social support to the elderly versus the ostentatious celebration of their funerals in Burkina Faso.

A cross-sectional qualitative study was conducted among 79 people selected in a reasoned manner. The results show that euthanasia has been anchored in Burkinabe society since immemorial time. Social representations of euthanasia are mostly negative. These representations are based on a religious morality that prohibits any right to decide on one's own death or that of others. Some actors recognized the existence of euthanasia in a generally passive form despite its condemnation. It is practiced invisibly in health centers and at home.

These results require reflection on the end-of-life conditions of older people to better accompany them to die with dignity.

Keywords: elderly, euthanasia, functional disability, social representations, Burkina Faso

Introduction

Dans la plupart des pays du monde, l'espérance de vie de la population a considérablement augmenté (Cohen *et al.*, 2006b, Le Deun et Gentric, 2007). La population vit plus longtemps qu'auparavant, avec toutefois une fréquence plus élevée des maladies chroniques. Cela présente un nouveau défi pour les systèmes de santé, surtout ceux des pays africains qui sont souvent défailants. En effet, comment prendre en charge le nombre croissant de personnes en fin de vie souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques à un stade avancé ? Pour répondre à cette question, la réflexion doit nécessairement prendre en compte l'importance des pathologies de l'âge avancé qui s'accompagnent souvent d'incapacités fonctionnelles¹ graves et de douleurs susceptibles de dégrader la qualité de vie des patients âgés et celle de leur famille (Berthé *et al.*, 2013a). Dans les pays du Nord, ces situations sont récurrentes. Elles ont eu pour corollaire une plus grande visibilité et fréquence des demandes d'aide à mourir dans la dignité (Bilsen *et al.*, 2007), généralement évoquées sous la forme de demandes d'euthanasie.

En Afrique, la question de l'euthanasie ne fait pas encore l'objet de grands débats publics dans la plupart des pays. Les priorités des systèmes de santé sont toujours orientées vers la lutte contre les maladies infectieuses. L'évènement que constitue la mort, et le processus (de mourir), restent encore largement une « zone aveugle » de l'action médicale, que nombre d'auteurs invitent désormais à éclairer (Harding *et al.*, 2008). Des changements s'opèrent toutefois dans le domaine de la santé publique qui s'ouvre aux recherches sur le droit de mourir, avec néanmoins des disparités entre pays francophones et anglophones. Ces derniers sont plus en avance sur les travaux et débats sur l'euthanasie, à l'exemple de

¹ Une incapacité fonctionnelle est une difficulté ou une limitation partielle ou totale, provisoire ou définitive de la capacité d'un sujet social à accomplir une fonction ou une activité humaine. Elle peut être modérée ou grave et couvre les activités de la vie quotidienne, les activités de la vie domestique, la mobilité, la communication, les fonctions mentales (Berthé, 2013).

l’Afrique du Sud². À l’instar d’autres pays africains, le Burkina Faso connaît de plus en plus les facteurs (progrès médicaux, fréquence de maladies chroniques, augmentation de l’espérance de vie, etc.) qui ont permis l’émergence de la question du droit de déterminer le moment de sa mort. Pourtant, le contexte socioculturel et religieux du pays ne favorise pas encore le débat sur l’euthanasie. En témoigne le symposium national sur le statut et l’utilisation des produits humains dans la recherche en santé de juin 2006, qui devait aboutir à l’élaboration d’un Code d’éthique ; il a recommandé le maintien de l’interdiction de l’euthanasie telle qu’interprétée au niveau du Code pénal³.

En outre, au cours d’une étude réalisée sur les soutiens familiaux apportés aux personnes âgées (PA) en incapacités fonctionnelles (Berthé, 2013), deux constats majeurs ont été faits. D’une part, aucune PA et ses aidants proches ne souhaitaient vivre avec des incapacités fonctionnelles graves. Tous préféraient mourir avant de telles incapacités. D’autre part, la famille était souvent critiquée, accusée de réduire ses soins/soutiens sociaux à l’égard des PA en incapacités fonctionnelles graves, puis de célébrer plus tard leurs funérailles de façon ostentatoire. C’est suite à ces constats que notre propre étude a été réalisée, pour explorer les représentations sociales de l’euthanasie et de la limitation des soins/soutiens sociaux aux PA versus la célébration ostentatoire de leurs funérailles.

Méthodes

Il s’agit d’une étude qualitative, transversale, réalisée à la suite d’une étude mixte à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) en 2011, qui a été précédemment évoquée et qui portait sur les soutiens familiaux apportés aux PA en incapacités fonctionnelles. Le volet quantitatif de cette première recherche a été mené auprès d’un échantillon représentatif de 351 PA pour évaluer leur statut fonctionnel. Par la suite, un volet qualitatif longitudinal a été réalisé auprès de 15 PA et de 43 membres de leur entourage.

Pour explorer les représentations sociales de l’euthanasie et de la limitation des soins/soutiens sociaux aux PA versus la célébration ostentatoire de leurs funérailles, ces mêmes 15 PA ont été retenues. Parmi elles, 10 ont accepté de participer. La participation à l’étude a été proposée à 10 autres PA sélectionnées parmi les 351 PA de la base de données. Ces PA ont été sélectionnées de façon raisonnée en les triangulant selon le sexe, la profession/occupation, le statut fonctionnel et de sorte à couvrir les différents secteurs géographiques de la ville de Bobo-Dioulasso. Les entretiens ont concerné en tout 20 PA.

Pour chaque PA retenue, la participation à l’étude a également été proposée à un aidant proche. Dans chaque concession, l’entretien a toujours commencé par la PA avec qui une liste de tous les membres de son réseau familial était établie en précisant leur âge, leur profession/occupation et leur lien de parenté. Le membre du réseau familial interviewé a été sélectionné à partir de cette liste. Il s’agissait généralement d’une personne qui intervient régulièrement dans les soins donnés à la PA. Au total, 16 aidants proches ont été interviewés.

² Un tribunal sud-africain a pour la première fois accordé le 30 avril 2015 l’euthanasie à un patient de 65 ans atteint de cancer en phase terminale.

³ Dans la première section du chapitre II du code pénal du Burkina Faso, l’article 338 notifie que : « Lorsque les substances administrées occasionnent soit une maladie paraissant incurable, soit la perte de l’usage d’un organe, soit une infirmité permanente, la peine est un emprisonnement de cinq à dix ans ». « Lorsqu’elles occasionnent la mort sans intention de la donner, la peine est un emprisonnement de dix à vingt ans ».

En plus des PA et leurs aidants proches, des entretiens individuels approfondis ont été réalisés avec 5 leaders religieux, 3 médecins et 1 infirmière. Trois focus group ont également été organisés. Ils ont concerné au total 34 personnes. Pour restituer la spontanéité des discours, l'échantillon constitué pour chaque focus group a été un échantillon « naturellement » composé dans la ville. Il s'agissait donc de 12 membres d'une association de PA, 11 membres d'un grin⁴ d'adultes et 11 membres d'un grin de jeunes.

Les données ont été collectées durant six mois (de janvier à juin 2017). Nous avons pris en compte les principes de diversification et de saturation pour déterminer le nombre de personnes à enquêter dans chaque groupe. Les données ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone et ensuite transcrites intégralement. Chaque entretien a été codé de PA1 à PA20 pour les PA. Ceux des aidants proches ont été codé APA suivi du numéro de leur PA interviewée. Par exemple, le fils de PA2 est identifié par le code APA2. Les entretiens des personnes ressources ont été codés de PR1 à PR9. Les focus group ont été codés FG PA (association PA), FG HA (grin d'adultes) et FG HJ (grin de jeunes). Les données ont fait l'objet d'un dépouillement manuel et d'une analyse de contenu thématique.

Cette étude a été menée selon les principes éthiques et les bonnes pratiques en matière de recherche qualitative. Conformément à la position relativiste de l'éthique de la recherche qualitative, qui affirme qu'il ne peut y avoir de principes éthiques absolus, le principe éthique de base qui nous a guidé au cours de cette étude a été la conscience professionnelle (Mucchielli, 2009). Le consentement de chaque participant a été demandé avant tout entretien afin qu'il puisse prendre part à l'étude de façon libre et volontaire.

Résultats

Caractéristiques socio démographiques

L'âge moyen des PA était de 69 ans (mini = 60 ans ; maxi = 83 ans). La majorité était des femmes (11/20). Plus de la moitié des PA (11/20 dont 9 femmes) ont déclaré être veufs ou veuves, alors que certaines étaient mariées (8/20) et 1 PA était célibataire. Quelques PA étaient toujours actives (7/20) ; elles exerçaient essentiellement dans le secteur informel. Sur l'ensemble des PA, 13 ont été non scolarisées, 4 avaient le niveau primaire, 2 le niveau secondaire et 1 PA le niveau supérieur.

Presque toutes les PA (18/20) étaient propriétaires de la concession où elles habitaient avec leur famille. Elles vivaient avec au moins l'un de leurs enfants, neveux ou nièces. Une seule PA vivait dans la concession de sa belle-sœur.

Au niveau des aidants proches, l'âge variait entre 21 et 50 ans avec un âge moyen de 36 ans. Ils étaient 9 femmes et 7 hommes. Près de la moitié des aidants proches (9/16) était célibataire et 7 étaient mariés. Le secteur informel (9/16) était leur principal secteur d'activité. Un seul homme a déclaré ne mener aucune activité économique contre 4 femmes sur 9. Sur l'ensemble des aidants proches, un était toujours étudiant, un élève et seuls quelques-uns (3/16) n'avaient pas été scolarisés.

⁴ Le grin est un regroupement informel de personnes généralement de même classe d'âge et de statut socio-économique équivalent, qui se rassemblent très souvent autour du thé pour discuter de divers sujets, c'est aussi un endroit de socialisation.

Représentations sociales de l'euthanasie

Pour explorer les représentations sociales de l'euthanasie, la question a été posée en ces termes : *« Lorsqu'une PA souffre d'une maladie sans espoir de guérison et/ou à des souffrances intolérables, des médecins peuvent lui pratiquer l'euthanasie sur sa propre demande ou sur la demande de ses ayant droits. Cela consiste à provoquer la mort douce chez la personne en lui injectant un produit, en arrêtant ses soins ou en diminuant sa ration d'alimentation artificielle. Cette pratique est tolérée dans quelques pays occidentaux »* Qu'en pensez-vous ?

La majorité des enquêtés avaient une représentation défavorable de l'euthanasie. Pour elles, l'euthanasie est interdite pour tous les croyants à cause du caractère sacré de la vie. L'euthanasie était assimilée à : *une forme d'assassinat, une façon de se mettre à la place de Dieu ou à une façon de se débarrasser d'une PA en fin de vie devenue trop encombrante*. Pour certains, l'euthanasie est même impensable dans le contexte africain. Une PA estimait qu'il *« est souhaitable de mourir que de souffrir mais on ne doit pas provoquer la mort, il faut prier pour que la PA meurt naturellement »* (PA9, 72 ans). Les leaders religieux rencontrés ont confirmé la vision négative des religions révélées à l'égard de l'euthanasie : *« Quelle que soit la souffrance que tu endures, tu ne dois pas te donner la mort. Dieu a dit dans le Coran : "ne vous donnez pas la mort". Tu appartiens à Dieu, la souffrance qui est sur toi, c'est Dieu qui te l'a mise »* (PR7, Imam).

L'euthanasie était principalement rejetée pour des raisons religieuses. Les souffrances en fin de vie étaient perçues comme une chance pour le mourant de pouvoir racheter ses péchés : *« Il y a des gens qui ont fait des choses qui ne sont pas bien et quand ils sont en fin de vie, la souffrance peut être le moyen que Dieu a prévu pour pardonner certains de leurs péchés. Si tu abrèges cette souffrance, c'est peut-être toi qui va souffrir à la place de la personne »* (FG, HA).

Une minorité d'enquêtés avait cependant une représentation favorable à l'euthanasie. L'euthanasie était perçue par ces derniers comme une aide à mieux mourir pour des PA en fin de vie en proie à des souffrances insurmontables et qui en expriment la demande : *« Moi je souscris pour la conception de la liberté de chacun à disposer de son corps parce qu'il peut arriver qu'on se retrouve dans une situation quel que soit son âge, pas seulement dans la vieillesse où on se trouve même condamné en étant en vie. Dans ce cas de figure la mort devient même une délivrance »* (FG, HJ). Deux agents de santé étaient également favorables à l'euthanasie. Pour eux, l'euthanasie peut être une réponse possible pour soulager certains patients en fin de vie. En outre, plus de la moitié des participants au focus group des jeunes y était favorable si la demande est exprimée par la PA malade incurable affligée de souffrances intenses.

Le droit à l'euthanasie

Accorder l'euthanasie à une PA en fin de vie ?

La quasi-totalité des PA était défavorable à ce que l'euthanasie soit accordée, même à une PA malade grabataire pour l'aider à mourir paisiblement, quelles que soient ses souffrances. Il était courant d'entendre dans les propos qu'une PA croyante et pratiquante ne doit pas exprimer ouvertement un désir de mourir, parce que cela est contraire à la conception religieuse suivant laquelle l'homme ne dispose

pas de lui-même. Ils indiquaient cependant que la PA peut demander à Dieu de la rappeler auprès de lui lors de ses prières : « *On peut souhaiter dans la prière rejoindre ses ancêtres, mais on ne doit pas dire à quelqu'un de causer sa mort* » (PA7, 66 ans).

Au niveau des aidants proches par contre, plus de la moitié était favorable à ce que l'euthanasie soit accordée à une PA malade en fin de vie qui souffre et qui en fait la demande : « *Si c'est la PA elle-même qui demande l'euthanasie, il n'y a pas de problème puisqu'elle souffre et elle sait qu'elle ne va plus s'en sortir* » (APA7, 37 ans). Dans ce cas, ils pensaient que l'euthanasie pouvait être accordée à trois conditions. À savoir si :

1. la PA malade incurable est affligée de souffrances intenses qui ne peuvent être soulagées ;
2. la demande d'euthanasie est exprimée par la PA elle-même ;
3. l'euthanasie est accordée sous forme d'arrêt ou de refus des soins.

Une fois ces conditions réunies, l'euthanasie pourrait donc être pratiquée sur une PA, selon ces aidants proches.

Euthanasie pour soi ou pour autrui

En matière de « décision pour soi », la position des PA était la même. En cas de maladies incurables en phase terminale avec des souffrances, les PA préféreraient laisser les choses suivre leur rythme : « *Non, on n'a pas à faire quelque chose. Si tu dois souffrir sur cette terre, il faut que tu souffres en attendant l'appel de Dieu. Notre vie ne nous appartient pas, c'est un don de Dieu* » (PA6, 74 ans).

Des variations sont par contre apparues dans la position des membres de l'entourage. La majorité des aidants proches qui étaient favorables à ce que l'euthanasie soit accordée à une tierce PA malade grabataire qui en exprime la demande, préférerait par contre laisser les choses suivre leur rythme si eux-mêmes se retrouvaient dans une telle situation. Un aidant proche, au préalable favorable à ce que l'euthanasie soit accordée à une PA malade grabataire, a été surpris par la question qu'il a d'abord qualifiée comme étant une « affaire personnelle », avant de répondre en ces termes : « *Rire ! étant croyant, je ne peux pas décider de mettre fin comme ça à ma vie, c'est Dieu seul qui donne la vie et c'est à lui d'y mettre fin. Et puis si tu décides une telle chose tu peux faire souffrir ta famille* » (APA12, 39 ans).

S'agissant de « l'intervention personnelle » pour que l'euthanasie soit accordée à un proche âgé condamné et souffrant, la position des PA était toujours là même. C'est-à-dire qu'il faut laisser les choses suivre leurs cours, quelle que soit la souffrance de la PA. La grande majorité des membres de l'entourage était du même avis : « *Je peux décider pour moi-même mais si c'est l'un de mes parents c'est difficile. Si tu dis que tu préfères voir ton parent mourir parce qu'il souffre, s'il meurt, on dira que tu en es responsable. Dans ce cas qu'est-ce que tu vas devenir dans ta famille ? Mieux vaut laisser la personne comme ça. Ça fait mal de voir son parent souffrir, mais on n'a pas le choix ?* » (APA2, 43 ans).

Seuls quelques aidants proches étaient disposés à intervenir pour que l'euthanasie puisse être accordée à un proche âgé qui souffre : « *Moi je vais le faire parce que si une PA souffre et qu'on ne peut plus rien faire, si elle-même souhaite mourir pour pouvoir se reposer parce que c'est un lieu pour se reposer, il faut le lui accorder* » (APA20, 50 ans).

Les pratiques d'euthanasie

Pour certains enquêtés, l'euthanasie existe dans la ville de Bobo-Dioulasso. Elle se pratiquerait de façon clandestine en milieu de soins et à domicile : « *L'euthanasie active n'existe pas ici à l'hôpital mais l'euthanasie passive oui parce que quand la personne n'a pas les moyens ou bien quand il n'y a pas des gens qui peuvent lui venir en aide, on la laisse mourir, c'est une euthanasie* » (PR3, médecin).

Un aidant proche a affirmé avoir déjà été témoin d'un cas d'euthanasie : « *Une fois j'étais chez un ami pour le soutenir parce que sa mère était gravement malade et se plaignait de douleurs. Elle avait été hospitalisée pendant deux mois sans succès. Elle répétait tout le temps : "Laissez-moi mourir. Cela vaut mieux pour moi". Tout le monde était gêné. Et à mon grand étonnement, quand la famille lui a donnée une décoction, une heure de temps après, elle est décédée* » (FG, HA). Il s'agit respectivement d'un cas de refus de traitements nécessaires au maintien de la vie de la PA malade, et de l'administration d'un produit pour abrégé les souffrances et accélérer la mort d'une PA.

Un autre aidant proche a mentionné avoir déjà été impliqué dans un cas d'euthanasie. Selon ce dernier, l'euthanasie existe et il faut vivre à côté d'un malade agonisant pour mieux comprendre son fondement : « *J'ai été acteur d'un cas ici à Bobo. C'était une de mes sœurs. On l'a hospitalisée... Une européenne [médecin] m'a appelé de côté pour savoir si la malade et moi étions de même père et mère. Elle m'a conseillé de faire attention aux ordonnances très élevées car la maladie de ma sœur est incurable et on compte ses jours. Elle a fait une injection, je ne sais pas si c'est un remontant et elle l'a libérée. Je ne voulais pas que son décès et les funérailles se passent chez moi. Je lui ai donc donné le nécessaire et je l'ai renvoyée chez son mari. Elle est partie et une semaine après elle est décédée. Je pense que l'euthanasie existe ici et si tu n'as pas été acteur tu ne comprends pas* » (FG, PA).

Certaines exigences et attitudes à l'égard de PA ou de personnes agonisantes ont également été rapportées comme étant des formes d'euthanasie. Les exigences concernent les refus exprimés par des PA de recourir aux institutions sanitaires pour bénéficier de soins en cas de maladie. Donner droit à cette exigence est considéré comme une forme d'euthanasie généralement acceptée car perçue comme une dernière volonté de la PA qu'il faut respecter : « *Si une PA malade dit laissez moi parce que je sens que je vais bientôt partir (mourir), il n'y a pas de problème, il faut la laisser à la maison partir tranquillement* » (APA13, 33 ans). Dans ces cas, il n'était pas seulement question pour la famille de respecter la dernière volonté du malade, mais plus souvent d'éviter des dépenses jugées inutiles.

Les prières d'intercession à l'endroit de PA agonisantes ont également été rapportées par quelques enquêtés comme des formes d'euthanasie : « *Quand une PA est malade pendant longtemps et qu'elle souffre, on ne l'amène pas à l'hôpital, les gens se mettent autour d'elle pour prier pour que Dieu la rappelle le plus tôt possible. C'est de l'euthanasie puisqu'on souhaite la voir mourir le plus tôt parce qu'elle souffre et fait souffrir toute la famille* » (APA8, 35 ans). Ces interprétations ont été confrontées à celles des religieux. Suivant ces derniers, les prières d'intercession sont une prescription religieuse. C'est le fait qu'une personne ou une structure intervienne pour obtenir les faveurs de Dieu, sa grâce, son pardon et l'ensemble de sa miséricorde pour une tierce personne. Elles consisteraient à rencontrer et accompagner une personne qui est à la fin de sa vie avec des formules de prières pour adoucir son agonie. L'un des religieux nous a rapporté une de ses expériences : « *J'ai déjà accompagné une femme. Elle était malade, elle a dit à ses enfants de me faire venir. Quand je suis arrivé, elle m'a m'expliqué*

qu'avec ses enfants ça ne va pas trop, qu'ils sont mal éduqués. Elle est rentrée dans les détails et j'ai compris. Lorsque quelqu'un va vers la mort physiquement c'est visible. En tant qu'imam, je lui ai fait réciter les formules. J'ai attrapé sa main et accompagner en lui disant que Dieu est grand et après cette vie c'est une autre vie qui continue. Après elle a récité des formules de prières. Entre temps elle a dit qu'elle a soif, généralement le mourant a très soif. Elle a bu un peu d'eau. On a échangé, continué et prier jusqu'à son dernier souffle, j'ai fermé ses yeux et informer sa famille » (PR8, Imam). Les prières d'intercession se font à travers de courtes prières, comme : « Mon Dieu j'ai confiance », « Les bons anges aidez-moi » (PR6, Prêtre) pour adoucir l'agonie. Elles n'ont donc pas pour finalité d'abrèger la vie, mais plutôt d'aider le mourant à garder la foi jusqu'à la fin de l'agonie.

Les raisons associées aux cas d'euthanasies sont généralement la pauvreté et les insuffisances constatées dans les institutions de soins. Les attitudes négatives de certains prestataires de soins et la défaillance du système de santé font que des PA malades grabataires sont souvent renvoyées chez elles sans un accompagnement médical adéquat. Ces situations induisent une interruption des soins pourtant nécessaires au maintien de la vie de la PA. En outre, des antécédents familiaux, notamment des conflits avec les enfants, font que certaines PA ne bénéficient d'aucune prise en charge lorsqu'elles sont malades.

Réduction/limitation des soins/soutiens sociaux aux PA en incapacités fonctionnelles graves versus célébration ostentatoire de leurs funérailles

La réduction/limitation des soins/soutiens sociaux aux PA en incapacités fonctionnelles graves et la célébration ostentatoire de leurs funérailles est une pratique locale plusieurs fois rapportées comme une forme d'euthanasie.

À l'unanimité, les enquêtés avaient une représentation défavorable de cette pratique qu'ils ont fermement condamnée : « Ce n'est pas du tout bien, les gens font ça juste pour le nom (se prévaloir) mais pas pour avoir des "douawou"⁵. C'est une pratique très fréquente dans le quartier. De nos jours, personne ne veut des problèmes, mais on veut tous le nom. Soigner la PA prend du temps et les gens ne voient pas ça. Mais si la PA décède, les gens voient tout ce que tu vas venir faire lors des funérailles » (PA15, 64 ans). Les religieux étaient aussi défavorables à cette pratique. Ils ont rappelé l'obligation pour tout enfant de satisfaire les besoins primaires de leurs parents âgés en fonction de leurs possibilités.

Plus de la moitié des enquêtés ont affirmé avoir été plusieurs fois témoins de situations de décalage frappant entre les soins apportés à des PA vivantes et le caractère exorbitant des dépenses lors de leurs funérailles. Un enquêté a fait le témoignage suivant : « Je suis enseignant dans un village où il y avait un vieux qui était démuné. Il se promenait souvent chez les infirmiers ou chez nous les enseignants pour avoir à manger alors que tous ses enfants se débrouillent à Ouagadougou ou ici à Bobo-Dioulasso. Quand le vieux était malade ce sont les infirmiers qui le soignaient. Mais quand il est décédé qu'est-ce qu'on n'a pas vu lors de ses funérailles ? Ses enfants sont venus avec leurs collègues dans de grosses voitures. Les funérailles ont duré sept jours et ils ont tué des bœufs et tout. Après les sacrifices du quarantième jour, ils ont refait la tombe en carreaux alors qu'il n'y avait même pas un morceau de ciment dans la maison du vieux. Et chose bizarre, les gens du village étaient fiers de ces enfants qui ont

⁵ Expression en langue Dioula signifiant bénédictions

tué leur père à petit feu » (FG, HA). Ainsi comme l'euthanasie, la réduction des soins/soutiens sociaux aux PA en incapacités fonctionnelles graves et la célébration ostentatoire de leurs funérailles sont condamnées mais silencieusement admises par la société. Pour la majorité des enquêtés, le caractère dispendieux et ostentatoire des cérémonies qui suivent le décès d'une PA trouve son fondement dans la culture de certains groupes sociolinguistiques. Mais ses formes actuelles résultent d'une « *perversion de la culture* ».

Discussion

Représentations sociales défavorables à l'euthanasie

Quelle que soit la définition utilisée pour désigner l'euthanasie, les conditions ou moyens mis pour y parvenir et la finalité (mieux mourir, mourir dans la dignité), la majorité des enquêtés ont gardé une représentation négative. Pour eux, il s'agit simplement d'une mise à mort d'un malade agonisant. Cette représentation est fortement influencée par les croyances culturelles, dont les religions révélées. En effet, les textes religieux fondamentaux n'exhortent jamais les croyants à provoquer leur mort, tout au contraire (Doucet, 2004). Les leaders religieux interviewés condamnent l'euthanasie ainsi que toute forme d'aide à mourir. Les religions monothéistes ont en commun ce que Doucet (2004) qualifie de « dynamique à double volet », parce qu'elles suggèrent d'adoucir la maladie mais sans pour autant chercher à vaincre la mort. Les croyances religieuses sont des facteurs déterminants des représentations défavorables à l'égard de l'euthanasie dans d'autres contextes africains (James et Benjamin, 2015, Owusu-Dapaa, 2013, Luguterah, 2012, Quénum, 1994) et européens (Smets *et al.*, 2011, Cohen *et al.*, 2006a, Cohen *et al.*, 2006b). Au Sénégal, la majorité (84 %) du personnel médical était contre l'euthanasie à cause de raisons d'ordre religieuses et préconisait que les personnes en fin de vie puissent attendre la mort à domicile (Fall *et al.*, 1995).

Dans les conceptions religieuses, la souffrance qu'entraînent la maladie et la mort, justifiant dans la plupart des cas le recours à l'euthanasie, a une valeur rédemptrice (Doucet, 2004). Elle est une condition de rédemption pour l'humanité (Le Breton, 2010). L'idée que la souffrance est méritée et que son interruption peut entraîner son transfert vers l'auteur de l'acte, était présente dans les conceptions de nos enquêtés. Cela est justifié par la crainte d'une certaine forme de réciprocité, mettant en jeu le principe du don de la vie et la crainte que la maladie et les handicaps des personnes euthanasiées se transmettent à celui qui a mis fin à la vie (Van der Geest, 2002).

Pour la minorité favorable à l'euthanasie, c'est plutôt la souffrance du malade, des soignants et des aidants proches qu'il faut prendre en compte pour mieux percevoir son fondement : « soulager le malade, lui offrir une bonne mort dans la dignité ».

Les arguments avancés par chaque tendance pour justifier ou légitimer sa position ont jadis été explicitement ou implicitement retrouvés dans des études sur l'euthanasie en Afrique subsaharienne (Bamgbose, 2004, Omonzejele, 2004, Goolam, 1996, Fall *et al.*, 1995). À la fin de chaque focus group, le principal point de divergence entre les partisans et ceux opposés à l'euthanasie demeurait la question du droit/devoir d'autrui à aider son semblable à « mieux mourir ». Cette divergence morale/culturelle

est aussi à la base des controverses internationales, africaines (Stulting, 2000, Goolam, 1996) liées à l'euthanasie. Autrement dit, les arguments pour ou contre l'euthanasie sont essentiellement moraux et universels. Dans le contexte burkinabè, le débat sur « mieux mourir », « mourir dans la dignité » semble ne pas être imminent. Ceci est justifié parce que bien des objectifs prioritaires (mieux naître, mieux grandir, mieux vivre) ne sont pas encore atteints. Cependant, étant donné qu'à moyen terme on assistera à une augmentation des incapacités fonctionnelles (Uwakwe *et al.*, 2009), le débat sur l'euthanasie ne saurait attendre l'atteinte des Objectifs de Développement Durable.

Une acceptabilité contrastée de l'euthanasie

Quand il s'agissait d'accepter l'euthanasie pour soi ou pour l'accorder à un proche âgé, des divergences d'opinions entre les PA et leurs aidants proches ont été observées. Les membres de l'entourage étaient plus favorables à ce droit, contrairement aux PA. Se donner la mort restait largement pour les PA un acte abominable, voire un péché : « celui de refuser un terme naturel à son existence » (Servais *et al.*, 2001 : 65). Ainsi, que ce soit une « décision pour soi » ou une « intervention personnelle » pour accorder l'euthanasie à une tierce personne, la position des PA restait la même, c'est-à-dire laisser les choses suivre leur rythme. Cette tendance semble être générale en Afrique subsaharienne. Les travaux de plusieurs auteurs (James et Benjamin, 2015, Owusu-Dapaa, 2013, Luguterah, 2012, Van der Geest, 2002, Fall *et al.*, 1995) montrent en effet que l'euthanasie est rejetée par les individus plus âgés pour des raisons religieuses et en fonction de valeurs culturelles traditionnelles africaines considérant la mort non naturelle comme un tabou et un déshonneur pour la victime et sa famille.

Au niveau des membres de l'entourage, plus jeunes, il y avait souvent une préférence pour l'intervention volontaire, pour accorder l'euthanasie. Toutefois, cette propension décroissait systématiquement quand il s'agissait de cas plus concrets qui impliquaient le répondant ou l'un de ses proches. Donner la mort semblait être plus facile à dire qu'à faire. Des demandes d'euthanasie étaient souvent exprimées par certaines familles pour abrégier les souffrances de leurs malades, mais lorsqu'il s'agissait de passer à l'acte, les avis changeaient. La volonté de recourir (théorique) ou le recours effectif (pratique) à l'euthanasie sont apparues comme deux réalités souvent bien différentes. Les enquêtés affirmaient une éthique d'obéissance ou de conviction, mais confrontés à un cas concret, ils se rabattaient sur une éthique de situation (Servais *et al.*, 2001). Dans le cas présent, les membres de l'entourage se retournaient vers une éthique religieuse, prenaient conscience du remord qui pourrait naître après l'acte, de la crainte que leurs descendants ne leur fassent la même chose plus tard, de la peur de commettre un péché ou d'être stigmatisés, tout cela justifiant in fine leur choix de laisser les choses suivre leur rythme, lorsqu'ils étaient directement concernés.

Par le poids des normes sociales et la stigmatisation de ceux qui les enfreignent, la société exerce souvent une pression sur ses membres pour les canaliser vers une certaine manière de penser, d'agir et d'être. Lorsque le décalage entre les normes et les réalités émerge, au moins dans un premier temps, les comportements non-normatifs s'exercent clandestinement, de façon multiforme, parfois dans de mauvaises conditions et avec des conséquences nuisibles. C'est le cas au Burkina Faso de l'excision (Karfo *et al.*, 2006), de l'avortement (Rossier, 2007, Rossier *et al.*, 2006), de la prostitution (Berthé *et al.*, 2008), de l'homosexualité (Niang *et al.*, 2004, Soulama, 2008) et aussi de l'euthanasie.

L'euthanasie sous différentes formes

Le mot euthanasie, au sens étymologique, désigne une *bonne mort*. Au cours du temps, le sens original s'est transformé de bonne mort en celui d'homicide (Horn, 2009). Dans la conception contemporaine, l'euthanasie désigne toutes « *les situations où une tierce personne utilise des procédés qui permettent soit d'anticiper, soit de provoquer la mort d'un malade incurable qui en a fait la demande, et ce pour abrégé ses souffrances ou lui épargner une situation de déchéance et d'indignité extrêmes* » (Goffi, 2008).

L'euthanasie recouvre différentes formes. En termes scientifiques, elle peut être :

- active s'il s'agit d'un acte volontaire commis par une tierce personne de sa propre initiative ou à la demande du malade pour abrégé ses souffrances par l'administration de substances létales ;
- passive dans les cas de refus ou d'arrêt d'un traitement nécessaire au maintien de la vie du malade ;
- indirecte dans le cas d'une mort consécutive aux effets de la thérapie médicamenteuse, chirurgicale ou autre sans que la mort soit délibérément recherchée.

Quelle que soit la forme, l'euthanasie peut être volontaire ou involontaire suivant que la demande soit exprimée par le malade lui-même, ou qu'on l'aide activement/le laisse mourir sans son consentement.

L'euthanasie est une pratique qui existe à Bobo-Dioulasso selon la majorité des enquêtés. Dans leurs termes populaires, non-savants, les pratiques qu'ils considèrent comme étant des formes d'euthanasie à l'égard des PA malades grabataires se résument aux cas de :

- refus de l'entourage d'honorer les ordonnances de la PA malade grabataire ;
- PA malade grabataire, ramenée du centre de santé sans le consentement des soignants ;
- arrêt des traitements de PA malade grabataire par les soignants dans le centre de santé ;
- PA malade grabataire libérée du centre de santé sans accompagnement médical à domicile ;
- administration de produits traditionnels à la PA malade grabataire sur sa demande pour abrégé ses souffrances.

Les quatre premières formes sont des cas de refus ou interruptions de traitements nécessaire au maintien de la vie de PA malade grabataire. Il s'agit de formes d'euthanasies passives. La cinquième forme, correspondant à l'administration de produits (décoctions) à la PA malade grabataire, peut être qualifiée d'euthanasie active volontaire car la demande est exprimée par la PA elle-même. Si dans la logique scientifique ou médicale, l'euthanasie est un acte (action ou omission/inaction) médical posé par un soignant (professionnel de la santé) formé, dans la logique des enquêtés, l'euthanasie est aussi un acte (action, omission/inaction) posé par un fournisseur de soins sociaux (un acteur social) non formé mais visant à laisser le patient mourir. Du fait également de cette logique, les pratiques citées ci-dessus sont considérées comme des formes ou variantes d'euthanasies à Bobo-Dioulasso. Comme établit par Goffi (2004), il s'agit d'euthanasies passives ou actives, directes ou indirectes, volontaires ou involontaires suivant qu'elles soient pratiquées avec ou sans le consentement des malades. Ces formes d'euthanasie ont cependant en commun d'être pratiquées de façon inavouée et invisible (Berthé, 2013), en milieu de soins comme à domicile.

Le recours à l'euthanasie pourrait être justifié par la volonté de mettre fin à la souffrance insupportable de son parent âgé. Il y a aussi le désir d'aider la PA à mourir dans la dignité car l'extrême souffrance est souvent

perçue comme un déshonneur pour la famille, parce qu'une personne affligée de souffrances intenses avant de mourir, est perçue comme une mauvaise personne, une sorcière, une personne méchante, etc.

L'existence de l'euthanasie clandestine a également été dénoncée en Afrique du Sud (Ncayiyana, 2012), au Ghana (Owusu-Dapaa, 2013, Luguterah, 2012, Van der Geest, 2002) et au Sénégal où en 1994, 20 % des médecins avaient déjà pratiqué l'euthanasie passive en arrêtant les traitements (Quénum, 1994). La question de l'euthanasie ne s'aurait donc être réservée uniquement au pays du Nord. Elle est une problématique universelle (Bersay, 2001, Maret, 2000).

Ce constat s'applique à une autre contradiction, cette fois entre les religieux et les enquêtés, qui révèle à nouveau toute l'ambivalence des situations concrètes. La perception des prières d'intercession comme une forme d'euthanasie met ainsi les religieux face à un paradoxe. Ils sont certes opposés à l'euthanasie mais ils prient pour une « bonne mort » de leurs coreligionnaires. L'efficacité psychologique et symbolique d'une telle prière étant souvent perçue comme égale à l'efficacité pratique d'une injection médicale, ces prières d'intercession sont comparables, selon les enquêtés, à l'euthanasie active, directe ou indirecte, avec, sans ou en absence de la volonté du patient. Ne consistant ni en une action passive (arrêt ou refus de traitements) ou active (administration de produit) pour abrégier la vie d'une personne, les prières d'intercession ne peuvent être assimilables à de l'euthanasie.

Pratique locale envers les PA semblable à l'euthanasie

Le fait de réduire/limiter des soins/soutiens sociaux à l'égard d'une PA en incapacité fonctionnelle grave et célébrer de façon ostentatoire ses funérailles est négativement perçu, désapprouvé unanimement par les enquêtés. Les funérailles ostentatoires ont une double finalité selon nos analyses. Elles participent en effet à :

- se donner bonne conscience ou à apaiser l'entourage convaincu d'avoir fait son devoir ;
- l'accompagnement du défunt avec honneur chez les ancêtres.

En effet, il y a la croyance en une vie après la mort qui justifie le départ du défunt avec honneur pour qu'il soit bien accueilli auprès des ancêtres. La mort nécessite en ce sens des obligations morales et sociales, exprimées à travers des rites funéraires (Robben, 2009). Ce qui peut expliquer l'importance des funérailles dans certaines sociétés.

Dans cette étude, aucun enquêté ne déclare avoir jadis réduit/limité ses soins/soutiens sociaux à une PA et célébré ses funérailles de façon ostentatoire. La pratique semble pourtant être récurrente parce que plus de la moitié des 79 enquêtés ont affirmé avoir été témoins oculaires et/ou auditifs d'au moins un cas. Il s'agit d'un comportement en partie ancré dans la culture locale, souvent bien avant le contact avec les religions révélées. Mais les formes traditionnelles disparaissent au profit de funérailles ostentatoires et onéreuses (Kacou *et al.*, 2016). Ces cérémonies deviennent une occasion de distinction car elles sont souvent un critère d'hiérarchisation sociale du défunt et de ses ayant droits (Noret, 2010, Vaulay, 2008, Kouakou, 2005). Il était courant d'entendre auprès de nos enquêtés que l'objectif des funérailles ostentatoires est d'avoir un mérite social : « *aya benguè бага ka sangé kè yèrè lé⁶* ».

⁶ Expression en langue Dioula pour signifier qu'une personne a vraiment bien fait les funérailles de son parent en termes de dépenses engagées.

Les funérailles ostentatoires comblent souvent, aux yeux de la société, l'absence de l'entourage lors de l'épisode morbide de la PA. Elles constituent une sorte de réparation (Kouakou, 2005), une façon de donner au mort ce dont il n'a pas bénéficié de son vivant. Noret (2010) voit dans ces funérailles l'émergence d'un phénomène de société en Afrique. Ces pratiques mettent, vraisemblablement, en évidence les manières de certains individus aisés qui font des obsèques des occasions pour exhiber leur fortune. Au-delà de leurs côtés ostentatoires, les pratiques funéraires sont aussi pour le groupe le moyen de se restaurer temporairement, en tant que collectif social, après la mort d'un de ses membres. Le phénomène de la mort est une perte pour le groupe social et les pratiques funéraires marquent l'appartenance du défunt à sa communauté (Radcliffe-Brown, 2009). Donc qu'elles soient ostentatoires ou non, les rites funéraires ont une fonction de maintien de l'ordre et de la cohésion sociale menacés par la mort.

Conclusion

L'analyse des représentations sociales de l'euthanasie et de la limitation des soins/soutiens sociaux aux PA versus la célébration ostentatoire de leurs funérailles au Burkina Faso a relevé des représentations négatives à l'égard de l'euthanasie. Elle est interdite au Burkina Faso et la société n'est pas encore prête à la légaliser. Les résultats montrent pourtant que l'euthanasie existe sous ses formes passive et active à Bobo-Dioulasso. Elle est pratiquée de façon clandestine, invisible et inavouée, aussi bien en milieu de soins hospitaliers qu'à domicile. Son interdiction au Burkina Faso semble être un leurre qui conforte la société burkinabè dans une position de protection des PA contre une pratique généralement considérée de prime abord comme une « barbarie » à l'égard des aînés en fin de vie.

La pratique locale consistant en la réduction/limitation des soins/soutiens sociaux aux PA en incapacités fonctionnelles graves et la célébration ostentatoire de leurs funérailles est perçue par beaucoup de personnes comme une des pires formes d'euthanasie, mais pour autant elle est acceptée. Si cette pratique sociale ancrée dans la culture locale est tolérée, l'euthanasie devrait aussi pouvoir être tolérée pour permettre à des PA de mourir dignement. Son interdiction formelle contribue davantage à exposer les PA à ses différentes formes invisibles. Des réflexions sur les conditions de fin de vie des PA sont nécessaires pour mieux les accompagner à mourir dans la dignité.

Références bibliographiques

- Bamgbose O. 2004. Euthanasia: another face of murder. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 48, 111-121.
- Bersay C. 2001. Euthanasie. *Études sur la mort*, 69-75.
- Berthe A. 2013. Le système burkinabè de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile : analyse centrée sur les acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso. Thèse en Sciences de la Santé Publique, Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), Université Catholique de Louvain (UCL).
- Berthe A., Berthe-Sanou L., Konate B., *et al.* 2013a. Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques. *Santé Publique*, 25, 367-371.
- Berthe A., Huygens P., Ouattara C., *et al.* 2008. Understanding and reaching young clandestine sex workers in Burkina Faso to improve response to HIV. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 18, 163-173.

- Bilsen J., Cohen J. & Deliens L. 2007. La fin de vie en Europe : le point sur les pratiques médicales. *Population & Sociétés* [Online]. Available: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/la-fin-de-vie-en-europe-le-point-sur-les-pratiques-medicales/>.
- Cohen J., Marcoux I., Bilsen J. *et al.* 2006b. European public acceptance of euthanasia: socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social science & medicine*, 63, 743-756.
- Cohen J., Marcoux I., Bilsen J. *et al.* 2006a. Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981-1999). *The European Journal of Public Health*, 16, 663-669.
- Doucet H. 2004. Le bien mourir et les traditions religieuses. *Gérontologie et société* [Online], n° 108. Available: <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-1-page-35.html>.
- Fall M.C., Quenum S.D., Mbaye I. *et al.* 1995. Euthanasia and the Dakar medical staff. *Dakar medical*, 41, 7-10.
- Goffi J.-Y. 2004. *Penser l'euthanasie*, Presses Universitaires de France.
- Goffi J.-Y. 2008. Le dilemme sans fin de l'euthanasie. *Société* [Online]. Available: http://www.lemonde.fr/societe/article/2008/04/05/le-dilemme-sans-fin-de-l-euthanasie_1031346_3224.html#4CifyXCgFgPF8yOP.99 [Accessed 11/06/2016].
- Goolam N. M.I. 1996. Euthanasia: reconciling culture and human rights. *Medicine and law*, 15, 529.
- Harding R., Powell R. A., Downing J. *et al.* 2008. Generating an African palliative care evidence base: the context, need, challenges, and strategies. *Journal of pain and symptom management*, 36, 304-309.
- Horn R. 2009. Le débat sur l'euthanasie et les pratiques en fin de vie en France et en Allemagne : Une étude comparative. Thèse de Sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS).
- James Yamekeh Ackah, Benjamin Spears Ngmekpele Cheabu. 2015. Euthanasia in Ghana Today. *Journal of Health, Medicine and Nursing* [Online], 18. Available: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/25852/26284>.
- Kacou F. P., Doukoure D. Atse A. A.-P. 2016. Nosologie des enfants dits atypiques dans la société baoulé (Côte D'ivoire). *European Scientific Journal* [Online], 12. Available: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/8067/7792>.
- Karfo K., Sambare Badi Z., Diallo I.R. *et al.* 2006. L'excision au Burkina Faso : données sociodémographiques, connaissances et qualité de vie chez 200 femmes enquêtées dans la commune de Zabré. *Psy-Cause*, n° 44-45, 97-101.
- Kouakou K. 2005. La mort en Afrique : entre tradition et modernité. *Études sur la mort*, 128, 145-149.
- Le Breton D. 2010. *Expériences de la douleur*, Paris, Éditions Métailié.
- Le Deun P., Gentric A. 2007. Vieillesse réussie. *Médecine thérapeutique* [Online], 13. Available: http://www.jle.com/fr/revues/met/e-docs/vieillesse_reussi_274559/article.phtml?tab=texte.
- Luguterah M. 2012. The experiences and perceptions of Ghanaian medical professionals towards the practice of passive euthanasia in Ghana. Thesis of Doctorat, Capella University.
- Maret M. 2000. *L'euthanasie : alternative sociale et enjeux pour l'éthique chrétienne*. Editions Saint-Augustin.
- Mucchielli A. 2009. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Armand Colin.
- Ncayiyana D. J. 2012. Euthanasia: no dignity in death in the absence of an ethos of respect for human lives. *SAMJ: South African Medical Journal*, 102, 334-334.

- Niang C. I., Moreau A., Bop C. *et al.* 2004. *Targeting Vulnerable Groups in National HIV/AIDS Programs: The Case of Men Who Have Sex with Men-Senegal, Burkina Faso, The Gambia*. Washington, DC: The World Bank, 1, 57.
- Noret J. 2010. *Deuil et funérailles dans le Bénin méridional. Enterrer à tout prix*, Bruxelles, Editions de l'Université Libre de Bruxelles. coll « Sociologie et anthropologie ».
- Omonzejele P.F. 2004. African ethics and voluntary euthanasia. *Medicine and law*, 23, 671.
- Owusu-Dapaa E. 2013. Euthanasia, Assisted Dying and the Right to Die in Ghana: A Socio-Legal Analysis. Owusu-Dapaa, E 'Euthanasia, Assisted Dying and the Right to Die in Ghana: A Socio-Legal Analysis, *Medicine and law*, 32, 587-600.
- Quenum S. D. 1994. Le corps médical et l'euthanasie au Sénégal. Thèse de doctorat, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- Radcliffe-Brown A. R. 2009. *The Andaman Islanders*, in: Robben A. C. G. M. *Death, Mourning, and Burial: A Cross-Cultural Reader*, John Wiley & Sons.
- Robben A. C.G.M. 2009. *Death, mourning, and burial: a cross-cultural reader*, John Wiley & Sons.
- Rossier C. 2007. Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso. *Reproductive Health Matters* [Online], 15. Available: [https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080\(07\)30313-3](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080(07)30313-3).
- Rossier C., Guiella G., Ouédraogo A. *et al.* 2006. Estimating clandestine abortion with the confidants method- results from Ouagadougou, Burkina Faso. *Social science & medicine*, 62, 254-266.
- Smets T., Cohen J., Bilsen J. *et al.* 2011. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *Journal of pain and symptom management*, 41, 580-593.
- Soulama K. 2008. Étude des besoins en matière de prévention du VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso. Université Cheick Anta Diop.
- Stulting A. A. 2000. Ethics in South Africa: new challenges. *Medicine and law*, 19, 397.
- Uwakwe R., Ibeh C. C., Modebe A. I. *et al.* 2009. The Epidemiology of Dependence in Older People in Nigeria: Prevalence, Determinants, Informal Care, and Health Service Utilization. A 10/66 Dementia Research Group Cross-Sectional Survey. *Journal of the American Geriatrics Society* [Online], 57. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19682135>.
- Van Der Geest S. 2002. *I want to go!* How older people in Ghana look forward to death. *Ageing and Society*, 22, 7-28.
- Vaulay D. 2008. Musique et funérailles chez les Dàgàrà-Lòbr du Burkina Faso. *Frontières*, 20, 49-54.