



EUTHANASIE AU BURKINA FASO : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES AGENTS DE SANTÉ AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE DÉDOUGOU (BURKINA FASO)

Abdramane BERTHE

Université de Dédougou, Burkina Faso

abdramane.berthe@univ-dedougou.bf

Résumé : La littérature socioanthropologique existante sur l'euthanasie en Afrique ne couvre pas de manière exhaustive les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de la population générale, des autorités politico-sanitaires et des agents de santé. Cette lacune est significative, car elle omet d'examiner les perspectives de ceux qui sont directement affectés par les politiques et les pratiques d'euthanasie. Cette étude vise à explorer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des agents de santé au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dédougou vis-à-vis de l'euthanasie, afin d'éclairer les débats et orienter les politiques de santé publique. L'étude a combiné des volets quantitatifs et qualitatifs. La collecte de données quantitatives a impliqué 138 agents de santé via un questionnaire auto-administré, tandis que le volet qualitatif a consisté en 54 entretiens individuels et 6 focus groups. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de Kobotoolbox, les entretiens qualitatifs ont été transcrits et analysés thématiquement. Les principes éthiques de la recherche ont été respectés. La quasi-totalité des agents de santé (91,30%) ont déjà entendu parler de l'euthanasie principale dans leur école de formation (64,66%). Ils connaissaient principalement l'euthanasie active directe volontaire (66,13%) et l'euthanasie passive directe volontaire (52,76%), mais méconnaissent les autres formes. La majorité étaient défavorables à toutes les formes d'euthanasie, à son hypothétique légalisation (80,00%) et au développement d'un éventuel protocole de sa mise dans leur centre de santé (77,65%). Très peu d'agents ont déclaré des pratiques euthanasiques au cours des cinq dernières années et des témoignages suggèrent des cas inavoués. Au CHR de Dédougou (Burkina Faso) l'euthanasie est méconnue, perçue négativement. Elle reste une pratique minime, invisible et inavouée.

Mots clés : Euthanasie, Connaissances, Attitudes, Pratiques, Agents de santé, Burkina Faso

EUTHANASIA IN BURKINA FASO: KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND PRACTICES OF HEALTH WORKERS AT THE REGIONAL HOSPITAL CENTER OF DEDOUGOU (BURKINA FASO)

Abstract : The existing socio-anthropological literature on euthanasia in Africa does not comprehensively cover the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of the general population, political and health authorities, and health workers. This gap is significant as it fails to examine the perspectives of those directly impacted by euthanasia policies and practices. This study aims to explore the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of health workers at the Regional Hospital Center (CHR) of Dédougou regarding euthanasia, to inform debates and guide public health policies. The study combined quantitative and qualitative approaches. Quantitative data collection involved 138 health workers through a self-administered questionnaire, while the qualitative component consisted of 54 individual interviews and 6 focus groups. Quantitative data were analyzed using Kobotoolbox, and qualitative interviews were transcribed and thematically analyzed. Ethical research principles were strictly adhered to. Nearly all health workers (91.30%) had heard about euthanasia, primarily during their training (64.66%). They were mainly familiar with voluntary active euthanasia (66.13%) and voluntary passive euthanasia (52.76%), but were less aware of other forms. The majority were opposed to all forms of euthanasia, its hypothetical legalization

(80.00%), and the development of a potential protocol for its implementation in their health center (77.65%). Very few health workers reported practicing euthanasia in the past five years, though testimonies suggest unreported cases. At the CHR of Dédougou (Burkina Faso), euthanasia is poorly understood and negatively perceived. It remains a minimal, invisible, and unacknowledged practice.

Keywords : Euthanasia, Knowledge, Attitudes, Practices, Healthcare Workers, Burkina Faso

Introduction

L'euthanasie, définie comme l'acte de provoquer délibérément la mort d'un malade grabataire (sans espoir de retour à la santé), d'une personne handicapée ou d'un nouveau-né gravement malformé, l'acte étant posé soit à la demande expresse de la personne concernée, soit sans sa demande expresse ou même contre sa volonté ; la gamme des motivations de l'acte d'euthanasie peut s'étendre notamment du respect de l'autonomie du malade ou de la personne handicapée à la pitié et, on ne s'en souvient que trop bien, à des motivations eugéniques. L'euthanasie peut être une action (euthanasie active positive) ou une inaction (omission ou abstention, euthanasie passive ou négative). Elle peut être directe (action ou omission comme condition suffisante du décès) ou indirecte (action ou omission comme condition insuffisante du décès)(Goffi 2004).

L'euthanasie suscite des débats éthiques, juridiques et médicaux complexes à travers le monde. Malgré le développement de la médecine, elle peine à trouver des solutions à certaines maladies dites incurables et propose des traitements pour abrégé les souffrances des malades. Certains patients se trouvant incapables de supporter leurs souffrances, demandent qu'on abrège leur douleur en leur ôtant la vie. Cette demande, bien que justifiée par le désir de soulager la souffrance, est perçue de manière divergente par les acteurs de la société et influencée par des facteurs culturels, religieux et socio-économiques. Dans de nombreux pays, l'euthanasie demeure illégale et moralement inacceptable pour une grande partie de la population. Cependant, les progrès médicaux et les changements sociétaux entraînent des discussions croissantes sur la dignité en fin de vie, la gestion de la douleur et les droits des patients.

En Afrique, les hôpitaux sont souvent confrontés à des défis majeurs liés à la gestion des soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie. Dans ce contexte, les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé vis-à-vis de l'euthanasie revêtent une importance cruciale. En effet, ces professionnels jouent un rôle clé dans la prise en charge des patients en phase terminale et dans la gestion de leur douleur. Comprendre leur position sur l'euthanasie peut non seulement éclairer les débats actuels, mais aussi orienter les politiques de santé publique et les formations professionnelles en vue d'une meilleure prise en charge des patients en fin de vie.

En sciences sociales, la littérature internationale a abordé l'euthanasie sur quatre grandes perspectives : législative et éthique, sociologique, philosophique, démographique et politique. Dans la perspective législative et éthique, les études (Mélançon 2010, Judo 2013, Roudaut 2015, Weicht and Forchtner 2023, Rus and Gastmans 2024) ont examiné les cadres légaux et réglementaires autour de l'euthanasie, en explorant comment différentes juridictions traitent légalement la question. Ces études ont souvent discuté des lois, des propositions de réforme, et des défis éthiques posés par l'euthanasie et le suicide assisté. Elles ont inclus quelques fois des débats sur le consentement, la capacité de choisir de manière autonome et les droits



des patients à décider de leur fin de vie. Dans la perspective sociologiques (Dany, Marie et al. 2007, Dany, Salas et al. 2009, Dany 2016, Vieille, Dany et al. 2020), les travaux se sont focalisés sur la façon dont l'euthanasie est perçue et représentée dans la société, les attitudes sociales, les normes culturelles et les représentations médiatiques de l'euthanasie. Ces études ont quelquefois inclus des analyses de contenu de la presse, des enquêtes sur les opinions publiques, sur l'impact des expériences personnelles et des croyances culturelles. Les études abordant l'euthanasie sur le plan philosophique (Tournay and Bréhaut 2014, Inglehart, Nash et al. 2021, Sulmasy 2021) ont exploré les questions morales, éthiques que soulève la pratique. Elles ont discuté des implications théologiques de l'euthanasie, des arguments philosophiques pour et contre, et de la manière dont les contextes culturels influencent les perspectives sur la mort et la dignité en fin de vie. Les études démographiques (Inglehart, Nash et al. 2021, Colombo and Dalla-Zuanna 2024) ont analysé les tendances et les modèles d'euthanasie et de suicide assisté. Ces études ont souvent examiné la fréquence de l'euthanasie dans différents groupes d'âge, sexes, ou régions géographiques, et évalué les facteurs économiques, culturels et de santé qui influencent les décisions relatives à l'euthanasie. Enfin, dans une perspective politique, les études (Minocha, Mishra et al. 2011, Bataille 2012, Nwabueze 2016, Shapovalova and Zaharov 2021, Yesil 2022) ont traité des dilemmes et des débats éthiques entourant l'euthanasie, y compris les discussions sur la dignité humaine, l'autonomie et le rôle des professionnels de la santé dans la prise de décisions de fin de vie. Elles ont également exploré les implications politiques de l'euthanasie, telles que les politiques de santé publique, les débats législatifs, et les mouvements sociaux qui soutiennent ou s'opposent à la légalisation de l'euthanasie.

En Afrique, les études sciences sociales, quantitativement moins nombreuses qu'en occident, sont restées plus diversifiées. Des études ont procédé à une synthèse des recherches (Amzat, Kanmodi et al. 2023) existantes sur l'euthanasie en Afrique (évaluant les preuves empiriques collectées à travers diverses études pour fournir un aperçu global des pratiques, des attitudes et des réglementations) ou à une comparaison (Nwafor 2010) interafricaine (analyse comparative de l'euthanasie entre les pays africains, mettant en lumière les différences et les similitudes dans les approches légales, éthiques et culturelles). Des études ont porté sur des aspects religieux, culturels (Bikopo and van Bogaert 2010, Mangena and Chitando 2013, Olasunkanmi 2015, Ayuba 2016, Koenane 2017, Alndingangar and Vaïdjike 2022) en explorant les opinions et les doctrines religieuses spécifiques relatives à l'euthanasie, discutant des implications éthiques de la fin de vie selon différentes confessions religieuses en Afrique, et comment ces croyances influencent les débats sur l'euthanasie ; en examinant comment les traditions et les valeurs culturelles spécifiques à certaines communautés africaines façonnent leur compréhension et leur gestion de l'euthanasie, avec un focus sur les pratiques autochtones et les perceptions de la mort et du mourir. D'autres études (Jordaan 2017, Martin 2021) ont discuté des cadres juridiques régissant l'euthanasie, analysant les lois actuelles, les défis constitutionnels et les débats légaux autour de la légalisation de l'euthanasie dans différents pays africains. Dans une perspective éthique ou philosophique, certains auteurs ont abordé l'euthanasie du point de vue éthique médicale (Paleker 2016, Ikegbu and Ariche 2019), considérant les responsabilités et les dilemmes des professionnels de santé, les

implications de l'euthanasie sur les pratiques médicales en Afrique, ainsi que les fondements philosophiques africains (Molefe 2020, Molefe and Molefe 2020, Makwinja 2022) concernant l'euthanasie. Enfin, les perspectives sociologiques (Bhattacharyya 2014, Sanou, Berthé/Sanou et al. 2020) ont étudié les dimensions sociales de l'euthanasie en Afrique, y compris les représentations sociales, les attitudes et les comportements relatifs à l'euthanasie.

Malgré l'ampleur et la diversité des études mentionnées, il apparaît clairement que la littérature existante sur l'euthanasie en Afrique ne couvre pas de manière exhaustive les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de la population générale, des autorités politico-sanitaires et des agents de santé. Cette lacune est significative, car elle omet d'examiner les perspectives de ceux qui sont directement affectés par les politiques et les pratiques d'euthanasie. Il est essentiel de comprendre les CAP de ces groupes pour développer des approches éthiques et législatives adaptées aux contextes culturels et sociaux spécifiques de l'Afrique. Par exemple, les décisions sur l'euthanasie sont profondément influencées par des facteurs sociaux, culturels et individuels qui peuvent différer significativement d'une région à une autre. De plus, les agents de santé sont souvent au premier plan de la mise en œuvre des pratiques d'euthanasie, leur perception et leur engagement éthique conditionnent directement la qualité des soins de fin de vie. Par conséquent, une étude approfondie des CAP de ces groupes est non seulement pertinente, mais cruciale pour adresser de manière adéquate les défis éthiques, sociaux et professionnels que l'euthanasie soulève en Afrique. La question principale de cette recherche est : quelles sont les CAP des agents de santé du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dédougou (Burkina Faso) sur l'euthanasie ? L'objectif principal qui en découle est : explorer les CAP des agents de santé du CHR de Dédougou sur l'euthanasie. De façon spécifique, cette étude vise à identifier les connaissances des agents de santé sur l'euthanasie, analyser les attitudes des agents de santé face à l'euthanasie et examiner les pratiques actuelles dans la prise en charge des patients en phase terminale. Cette étude enrichirait la compréhension des dynamiques locales et faciliterait la création de politiques plus inclusives et respectueuses des diverses valeurs et croyances présentes sur le continent. Cette étude est inductive. Nous n'avons pas formulé explicitement d'hypothèse à partir de laquelle nous avons conçu nos outils de collecte de données. En passant en revue la littérature internationale et africaine, nous avons identifié divers modèles ou théories qui pourraient nous aider à mieux expliquer ou comprendre les CAP liées à l'euthanasie dans le contexte africain. Dans notre analyse, nous avons utilisé ces théories de manière opportuniste lorsque nous avons estimé que l'une ou l'autre était plus appropriée pour expliquer tel ou tel aspect du phénomène étudié. La réalité sociale étudiée par les sciences sociales est complexe, et une seule théorie s'avère souvent insuffisante pour l'expliquer pleinement.

1. Méthodes

Nous avons d'abord réalisé une revue de littérature de type narratif en utilisant des mots clés comme « connaissances, attitudes, pratiques, euthanasie, sociologie, anthropologie, fin de vie, soins palliatifs, Afrique et autres thèmes similaires. Cette revue a été principalement réalisée sur Google Scholar, Cairn.info, Érudit, PubMed et Z-Library.



Notre collecte des données quantitative et qualitative étude s'est déroulée au CHR de la ville de Dédougou en novembre et décembre 2023.

Le volet quantitatif était une étude de type transversal à visée descriptive. La population ciblée était les agents de santé âgés d'au moins 18 ans. La participation à l'étude a été proposée à l'ensemble des 463 agents issus des 12 services du CHR de Dédougou, excepté le service d'ophtalmologie. Des exemplaires du questionnaire physique à autoadministrer ont été déposés dans les différents services et neuf étudiants de niveau licence en sociologie et anthropologie étaient chargés de récupérer ces questionnaires anonymes auprès des agents de santé. Les données des questionnaires ont été saisies par les étudiants et traitées à l'aide de Kobotoolbox. Les résultats quantitatifs ont été exprimés en termes de proportions.

Le volet qualitatif était une étude transversale à visée analytique. La population ciblée était à la fois les agents de santé, les usagers du CHR ou leurs accompagnateurs/accompagnants âgés d'au moins 18 ans. Ces derniers ont été sondés par rapport aux éventuelles « pratiques euthanasiques » au CHR. Les participants à ce volet ont été sélectionnés de façon raisonnée jusqu'à la saturation des informations recherchées. Les neuf étudiants ont réalisé des entretiens individuels semi-directifs ou des focus groups ont été réalisés avec ces participants. Ils ont enregistré les entretiens sur leur téléphone portable après l'obtention de l'accord des enquêtés. Ils les ont traduits et transcrits sur ordinateur et procédé au dépouillement préliminaire.

Pour les deux volets, les principes éthiques de la recherche scientifique en sciences sociales (Mucchielli 2009) ont été respectés. La participation Tous les participants ont été informés de la note de consentement éclairé avant de participer. Les principes éthiques ont été respectés, assurant la confidentialité des propos des enquêtés et garantissant un anonymat strict. La participation était libre et volontaire, l'anonymat et la confidentialité ont été respectés. Avant la collecte des données, les étudiants ont été recyclés à l'éthique de la recherche en sciences sociales et formés pour la conduite des entretiens.

Pour assurer une forme de validation des données, nous avons réalisé une restitution de positionnement du chercheur au CHR au début de l'étude, une restitution test de l'analyse auprès des autorités et responsables des services du CHR et une restitution comme un devoir devant un grand public à Dédougou. La typologie de ces pratiques restituantes est empruntée à Bergier (Bergier 2000). La restitution de positionnement du chercheur se fait généralement en amont ou à mi-parcours de la recherche. Lors d'une rencontre, nous avons présenté le protocole de recherche aux responsables du CHR (Directeur général, directeurs ou responsables des services administratifs, médicaux et médico-techniques), afin qu'ils transmettent le contenu validé au personnel du CHR. Cette démarche facilite l'accès au terrain pour le chercheur et l'intègre davantage dans le milieu étudié, garantissant ainsi de meilleures conditions pour la collecte des données. En général, une telle restitution est souhaitable, voire nécessaire, pour aborder des sujets « tabous » comme l'euthanasie ou pour intervenir dans des milieux réfractaires aux enquêtes, tels que les centres de santé, où les agents de santé se perçoivent souvent comme exploités et épuisés par des études jugées d'une faible utilité pratique. La restitution, comme "test" de l'analyse, a été réalisée à la fin de notre recherche. Lors d'une rencontre avec les responsables du CHR, nous avons présenté notre analyse des résultats afin de la confronter à leur expertise : confirmer

ou infirmer certaines conclusions, tester la cohérence et la plausibilité des énoncés scientifiques, etc. Selon Bergier, cette démarche de restitution permet non seulement de valider certaines parties du modèle proposé par le chercheur, mais aussi d'en identifier les lacunes, et de dégager de nouvelles perspectives de recherche. La restitution comme un devoir, s'est effectuée à la fin de la recherche. Lors d'une rencontre publique ouverte à l'ensemble de la population de la ville de Dédougou (y compris les étudiants et les agents de santé), nous avons présenté les résultats de notre étude et répondu aux questions des participants. Ce type de restitution permet de diffuser le contenu final du rapport d'étude. Pour le chercheur, cette démarche représente un devoir moral, une obligation de contre-don envers les "donateurs de données", à savoir les participants à l'enquête. Elle vise à les remercier et à leur exprimer la gratitude du chercheur pour l'attention, l'intérêt, le temps et les efforts qu'ils ont consacrés à l'investigation. Toutefois, cet échange symbolique n'a pas d'influence sur le contenu final du document scientifique.

En outre, les résultats de l'étude ont été présentés à deux conférences scientifiques au niveau national (Ouédraogo, Nacoulma et al. 2024).

Dans cette étude, notre typologie de référence des « pratiques euthanasiques » reste celle utilisée par Goffi (Goffi 2004) qui distingue 12 classes euthanasiques consignées dans le tableau I suivant.

Tableau I, typologie ou classification de l'euthanasie selon Goffi (Goffi 2004)

1. Euthanasie active directe volontaire (le soignant injecte le malade volontaire)	2. Euthanasie active directe contre la volonté (le soignant injecte le malade contre sa volonté)	3. Euthanasie active directe en l'absence de volonté (le soignant injecte le malade en absence de sa volonté)
4. Euthanasie active indirecte volontaire (le soignant arrête le dispositif de soins avec la volonté du malade)	5. Euthanasie active indirecte contre la volonté (le soignant arrête le dispositif contre la volonté du malade)	6. Euthanasie active indirecte en l'absence de volonté (le soignant arrête le dispositif en absence de la volonté du malade)
1. Euthanasie passive directe volontaire (le soignant s'abstient avec le consentement du malade)	2. Euthanasie passive directe contre la volonté (le soignant s'abstient contre la volonté du malade)	3. Euthanasie passive directe en l'absence de volonté (le soignant s'abstient en absence de la volonté du malade)
7. Euthanasie passive indirecte volontaire (le malade grave incurable contracte une maladie mortelle curable et le soignant s'abstient sur sa volonté)	8. Euthanasie passive indirecte contre la volonté (le malade grave incurable contracte une maladie mortelle curable et le soignant s'abstient contre sa volonté)	9. Euthanasie passive indirecte en l'absence de volonté (le malade grave incurable contracte une maladie mortelle curable et le soignant s'abstient en absence de sa volonté)



2. Résultats

2.1. Présentation des enquêtés

Les agents de santé du CHR participant au volet quantitatif étaient au nombre de 138. La majorité des enquêtés était des hommes (57,47%), des mariés (60,50%), des infirmiers (51,40%), des chrétiens (55,07%). Cette majorité avait au maximum 34 ans (46,09%), un niveau d'études supérieur (74,64%) et travaillait au CHR il y a au moins 4 ans (49,26%).

Sur le plan qualitatif, nous avons mené 54 entretiens individuels et 6 focus groupes (2 associations féminines et 4 groupes de jeunes). Les entretiens individuels ont majoritairement impliqué des hommes (44), souvent des accompagnateurs, âgés de 20 à 75 ans. La majorité de ces participants étaient musulmans (35 sur 54). Concernant la situation matrimoniale, la plupart étaient mariés (34 sur 54). Les focus groups comprenaient principalement des hommes chrétiens et deux groupes de femmes musulmanes, chaque groupe comptant 12 membres, ce qui porte le total des participants du volet qualitatif à 92.

2.2. Informations sur l'euthanasie

Dans l'ensemble, 91,30% des agents de santé avaient déjà entendu parler de l'euthanasie avec notre étude et moins de la moitié (46,77%) ont déclaré disposer d'assez d'informations sur cette pratique. Le tableau II ci-dessous présente les informations dont disposent les agents de santé enquêtés sur l'euthanasie.

Tableau II, Informations disponibles chez les agents de santé du CHR de Dédougou sur l'euthanasie

Questions	Réponses
1. Ont déjà entendu parler de l'euthanasie	Oui = 91,30% Non = 8,70%
2. Si non, aimerez-vous avoir des connaissances sur ça	Oui = 66,10% Non = 33,90%
3. Dernière fois qu'ils ont entendu parler de l'euthanasie	Derniers mois = 83,87% Autre = 16,13%
4. Disposent d'assez d'informations sur l'euthanasie	Oui = 46,77% Non = 53,23%
5. Lieu de première information sur l'euthanasie	Centre de santé = 14,24% Ecole de formation = 64,66% Internet = 9,02% Réseaux sociaux = 11,28%
6. Premier informateur sur l'euthanasie	Famille = 2,70% Chef religieux = 2,70% Agents de santé = 64,86% Organisation sociale = 4,24% Médias = 26,13%
7. Informations sur l'euthanasie déjà disponibles chez les enquêtés	Arrêt de traitement = 34,53% Injection d'un produit létal = 46,04%

	Diminution de ration alimentaire = 10,79% Acharnement thérapeutique = 8,63%
8. Circonstances favorisant l'euthanasie	Accidents graves = 27,73% Maladies chroniques = 56,30% Troubles mentaux = 15,97%
9. Victimes potentielles de l'euthanasie	Jeunes = 7,32% Adultes = 12,19% Personnes âgées = 6,5% Agents de santé = 3,25% Tout le monde = 70,74%
10. Catégories de personnes les plus exposées à l'euthanasie	Personnes âgées = 21,92% Malades chroniques = 45,20% Victimes d'accidents graves = 21,92% Victimes de troubles mentaux = 10,96%
11. Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'euthanasie	Agents de santé = 31,78% Le malade = 22,03% Accompagnateur = 17,80% La famille = 28,39%
12. A été sensibilisé sur l'euthanasie pendant votre parcours de formation médicale	Oui = 23,03% Non = 76,97%
13. Souhaitent bénéficier d'une formation ou de ressources supplémentaires pour mieux comprendre l'euthanasie	Oui = 61,07% Non = 39,93%

2.3. Connaissances des agents de santé du CHR de Dédougou sur l'euthanasie

Le tableau III suivant indique que, selon la typologie des « pratiques euthanasiques » de Goffi (Goffi 2004), la majorité des agents de santé enquêtés au CHR de Dédougou connaissaient l'euthanasie passive directe volontaire (le soignant s'abstient d'administrer des soins à un malade grabataire avec son consentement) et l'euthanasie active directe volontaire (le soignant administre un produit à un malade grabataire avec son consentement). La majorité ignorait les autres types d'euthanasie (voir tableau III).

Tableau III, Connaissances des agents de santé du CHR de Dédougou sur l'euthanasie

Questions	Réponses
1) Selon vous, euthanasie a lieu lorsque le soignant :	
1.1) s'abstient d'administrer des soins à un malade grabataire (sans espoir de retour à la santé) avec son consentement dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 52,76% Non = 47,24%
1.2) s'abstient d'administrer des soins à un malade grabataire contre la volonté de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 22,83% Non = 77,17%



1.3) s'abstient d'administrer des soins à un malade grabataire sans le consentement de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 23,02% Non = 76,98%
1.4) administre un produit à un malade grabataire avec son consentement dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 66,13% Non = 23,87%
1.5) administre un produit à un malade grabataire contre la volonté de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 24,60% Non = 75,40%
1.6) administre un produit à un malade grabataire sans le consentement de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 24,60% Non = 75,40%
1.7) arrête les soins d'un malade grabataire avec son consentement dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 45,45% Non = 54,55%
1.8) arrête les soins d'un malade grabataire contre la volonté de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 19,17% Non = 80,83%
1.9) arrête les soins d'un malade grabataire sans le consentement de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 22,31% Non = 77,69%
1.10) s'abstient de soigner un malade grabataire incurable qui contracte une maladie mortelle curable avec le consentement du malade dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 40,32% Non = 59,68%
1.11) s'abstient de soigner un malade grabataire incurable qui contracte une maladie mortelle curable contre la volonté du malade dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 18,55% Non = 81,45%
1.12) s'abstient de soigner un malade grabataire incurable qui contracte une maladie mortelle curable sans le consentement du malade dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 20,18% Non = 79,82%
2) Peuvent expliquer la procédure de l'euthanasie à autrui	Oui = 61,86% Non = 38,14%
3) Déclarent connaître les critères ou les étapes à suivre pour évaluer la possibilité de recourir à l'euthanasie dans une situation médicale	Oui = 11,02% Non = 88,98%
4) Déclarent connaître des différentes formes d'euthanasie, telles que l'euthanasie active, l'euthanasie passive	Oui = 25,00% Non = 75,00%
5) Déclarent être familiers avec les principes éthiques entourant l'euthanasie	Oui = 30,23% Non = 69,77%

2.4. Attitudes des agents de santé du CHR face à l'euthanasie

Globalement, les agents de santé enquêtés sont défavorables à tout type d'euthanasie (voir tableau IV). Ils sont aussi défavorables à la légalisation de l'euthanasie dans le contexte burkinabè (80,00%) et défavorable à la mise en place de protocole ou de comité de décision pour encadrer les cas d'euthanasie au CHR de Dédougou (77,65%).

Tableau IV, Attitudes des agents de santé du CHR face à l'euthanasie

Questions	Réponses
1) Avis sur la pratique de l'euthanasie	Bonne = 6,58% Mauvaise = 93,42%
2) Favorable à l'euthanasie en tant que pratique médicale	Oui = 7,92% Non = 92,08%

3) Euthanasie devrait être légale dans certaines circonstances	Oui = 20,00% Non = 80,00%
4) Pensent que la législation actuelle du Burkina Faso sur l'euthanasie est adéquate	Oui = 32,43% Non = 67,57%
5) Le patient a le droit de demander une euthanasie si ses souffrances sont insupportables	Oui = 22,68% Non = 77,32%
6) Euthanasie peut être justifiée dans des situations de fin de vie où il n'y a plus d'espoir de guérison et où le patient exprime clairement son désir de mourir	Oui = 15,79% Non = 84,21%
7) Ont des préoccupations éthiques ou morales concernant l'euthanasie en tant que pratique médicale	Oui = 64,08% Non = 35,92%
8) Pensent que l'euthanasie est un sujet de débat ou un problème au sein du CHR	Oui = 32,80% Non = 67,20%
8.1) Si oui, pourquoi pensez-vous que c'est un sujet de débat/problème important au CHR ?	Illégale = 46,75% Contre l'éthique = 53,25%
9) Risques encourus si vous êtes amenés à pratiquer l'euthanasie	Risque d'être emprisonnée = 29,59% Risque d'être licencié = 23,67% Remords = 46,75%
10) Croient que l'euthanasie peut être une option préférable dans certaines situations par rapport à un maintien des traitements de vie artificiels	Oui = 19,78% Non = 80,22%
11) Favorable à la mise en place de protocoles ou de comité de décision pour encadrer les cas d'euthanasie au CHR	Oui = 22,35% Non = 77,65%
12) Favorable à des discussions ou sensibilisations plus approfondies sur l'euthanasie au CHR	Oui = 67,74% Non = 32,26%
13) Êtes-vous favorable à ce que le soignant :	
13.1) s'abstienne d'administrer des soins à un malade grabataire avec son consentement dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 16,00% Non = 84,00%
13.2) s'abstienne d'administrer des soins à un malade grabataire contre la volonté de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 15,32% Non = 84,68%
13.3) s'abstienne d'administrer des soins à un malade grabataire sans le consentement de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 14,29% Non = 85,71%
13.4) administre un produit à un malade grabataire avec son consentement dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 11,20% Non = 88,80%
13.5) administre un produit à un malade grabataire contre la volonté de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 3,17% Non = 97,83%
13.6) administre un produit à un malade grabataire sans le consentement de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 6,35% Non = 93,65%



13.7) arrête les soins d'un malade grabataire avec son consentement dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 3,20% Non = 97,80%
13.8) arrête les soins d'un malade grabataire contre la volonté de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 4,84% Non = 95,16%
13.9) arrête les soins d'un malade grabataire sans le consentement de celui-ci dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 4,76% Non = 95,24%
13.10) s'abstienne de soigner un malade grabataire incurable qui contracte une maladie mortelle curable avec le consentement du malade dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 3,23% Non = 96,77%
13.11) s'abstienne de soigner un malade grabataire incurable qui contracte une maladie mortelle curable contre la volonté du malade dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 2,40% Non = 97,60%
13.12) s'abstienne de soigner un malade grabataire incurable qui contracte une maladie mortelle curable sans le consentement du malade dans le but de l'aider à mourir ?	Oui = 2,40% Non = 97,60%
13.13) Êtes-vous personnellement en faveur de l'euthanasie en tant que pratique médicale ?	Oui = 6,45% Non = 93,55%
13.14) Avez-vous des préoccupations éthiques ou religieuses personnelles qui influencent votre position sur l'euthanasie en tant que professionnel de la santé ?	Oui = 52,80% Non = 47,20%

2.5. Pratiques des agents de santé du CHR en matière d'euthanasie les cinq dernières années précédant l'étude

Au sujet de la mise en œuvre de l'euthanasie les cinq dernières années précédant notre étude, d'abord, très peu d'enquêtés ont déclaré que : a) les agents de santé du CHR pratiquent l'euthanasie (environ 1 à 3%), b) les familles pratiquent l'euthanasie à domicile (18,26%). Ensuite, très peu d'agents de santé ont déclaré connaître au moins un collègue ou une famille ayant mise en œuvre un type quelconque d'euthanasie. Enfin, très peu d'agents de santé enquêtés dans ce CHR ont déclaré avoir pratiqué l'euthanasie. Le tableau V détaille leurs réponses.

Tableau V, Pratiques des agents de santé du CHR en matière d'euthanasie

Questions	Réponses
1) Les agents de santé du CHR pratiquent l'euthanasie	Oui = 2,46% Non = 97,54%
2) Les guérisseurs traditionnels pratiquent l'euthanasie	Oui = 13,27% Non = 86,73%
3) Pensez-vous que les familles pratiquent l'euthanasie à domicile ?	Oui = 18,26% Non = 82%
4) Ont déjà été impliqués dans une décision ou un cas lié à l'euthanasie en tant que professionnel de la santé	Oui = 0,83% Non = 99,17%
5) Convaincu d'une éventuelle pratique de l'euthanasie dans les centres de santé du Burkina Faso	Oui = 4,03% Non = 95,97%
6) Etes-vous favorable à la réception d'une demande d'euthanasie ?	Oui = 3,42% Non = 96,58%
7) Pendant les cinq dernières années au CHR de Dédougou, avez-vous eu connaissance d'au moins un soignant qui	

7.1) a choisi de ne pas administrer de soins à un malade grabataire avec son consentement ?	Oui = 3,42% Non = 96,58%
7.2) a choisi de ne pas administrer de soins à un malade grabataire contre la volonté de celui-ci?	Oui = 1,65% Non = 98,35%
7.3) a choisi de ne pas administrer de soins à un malade grabataire sans le consentement de celui-ci ?	Oui = 0,83% Non = 99,17%
7.4) a administré un produit à un malade grabataire avec son consentement ?	Oui = 0,83% Non = 99,17%
7.5) a administré un produit à un malade grabataire (sans espoir de retour à la santé) contre la volonté de celui-ci ?	Oui = 5,04% Non = 94,96%
7.6) a administré un produit à un malade grabataire sans le consentement de celui-ci ?	Oui = 3,33% Non = 97,67%
7.7) a arrêté les soins d'un malade grabataire avec son consentement?	Oui = 3,33% Non = 96,67%
7.8) a arrêté les soins d'un malade grabataire contre la volonté de celui-ci ?	Oui = 4,20% Non = 95,80%
7.9) a arrêté les soins d'un malade grabataire sans le consentement de celui-ci ?	Non = 100%
7.10) a libéré un malade grabataire avec son consentement ?	Oui = 0,83% Non = 99,17%
7.11) a libéré un malade grabataire contre la volonté de celui-ci ?	Oui = 11,76% Non = 88,24%
7.12) a libéré un malade grabataire sans le consentement de celui-ci ?	Oui = 0,83% Non = 99,17%
8) Pendant les cinq dernières années au CHR de Dédougou, avez-vous eu connaissance d'au moins une famille d'un malade grabataire qui	
8.1) a arrêté les soins de son malade avec le consentement des soignants et est rentrée à la maison avec leur malade ?	Oui = 0,83% Non = 99%
8.2) a arrêté les soins de son malade contre la volonté des soignants et est rentrée à la maison avec leur malade ?	Oui = 6,67% Non = 93,33%
8.3) a arrêté les soins de son malade sans le consentement des soignants et est rentrée à la maison avec leur malade ?	Oui = 21,67% Non = 78,33%
9) Ont déjà été confronté à une demande d'euthanasie de la part d'un patient ou de sa famille pendant leur pratique au CHR de Dédougou	Oui = 1,68% Non = 98,32%
10) Pendant les cinq dernières années au CHR de Dédougou, avez-vous eu connaissance d'au moins un soignant qui s'est abstenu de :	
10.1) soigner un malade grabataire incurable qui a contracté une maladie mortelle curable avec le consentement du malade ?	Oui = 21,01% Non = 78,99%
10.2) soigner un malade grabataire incurable qui a contracté une maladie mortelle curable contre la volonté du malade ?	Oui = 2,52% Non = 97,48%
10.3) soigner un malade grabataire incurable qui a contracté une maladie mortelle curable sans le consentement du malade ?	Oui = 2,52% Non = 97,48%
11) Principales raisons pour lesquelles l'euthanasie est rarement mise en œuvre au CHR	Considérations légales = 22,74% Contraintes éthiques = 25,86% Pressions religieuses = 19,00%



	<p>Manque de formation = 3,74%</p> <p>Absence de demande des patients = 5,92%</p> <p>Préférence pour les soins palliatifs = 10,90%</p> <p>Manque de médicaments appropriés = 0,62%</p> <p>Résistance de la communauté = 3,43%</p> <p>Décision collégiale (manque de consensus) = 1,56%</p> <p>Absence de protocoles clairs = 6,23%</p>
12) Ont été impliqués directement dans la mise en œuvre de l'euthanasie au CHR	<p>Oui = 0,83%</p> <p>Non = 99,17%</p>
13) Pendant les cinq dernières années au CHR de Dédougou, avez-vous personnellement	
13.1) choisit de ne pas administrer de soins à un malade grabataire avec son consentement ?	<p>Oui = 2,56%</p> <p>No = 97,44%</p>
13.2) choisi de ne pas administrer de soins à un malade grabataire contre la volonté de celui-ci ?	<p>Oui = 1,68%</p> <p>Non = 98,32%</p>
13.3) choisit de ne pas administrer de soins à un malade grabataire sans le consentement de celui-ci ?	<p>Oui = 1,68%</p> <p>Non = 98,32%</p>
13.4) administré un produit à un malade grabataire avec son consentement ?	<p>Oui = 5,17%</p> <p>Non = 94,83%</p>
13.5) administré un produit à un malade grabataire contre la volonté de celui-ci ?	<p>Oui = 0,85%</p> <p>Non = 99,15%</p>
13.6) administré un produit à un malade grabataire sans le consentement de celui-ci ?	<p>Oui = 1,69%</p> <p>Non = 98,31%</p>
13.7) arrêté les soins d'un malade grabataire avec son consentement ?	<p>Oui = 5,13%</p> <p>Non = 94,87%</p>
13.8) arrêté les soins d'un malade grabataire contre la volonté de celui-ci ?	<p>Oui = 0,84%</p> <p>Non = 99,16%</p>
13.9) arrêté les soins d'un malade grabataire sans le consentement de celui-ci ?	<p>Oui = 0,84%</p> <p>Non = 99,16%</p>
13.10) libéré un malade grabataire avec son consentement ?	<p>Oui = 8,47%</p> <p>Non = 92,53%</p>
13.11) libéré un malade grabataire contre la volonté de celui-ci ?	<p>Non = 100%</p>
13.12) libéré un malade grabataire sans le consentement de celui-ci ?	<p>Oui = 0,84%</p> <p>Non = 99,16%</p>

13.13) décider de vous abstenir de soigner un malade grabataire incurable qui a contracté une maladie mortelle curable avec le consentement du malade ?	Oui = 3,36% Non = 97,64%
13.14) décider de vous abstenir de soigner un malade grabataire incurable qui a contracté une maladie mortelle curable contre la volonté du malade ?	Oui = 0,84% Non = 99,16%
13.15) décider de vous abstenir de soigner un malade grabataire incurable qui a contracté une maladie mortelle curable sans le consentement du malade ?	Oui = 1,69% Non = 98,31%
14) Pensez que les considérations légales entourant l'euthanasie au CHR de Dédougou sont un obstacle à sa pratique ?	Oui = 64,24% Non = 36,76%

Sur le plan qualitatif, la majorité des participants indiquent que le personnel soignant du CHR de Dédougou n'applique pas l'euthanasie. Certains expliquent que les soignants n'ont pas d'autre choix que de prodiguer des soins à tout patient se présentant, perpétuant ainsi leur devoir de soigner jusqu'à une éventuelle amélioration de l'état du patient :

« Le soignant n'a pas le choix pour ne pas administrer de soins à un malade, si un malade vient, il a l'obligation seulement de le soigner. » (Accompagnateur d'un malade grabataire de 63 ans, cultivateur, marié et musulman)

En revanche, une minorité de participants suspecte que l'euthanasie puisse se pratiquer secrètement, à l'abri des regards en présence de très peu de témoins :

« Bon, pendant ces cinq dernières années, je ne crois pas avoir eu connaissance de ces différents types d'euthanasie au CHR mais je suis sûr que ces genres de pratiques ne manquent pas, car elles se font de façon privée avec moins de témoins possibles. » (Usager, 29 ans, instituteur, célibataire et musulman)

D'autres témoignages évoquent des expériences directes ou des observations de situations où l'euthanasie aurait été envisagée comme une option. Un accompagnateur de malade a détaillé une situation où la famille a dû prendre la décision de ramener un proche à la maison sachant qu'il allait décéder, après que le personnel médical eut indiqué subtilement que tout traitement supplémentaire serait futile.

Quelques agents de santé ont témoigné : un premier agent dit :

« Notre CHR ne pratique pas l'euthanasie. Non ! Non ! Non ! Je vous explique le cas d'un papa. Il a contracté le paludisme à la maison. Ils ont décidé de l'amener aux urgences. Tous les signes vitaux étaient normaux : la tension était normale, tout était normal. On a refait tout le bilan complet, même la radio, et tout était normal, mais il était gravement malade. Il ne pouvait plus manger ni boire. C'est une maladie liée à la vieillesse. Donc ce n'est pas utile de garder le malade puisqu'il s'agit de la vieillesse. De plus, il n'y a pas assez de lits d'hospitalisation. Ce sont des maladies liées à la vieillesse et le CHR ne peut rien y faire. Le CHR pense qu'il ne veut pas fatiguer la famille. Garder un malade alité sans traitement est inutile. Si, par exemple, la personne est dans le coma, l'hôpital choisit de libérer de l'espace et d'économiser son oxygène. L'euthanasie, telle que nous la connaissons... Ce n'est pas cela » (Infirmier, 37 ans, travaille au CHR depuis 5 ans).

Un second agent va plus loin :

« Quelquefois, lorsque nous avons un malade grabataire sans espoir de retour à la santé, nous organisons une séance de counseling avec sa famille. Par exemple, hier, il y avait un cas de cancer en phase terminale qui était dans le coma. C'était une vieille femme.



Nous avons expliqué la situation à la famille. La famille a exprimé son souhait que la patiente se réveille, pour pouvoir retourner au village. Nous avons expliqué qu'il n'y avait pas d'espoir de réveil. Ainsi, il n'y avait pas de traitement disponible, seulement un accompagnement. S'ils le souhaitent, ils peuvent rester ; s'ils préfèrent partir, ils peuvent amener la patiente. C'est l'oxygène qui maintient la patiente en vie. Dès que nous débrancherons l'oxygène, elle décèdera. Elle a déjà utilisé deux bouteilles d'oxygène en très peu de temps, alors qu'il y a souvent une pénurie. Par exemple, il pourrait y avoir une jeune femme enceinte dans un état critique qui aurait besoin d'oxygène pour survivre, et il n'y en aurait pas, car le reste a été utilisé pour un cadavre-vivant. La famille était d'accord avec notre approche. Cependant, ils réfléchissaient à la manière de procéder. Ils ne souhaitaient pas transporter un corps au village. Ils voulaient qu'elle arrive vivante, car il est plus facile de ramener quelqu'un au village s'il est en vie. Si c'était possible qu'elle sorte de son coma, ils l'auraient ramenée sans souci. Selon notre compréhension, cela ne constitue pas de l'euthanasie. L'euthanasie, telle que nous la comprenons, nécessite l'accord de la famille pour administrer des produits qui mettront fin à la vie du patient » (sage-femme, 43 ans, travaille au CHR depuis 12 ans).

3. Discussion

Il est possible que cette étude soit affectée par des biais ou des limitations (Hammersley and Gomm 1997). D'abord, la proportion des agents de santé ayant participé à l'auto-administration du questionnaire n'est pas optimale (138 sur 463, soit 29,81% des agents). Cette situation pourrait être attribuée à un intérêt limité pour la thématique de l'euthanasie, mais également à une réticence générale des agents de santé à participer à des études évaluant leurs connaissances sur des sujets spécifiques. Cette réticence, particulièrement marquée chez les médecins, a déjà été documentée au Burkina Faso (Centre Muraz 2005). Ensuite, il est possible que les agents de santé aient sous-déclaré leurs pratiques d'euthanasie en raison de son illégalité dans le contexte burkinabè et du risque de stigmatisation ou de condamnation par leurs collègues, la communauté et les autorités sanitaires. Enfin, il est possible que cette étude soit affectée par d'autres biais comme celui de désirabilité sociale (les enquêtés ont répondu de manière socialement acceptable ou conforme aux attentes perçues de la société ou de l'institution). Cela peut particulièrement affecter les questions d'opinion où les participants pourraient minimiser ou nier des pratiques controversées comme l'euthanasie. Enfin, il est possible que cette étude soit affectée par d'autres biais comme celui de désirabilité sociale (les enquêtés ont répondu de manière socialement acceptable ou conforme aux attentes perçues de la société ou de l'institution). Cela peut particulièrement affecter les questions d'opinion où les participants pourraient minimiser ou nier des pratiques controversées comme l'euthanasie.

Toutefois, ces biais et limites prévus dès le début de l'étude n'ont pas entravé significativement la qualité de cette étude. Déjà, avec la proportion de 29,81% de l'effectif total des agents de santé qui participent volontairement est suffisante pour obtenir des réponses significatives dans la mesure où les enquêtés proviennent de tous les services ciblés. Aussi l'auto-administration du questionnaire et l'approche mixte permettent de réduire les biais évoqués. Par ailleurs, cette étude initie un champ d'investigation important et encourage la conduite de recherches supplémentaires. Cela peut inclure des études futures avec des échantillons plus larges ou des méthodes différentes pour continuer à explorer l'euthanasie.

3.1. Informations sur l'euthanasie

Chez nos enquêtés, la principale source d'information sur l'euthanasie (64,66% des enquêtés) est l'école de formation des agents de santé. Effectivement, ces écoles jouent un rôle crucial dans la diffusion des connaissances médicales et éthiques. Les apprenants y reçoivent une formation théorique et pratique sur diverses questions de santé, y compris des sujets sensibles comme l'euthanasie. Le curricula de ces écoles inclut inclure des modules sur l'éthique des soins médicaux et paramédicaux, les soins palliatifs et les questions de fin de vie. Ces formations professionnelles sont perçues comme une source d'information fiable et crédible. Les agents de santé ont une grande confiance dans les connaissances acquises pendant ces formations, ce qui les incite à se référer à cette source plutôt qu'à d'autres. Dans le contexte burkinabè, le manque de débats publics et de programmes de sensibilisation sur l'euthanasie limite les sources alternatives d'information. En l'absence de discussions sociétales larges, les agents de santé se tournent essentiellement vers les informations et les formations reçues dans un cadre éducatif structuré. Bien que 91,30% des agents aient entendu parler de l'euthanasie, moins de la moitié se sentent suffisamment informés, ce qui met en lumière une nécessité d'approfondir les cours sur ce sujet sensible dans ces écoles. En sociologie, plusieurs théories expliquent cet attachement des agents de santé à leur école de formation comme une source fiable. Il s'agit entre autres de la théorie de la socialisation professionnelle de Hughes (Hughes 1958) (la socialisation professionnelle est le processus par lequel les individus acquièrent les valeurs, les normes, les compétences et les comportements nécessaires pour fonctionner efficacement dans une profession spécifique), la théorie du capital culturel de Bourdieu (Bourdieu 1979) (les agents de santé s'appuient sur les connaissances et les compétences acquises durant leur formation initiale, perçues comme légitimes et autoritaires), la théorie de l'Institutionnalisation de Berger et Luckmann (Dreher 2023) (l'institutionnalisation des connaissances à travers des programmes de formation structurés fait de l'école de formation une source principale et légitime d'information pour les professionnels de la santé) et la théorie de l'autorité professionnelle de Weber (Weber 2009) (les agents de santé perçoivent les informations acquises durant leur formation comme faisant autorité, car elles proviennent d'une source institutionnellement reconnue et spécialisée).

3.2. Connaissances des agents de santé sur l'euthanasie

La majorité des agents de santé interrogés étaient familiers avec deux des douze catégories d'euthanasie définies par Goffi (Goffi 2004) : l'euthanasie passive directe volontaire (52,76%) et l'euthanasie active directe volontaire (66,13%). Les autres formes d'euthanasie restaient largement méconnues ou ignorées par les répondants. Cette situation expliquerait par le fait que la formation reçue à l'école n'a pas suffisamment abordé les différentes catégories d'euthanasie selon les terminologies de Goffi qui d'ailleurs ne sont pas universelles. En réalité, les classifications de l'euthanasie sont variées selon les auteurs et les contextes, ce qui rend difficile pour les professionnels de santé de retenir et comprendre toutes les nuances sans une mise à jour régulière sur le sujet.



Cette faible connaissance de types d'euthanasie s'explique par le fait que dans le contexte burkinabè, les agents de santé sont peu sensibilisés sur l'euthanasie. Le modèle de croyance en santé de Hochbaum et al. (Daniati, Widjaja et al. 2021) peut aider à mieux comprendre les effets de cette faible sensibilisation sur leurs connaissances. Aussi, selon la théorie de l'anomie de Durkheim (Durkheim 2005), le manque de cadre juridique clair associé à des normes culturelles contradictoires (cas de l'euthanasie ici) peut créer un état d'anomie. Cela conduit à une faible connaissance et à un malaise des agents de santé par rapport à l'euthanasie. Enfin, partant de la Théorie du relativisme culturel de Boas (Ferréol 2009), nous pouvons dire que ces agents de santé peuvent avoir des croyances profondément enracinées dans leur contexte culturel, qui s'opposent aux principes de l'euthanasie. Cela limite leurs intérêts ou leurs motivations à acquérir des connaissances sur le sujet.

3.3. Attitudes des agents de santé face l'euthanasie

La majorité des agents de santé enquêtés ont des attitudes négatives vis-à-vis de chacune des douze catégories d'euthanasie définies par Goffi (Goffi 2004). Ils sont aussi défavorables à une éventuelle forme quelconque de légalisation (80,00%) ou de mise en place d'un protocole ou de comité de décision pour encadrer les cas d'euthanasie au CHR de Dédougou (77,65%). La plupart des études abordant les attitudes face à l'euthanasie en Afrique (Bikopo and van Bogaert 2010, Nwafor 2010, Olasunkanmi 2015, Ayuba 2016, Jordaan 2017, Alndingangar and Vaidjike 2022, Makwinja 2022, Amzat, Kanmodi et al. 2023) avaient déjà souligné la perception/représentation négative de cette pratique. En Afrique, les représentations sociales autour de la vie, de la mort, et du rôle des agents de santé sont profondément influencées par les valeurs socioculturelles et religieuses, qui privilégient la préservation de la vie. Les agents de santé intègrent ces représentations dans leurs attitudes, rendant difficile l'acceptation de l'euthanasie. La théorie des représentations sociales de Moscovici (Moscovici 2015), peut aider à mieux comprendre ces représentations. Aussi, s'inspirant de la théorie du rôle de Parsons (Parsons 2013), nous pouvons dire que le rôle social de l'agent de santé en Afrique est étroitement lié au maintien de la vie et à la lutte contre la mort. Le concept de l'euthanasie entre en conflit avec ce rôle, ce qui pousse les agents de santé à s'y opposer. Enfin, leur appartenance religieuse (95,65% des agents enquêtés ont déclaré appartenir à une religion) influence fortement leurs attitudes envers la vie et la mort. Toutes les doctrines religieuses prônent le respect de la vie et pourraient condamner l'euthanasie. La référence à la théorie de la moralité religieuse de Weber (Weber 2013) peut aider à mieux comprendre cet aspect.

3.4. « Pratiques euthanasiques » des agents de santé

Durant les cinq années précédant notre étude, très peu d'agents de santé rapportent avoir été impliqués ou avoir réalisé soi-même une catégorie quelconque d'euthanasie au CHR. Des études antérieures, réalisées dans le contexte burkinabè (Berthé 2013, Berthé, Berthé-Sanou et al. 2013, Sanou, Berthé/Sanou et al. 2020) avait souligné l'existence de « pratiques euthanasiques » invisibles et inavouées aussi bien en milieu de soins qu'à domicile. Dans la présente étude, au moins peu d'agents de santé l'ont avoué et témoigné.

Nous pensons à une possible sous déclaration des « pratiques euthanasiques » de la part des agents de santé. Cette sous-déclaration pourrait s'expliquer par le fait que toutes les douze catégories d'euthanasie selon la classification de Goffi (Goffi 2004) ne sont pas considérées par ces agents comme étant de l'euthanasie, mais aussi et surtout, le contexte socioculturel, religieux, éthique et juridique n'est pas approprié pour avouer les cas. Selon la théorie du conditionnement opérant de Skinner (Skinner 2019), dans les environnements professionnels où les opinions contre une pratique (euthanasie par exemple) sont la norme, les agents craignent des conséquences négatives (perte d'emploi, stigmatisation, perte d'estime professionnelle) s'ils expriment un soutien ou avouent leurs pratiques. De même, la théorie du capital symbolique de Bourdieu (Bourdieu 1979), dit implicitement qu'avouer sa pratique de l'euthanasie peut entraîner une perte de prestige et une stigmatisation pour les agents de santé dans un contexte social où elle est mal vue. Cela les dissuade de la pratiquer pour ne pas perdre leur capital symbolique. Selon Ariès (Ariès 2014), la mort apprivoisée est encore présente dans de nombreuses cultures où la fin de vie est acceptée comme un processus naturel. L'euthanasie peut être considérée à travers sa théorie de la mort apprivoisée comme une intervention perturbatrice qui va à l'encontre de cette acceptation. D'où une réticence des agents de santé à la mettre en œuvre et/ou à avouer leurs pratiques. L'euthanasie apparaît aussi comme une nouvelle pratique, une innovation éthique et médicale. A ce sujet, partant de la théorie de la diffusion de l'innovation de Rogers (Rogers, Singhal et al. 2014), nous pouvons dire que les agents de santé peuvent appartenir à des segments conservateurs qui mettent du temps à adopter de nouvelles pratiques, entraînant une adoption lente de sa pratique. Enfin, la théorie de l'étiquetage de Becker (Becker 1963) est particulièrement pertinente pour comprendre les dynamiques entourant les pratiques médicales controversées comme l'euthanasie. Cette théorie soutient que les comportements des individus (les professionnels de santé par exemple), sont fortement influencés par les étiquettes que la société leur attribue. Ainsi, étant donné que l'euthanasie est stigmatisée et illégale, elle est souvent associée à des étiquettes négatives telles que "meurtre" ou "manquement à l'éthique professionnelle". Ces étiquettes entraînent des conséquences professionnelles et légales sévères pour les professionnels de santé. Pour éviter ces étiquettes négatives et les sanctions qui peuvent en découler, les professionnels de santé peuvent choisir de pratiquer l'euthanasie de manière secrète. Ce faisant, ils tentent de naviguer entre leur conscience professionnelle, qui peut leur dicter d'agir pour soulager les souffrances des patients en phase terminale, et les normes légales et éthiques qui régulent leurs pratiques.

Conclusion

Cette étude sur les CAP des agents de santé du CHR de Dédougou au Burkina Faso sur l'euthanasie révèle plusieurs constats importants. L'école de formation des agents de santé apparaît comme la principale source d'information sur l'euthanasie pour 64,66% des enquêtés, soulignant le rôle crucial de ces institutions dans la diffusion des connaissances médicales et éthiques. Cependant, seulement 46,77% des agents se sentent suffisamment informés sur le sujet, ce qui met en évidence la nécessité d'approfondir la formation sur l'euthanasie. Les théories sociologiques, telles que la



socialisation professionnelle, le capital culturel et l'institutionnalisation, expliquent pourquoi les agents de santé se réfèrent principalement à leur formation initiale.

Les résultats montrent que les agents de santé ont une connaissance limitée des différentes formes d'euthanasie, étant principalement familiers avec l'euthanasie passive directe volontaire et l'euthanasie active directe volontaire. Cette lacune peut être attribuée à un manque de sensibilisation et à des formations insuffisantes sur les diverses catégories d'euthanasie. Les théories de la croyance en santé et de l'anomie de Durkheim, ainsi que le relativisme culturel de Boas, aident à comprendre ces déficits de connaissances.

Les attitudes des agents de santé envers l'euthanasie sont largement négatives, avec une forte opposition à son hypothétique légalisation (80,00%) et une éventuelle mise en place de protocoles ou de comités de décision (77,65%). Les représentations sociales influencées par des valeurs religieuses et socioculturelles jouent un rôle crucial dans cette opposition, comme le montrent les théories des représentations sociales de Moscovici et du rôle de Parsons.

Enfin, les pratiques d'euthanasie déclarées sont extrêmement rares, avec des sous-déclarations probables en raison de la stigmatisation et des conséquences légales. Très peu d'agents ont déclaré des pratiques euthanasiques au cours des cinq dernières années et des témoignages suggèrent des cas inavoués. Les théories du conditionnement opérant de Skinner, du capital symbolique de Bourdieu, et de la diffusion de l'innovation de Rogers, ainsi que la théorie de l'étiquetage de Becker, expliquent la réticence des agents de santé à admettre ou à pratiquer l'euthanasie.

En somme, cette étude met en lumière la nécessité de renforcer la formation et la sensibilisation sur l'euthanasie pour les agents de santé au Burkina Faso, tout en prenant en compte les contextes socioculturels et religieux. Des recherches supplémentaires sur les soins palliatifs ou la gestion de fin de vie dans les hôpitaux africains sont essentielles pour mieux comprendre et adresser les défis éthiques, sociaux et professionnels liés à l'euthanasie dans ce contexte.

Les institutions de formation des agents de santé au Burkina Faso devraient approfondir des discussions sur l'euthanasie au cours des via des modules théoriques sur l'éthique, le droit médical, et la bioéthique. Elles devraient organiser des ateliers interactifs, des jeux de rôle, et des études de cas pour renforcer la compréhension des dilemmes éthiques liés à l'euthanasie. Des ateliers interdisciplinaires avec des juristes, sociologues, et religieux aideraient à explorer les dimensions culturelles et religieuses. Enfin, la formation continue et l'élaboration de protocoles de soins palliatifs sont essentiels pour une gestion éthique de la fin de vie.

Références bibliographique

- Alndingangar, D., & Vaïdjike, D. (2022). L'euthanasie au regard de la culture africaine. *Djiboul*, 2(004), 456 – 469.
- Amzat, J., Kanmodi, K. K., Ismail, A., & Egbedina, E. A. (2023). Euthanasia in Africa: A scoping review of empirical evidence. *Health Science Reports*, 6(5), e1239.
- Ariès, P. (2014). *L'homme devant la mort*. Média Diffusion.
- Ayuba, M. A. (2016). Euthanasia: A Muslim's perspective. *Scriptura: Journal for Contextual Hermeneutics in Southern Africa*, 115(1), 1-13.
- Bataille, P. (2012). *À la vie, à la mort: euthanasie, le grand malentendu*. Autrement.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders*. *Studies in the Sociology of Deviance*, 1.

- Bergier, B. (2000). *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales*. l'Harmattan.
- Berthé, A. (2013). *Le système burkinabè de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle a domicile : analyse centrée sur les acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso* [Thèse de Doctorat (PhD), Université Catholique de Louvain (UCL)]. Bruxelles (Belgique).
- Berthé, A., Berthé-Sanou, L., Konaté, B., Hien, H., Tou, F., Somda, S., Bamba, I., Drabo, M., Badini-Kinda, F., & Macq, J. (2013). Les besoins non couverts des personnes âgées en incapacités fonctionnelles à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61(6), 531-537.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013010432>
- Bhattacharyya, A. (2014). A Sociological Discourse on Euthanasia. *Folklore and Folkloristics*, 7(1), 46-58.
- Bikopo, D. B., & van Bogaert, L. J. (2010). Reflection on euthanasia: Western and African Ntomba perspectives on the death of a chief. *Developing World Bioethics*, 10(1), 42-48.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction, critique social du jugement*. Minuit.
- Centre Muraz. (2005). *Projet VIH et IST en milieu rural, urbain et sectoriel (VIRUS) [rapport final]*.
- Colombo, A. D., & Dalla-Zuanna, G. (2024). Data and Trends in Assisted Suicide and Euthanasia, and Some Related Demographic Issues. *Population and Development Review*.
- Daniati, N., Widjaja, G., Olalla Gracia, M., Chaudhary, P., Nader Shalaby, M., Chupradit, S., & Fakri Mustafa, Y. (2021). The health belief model's application in the development of health behaviors. *Health Education and Health Promotion*, 9(5), 521-527.
- Dany, L. (2016). *Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Les représentations sociales*.
- Dany, L., Marie, D., & Salas, S. (2007). Représentations associées aux soins palliatifs chez des internes: impact des pratiques et de l'opinion vis-à-vis de l'euthanasie. *InfoKara*, 22(3), 69-74.
- Dany, L., Salas, S., & Dudoit, E. (2009). Représentation sociales de l'euthanasie et des soins palliatifs dans la presse française. *Iletis-im*.
- Dreher, J. (2023). *Peter L. Berger's The Social Construction of Reality*.
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in sociology*. Routledge.
- Ferréol, G. (2009). Du relativisme culturel à l'exigence de dignité. *Psihologia socială*(24), 123-132.
- Goffi, J. Y. (2004). *Penser l'euthanasie*. Presses Universitaires de France - PUF.
<http://books.google.fr/books?id=v1qxAAAACAAJ>
- Hammersley, M., & Gomm, R. (1997). Bias in social research. *Sociological research online*, 2(1), 7-19.
- Hughes, E. C. (1958). *Men and their work*.
- Ikegbu, E. A., & Ariche, C. K. (2019). Euthanasia and Medical Ethics in Nigeria. *PINISI Discretion Review*, 2(2), 217-228.
- Inglehart, R. C., Nash, R., Hassan, Q. N., & Schwartzbaum, J. (2021). Attitudes toward euthanasia: a longitudinal analysis of the role of economic, cultural, and health-related factors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), 559-569.
- Jordaan, D. W. (2017). Human dignity and the future of the voluntary active euthanasia debate in South Africa. *South African Medical Journal*, 107(5), 383-385.
- Judo, F. (2013). La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique: un train peut en cacher un autre. *Laennec*, 61(2), 69-79.



- Koenane, M. L. (2017). Euthanasia in South Africa: Philosophical and theological considerations. *Verbum et Ecclesia*, 38(1), 1-9.
- Makwinja, S. M. (2022). Euthanasia in African Ethics. *African Ethics: A Guide to Key Ideas*, 383.
- Mangena, F., & Chitando, E. (2013). Euthanasia and the experiences of the Shona People of Zimbabwe. *Thought and Practice*, 5(2), 123-136.
- Martin, B. (2021). Voluntary Active Euthanasia in South Africa: A Constitutional Dilemma. *THRHR*, 84, 336.
- Mélançon, M. J. (2010). Légaliser l'euthanasie et le suicide médicalement assisté? *Provost, MD: Quoi de neuf*, 32, 15-23.
- Minocha, A. A., Mishra, A., & Minocha, V. R. (2011). Euthanasia: A social science perspective. *Economic and Political Weekly*, 25-28.
- Molefe, M. (2020). An African ethics of personhood and bioethics: A reflection on abortion and euthanasia. *Springer*.
- Molefe, M., & Molefe, M. (2020). Personhood and Euthanasia in African Philosophy. *An African Ethics of Personhood and Bioethics: A Reflection on Abortion and Euthanasia*, 103-130.
- Moscovici, S. (2015). *La psychanalyse, son image et son public*. Puf.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* Armand Colin.
- Nwabueze, R. N. (2016). Euthanasia, assisted suicide and decision-making at the end of life. In *Comparative Health Law and Policy* (pp. 179-195). Routledge.
- Nwafor, A. O. (2010). Comparative perspectives on euthanasia in Nigeria and Ethiopia. *African journal of international and comparative law*, 18(2), 170-191.
- Olasunkanmi, A. (2015). Euthanasia and the Experiences of the Yoruba People of Nigeria. *Ethics & Medicine*, 31(1), 31.
- Ouédraogo, A. N., et al. (2024). Connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dédougou (Burkina Faso) sur l'euthanasie à l'hôpital ou à domicile. (CO116). 22èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), ASSB.
- Paleker, F. (2016). Euthanasia in South Africa: a normative analysis and application of dignity
Parsons, T. (2013). *The social system*. Routledge.
- Rogers, E. M., Singhal, A., & Quinlan, M. M. (2014). Diffusion of innovations. In *An integrated approach to communication theory and research* (pp. 432-448). Routledge.
- Roudaut, K. (2015). *Le droit de mourir. Choisir sa fin de vie en France et en Allemagne*. (Essais). In: JSTOR.
- Rus, M., & Gastmans, C. (2024). Euthanasia and assisted suicide: Who are the vulnerable? *Clinical Ethics*, 19(1), 18-25.
- Sanou, M., Berthé/Sanou, L., Berthé, A., Konaté, B., Sanou, K., Drabo, K. M., & Fatoumata, B. K. (2020). Euthanasie des personnes âgées à Bobo Dioulasso (Burkina Faso) : représentations sociales et pratiques. In S. Pennec & M. Oris (Eds.), *La vieillesse entre le médical et le social. Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie*. (pp. 15-29). AIDELF
- Shapovalova, I., & Zaharov, V. (2021). Sociological and legal aspects of euthanasia. *Scientific journal «Philosophy, Economics and Law Review»*. Volume 1 (1), 2021. 190 p., 182.
- Skinner, B. F. (2019). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. BF Skinner Foundation.
- Sulmasy, D. P. (2021). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Theological and Ethical Responses. In (Vol. 27, pp. 223-227): Oxford University Press US.

- Tournay, V., & Bréhaux, K. (2014). Une révolution silencieuse. L'euthanasie: une controverse publique sur une question privée CEVIPOF].
- Vieille, M., Dany, L., & Le Coz, P. (2020). Représentations sociales, pratiques sociales et travail émotionnel: analyse psychosociale de la sédation en contexte de prise en charge en soins palliatifs.
- Weber, M. (2009). The theory of social and economic organization. Simon and Schuster.
- Weber, M. (2013). L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme. Presses électroniques de France.
- Weicht, B., & Forchtner, B. (2023). Negotiating euthanasia: Civil society contesting 'the completed life'. *Current Sociology*, 71(3), 432-449.
- Yesil, I. (2022). Whose choice? A qualitative inquiry into professionals' moral positions on euthanasia in Belgium. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228221123153.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à Monsieur Yinfansa Gustave DABIRÉ, Directeur général du CHR de Dédougou au moment de l'étude, ainsi qu'aux directeurs et responsables des services administratifs, médicaux et médico-techniques, et à l'ensemble du personnel du CHR de Dédougou pour leur précieuse contribution à cette recherche.

Nos remerciements s'adressent également aux étudiants de troisième année de la licence en sociologie et anthropologie de l'Université Daniel Ouezzin Coulibaly, promotion 2022-2023, à savoir : Sylvain BASSINGA, Abdoul Nassirou OUEDRAOGO, Henri NACOULMA, Tiza Josépha COULIBALY, Emelie ZOUMBARA, Sévérin TRAORE, Salmata DRABO, Daouda YEWANA et Pascaline TARO, pour leur engagement et leur participation active dans cette étude lors de leur stage collectif. Merci à tous ces étudiants qui, compte tenu de leur investissement multiforme dans cette étude, auraient légitimement dû en être co-auteurs, mais qui ont généreusement accepté d'être mentionnés simplement dans les remerciements.

Enfin, nous adressons nos sincères remerciements aux sociologues et anthropologues du Centre Muraz (Institut National de Santé Publique), en particulier aux docteurs Lalla Berthé/Sanou, Maïmouna Sanou et Blahima Konaté, pour leurs lectures critiques et leurs précieux conseils.