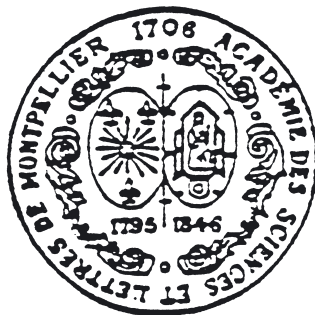


**BULLETIN**  
**DE**  
**L'ACADÉMIE DES SCIENCES**  
**ET LETTRES**  
**DE**  
**MONTPELLIER**



NOUVELLE SÉRIE  
TOME 39  
ANNÉE 2008

ISSN 1146-7282

*Séance publique du 2 juin 2008*

## **Actualités des relations entre Religion(s) et Médecine(s)**

par René BAYLET

### **Préalable**

Pour ouvrir un cadre général à une “communication sur les relations actuelles des Religions avec les Médecines”, je vous propose au préalable de nous accorder  
- sur une définition du terme de Religion :

\* Au sens étymologique du terme, “religion” renvoie à ce qui nous rassemble dans notre groupe social, pour une vénération, une croyance à un principe supérieur de qui dépend notre destinée et à qui nous devons obéissance ou respect, qui a un caractère de valeur absolue, attitude intellectuelle et morale en conformité avec un modèle social et pouvant constituer une règle de vie.

- sur une définition d’une médecine dite universelle – de fait occidentale. Elle n’a pas oublié ses origines et reste l’art de donner des soins pour soulager la souffrance et éviter la mort prématurée. Elle fonde ses pratiques sur des connaissances scientifiques (non sur des espérances) sans cesse enrichies d’apports biologiques nouveaux.

Cette médecine, qui accompagne les malades panse les blessures, “transforme la souffrance en l’inscrivant dans ses rites médicaux”, est “aussi une éthique qui est morale de l’action, valeur négociée sans absolue.

Religion et Médecine sont nées ensemble, au service de l’homme.

Elles ont évolué jusqu’à se différencier nettement selon les contextes sociaux et finalement se séparer jusqu’à porter des représentations différentes du monde, des raisons particulières les plaçant en dépit de leur parenté dans des situations de confrontation, discussion ou même de conflit.

Dans un premier temps, vous seront présentés concrètement les sujets soumis à discussion, ou motifs de conflits dans l’arène publique pour ensuite, dans un climat plus apaisé, retrouver les temps calmes d’une Alliance en chacun de nous.

### **A – DES POSITIONS CONTRADICTOIRES**

Ces sujets, motifs de désaccord, nous les avons, par facilité, distingués dans trois domaines de préoccupation qui seront le corps, la vie, la procréation.

## I – Problématique dans le domaine du corps

**I-1** – Dans le domaine du corps, objet bio-culturel, les problématiques, associés à des motifs religieux ayant un rapport avec la pratique médicale, sont nombreuses et contrastées, elles sont l’objet de discussions prolongées et tenaces.

Dans la plupart des cas la personne du fait de son appartenance religieuse se heurte à des exigences civiles ou médicales, il s’agit de contrariété identitaire.

- Dans la tradition monothéiste s’exprime une fascination pour le corps éthéré de la sainte opposé à ignominie du corps dévoilé de la sorcière condamnée au bucher.

Les rituels de toilette et de purification effacent les “pollutions” apportées par le contact avec les autres et les souillures indignes d’un corps “créature de Dieu”.

Dans la vie sociale

- le corps de la femme doit être protégé des regards indécents
- les vêtements distingués par l’autre appellent le respect et la protection divine pour le musulman qui les porte.

Nous sommes très à distance de la conception moderne d’un corps perçu et vécu comme libéré, modifiable, désacralisé, soumis à la dictature du beau, en santé, fait pour attirer les regards.

**I-2** – Dans le cadre et la vie hospitalière : peut-on respecter l’exigence des rites vestimentaires identitaires du personnel soignant ? Le port du voile de tête (Kipa), du foulard, plus traditionnel que religieux, a pu être toléré sur certains sites hospitaliers chez des infirmières, sous condition d’une forme discrète. Il est devenu identitaire par une “fâcheuse interprétation” provoquant des actes d’incivilité prenant prétexte de la religion et des réactions de contestation parfois violentes chez les autres malades hospitalisés.

“Le principe général de neutralité du service public s’est conjugué avec les exigences sanitaires de l’hygiène hospitalière pour constituer un cadre objectif susceptible de remettre en cause cet élément de la pratique religieuse.

Un exemple vécu : celui d’une stagiaire en laboratoire et celui d’une étudiante faisant un mémoire à l’occasion de l’enquête nationale sur la nutrition en milieu scolaire qui a entraîné une spectaculaire mobilisation du personnel et l’intervention des autorités politiques, aussi le souvenir de ma grand-mère et de mes tantes catalanes portant le voile le jour et la coiffe les jours de fête.

- Peut-on respecter l’exigence des rites alimentaires, par ailleurs rarement justifiés par les textes sacrés ?

La “Nourriture étant bienfait de Dieu” on les respectera au mieux sans pouvoir répondre à toutes les demandes de menu spécifiques pour des motifs religieux.

Comment pourrait-on satisfaire aux règles

- judaïques du cacherot selon la Thora : viande casher de ruminants à sabots fendus (interdit de la consommation de sang, de certains poissons) impose respect de délais d'ingestion entre des plats successifs ;
- de l'Islam : viande hallal, interdiction viande de porc, organisation des repas en période de Ramadan ;
- du Bouddhisme et de l'hindouisme : interdiction de la viande de bœuf.

Des conseils et des informations sont portés sur le livret d'accueil intra hospitalier prenant en compte le respect des considérations religieuses dans la mesure du possible.

Dans le cadre et la vie hospitalière : on ne peut adapter l'hôpital à une morale religieuse.

**I-3** – Dans la pratique médicale se pose le problème des refus de la part de consultants et de malades :

**a)** en consultation, le refus d'examen clinique

Les femmes musulmanes sous nikab refusent d'être ou de se dénuder et de soumettre leurs corps à des évaluations tangibles

Le fait que le soignant ait un sexe différent de celui du soigné entraîne souvent un réel impact psycho-émotionnel dans la relation thérapeutique. L'Islam autorise le médecin masculin à examiner une patiente, la valeur morale d'un acte médical intervient pour autoriser l'examen médical.

Le principe du libre choix de son praticien et de son établissement fondamental dans la législation sanitaire en considération des capacités techniques ne règle pas tous les problèmes. En salle d'urgence sont encore fréquentes les violences verbales, plus rarement physiques, envers le personnel soignant.

**b)** Le refus de précautions préventives

Dans le champ de la sexualité

. de la contraception :

. Toute femme est libre de choisir un mode de contraception pour réguler les naissances

- la contraception "artificielle" est condamnée par l'Eglise, ni stérilet, ni préservatif, ni pilules classiques ou nouvelles pilules du lendemain ou supprimant les règles.

Dans le développement de l'encyclique *Humanae vitae* (1968) publiée par le Pape Paul VI l'interdit a été jeté sur la pilule dissociant l'acte sexuel de sa finalité procréatrice.

Plusieurs cardinaux, dont le Cardinal Martini en mai 2008 auraient préféré une "voie meilleure".

Pour le Coran seule la stérilisation définitive est illicite.

. La prévention des maladies à transmission sexuelle dont le VIH-Sida pose un plus grave problème.

Le Sida a remis en cause le discours et la pratique contemporaine sur la sexualité, elle relève de la vie intime mais la prévention d'une transmission virale en a fait une exigence de santé publique :

. le retour d'une morale de conviction théologique rappelle les impératifs de la loi de Dieu qui réserve la pratique de la sexualité à la seule conjugalité et défend les valeurs de la continence. A ce discours de Benoit XVI à Brasília, le Secrétaire d'Etat aux droits de l'Homme brésilien a répondu : "on ne peut baser une politique de prévention d'une maladie à transmission sexuelle et du Sida en préconisant la chasteté" ; en comparaison à l'appel à la conscience morale et à la responsabilité, l'appel au préservatif apparaît comme une exigence minimale liée à l'urgence spécifique.

Nous n'avons noté aucune réaction à une vaccination visant à prévenir le cancer du col utérin dès l'âge de 14 ans.

c) refus de médication curative en clinique : l'exemple des Témoins de Jéhovah ; "Nul ne devra consommer du sang". Le malade doit avoir confirmé son refus par écrit. On ne peut cependant pas renoncer à une transfusion justifiée par la nécessité de faire face à un risque vital. Lorsque le malade est inconscient, lorsque l'enfant hémophile, la femme en cours d'accouchement présentent un accident hémorragique, la transgression au refus est possible avec l'autorisation du juge : la législation se place au-dessus de la religion en cas de nécessité.

En douloureux souvenir : une greffe de foie disponible pour un Témoin qui a préféré se laisser mourir !!

Des interdits religieux incontournables entraînant des refus de soins essentiels, sont particulièrement préjudiciables pour le patient et inacceptables pour le soignant.

"Quel que soit le respect que l'on porte aux convictions religieuses d'autrui, on ne peut aller jusqu'à adhérer à des positions extrêmes, inacceptables par la médecine et renoncer à une transfusion salvatrice".

\* Les professionnels de santé doivent plus souvent qu'auparavant faire face aux exigences de patientes qui au nom de l'Islam apposent des refus de césarienne.

**I-4 – Typologies différentielles des pratiques de médication et de consommation de médicaments (Sylvie Fainzang).**

L'appartenance à une religion influe sur les pratiques. L'analyse au travers des critères de l'automédication, type de médicaments, relation avec les médecins et les soignants menée par Sylvie Fainzang a montré le comportement des individus à l'égard des médicaments et de leurs prescripteurs n'est pas construit sur l'appartenance sociale, il porte l'empreinte de leur culture religieuse. (Le protestant : participant dans prise en charge, la gestion de sa santé avec la crainte d'une dépendance, le catholique : soumis à l'autorité médicale et soucieux des effets adverses, le juif : se prenant en charge et négociant avec le prescripteur, craignant pour son identité, le musulman : respectueux de l'observance, refusant l'automédication, craignant des effets sur ses comportements sociaux)

Clause de conscience du praticien

En réponse à la liberté du patient de refuser d'être soigné, le médecin a la liberté de refuser de soigner, le refus n'étant effacé que par l'obligation de porter assistance à une personne en danger.

**I-5 – Réponse médicale à une demande de mutilation ou de reconstitution**

\* Les cas particuliers d'une demande de mutilation ou de reconstitution ne sont pas motivés par des exigences religieuses. Ils sont actes de nature traditionnelle :

\* l'excision dans ses trois formes n'est imposée par aucune religion : à Dakar, pratiquée dans une ethnie, non pratiquée dans une autre, les deux étant cependant de religion musulmane.

\* la circoncision africaine ou judaïque n'est pas une mutilation, elle a été adoptée par l'Islam comme signe de spiritualité et reste réfutée par les chrétiens.

\* les demandes de reconstitution chirurgicale d'une virginité ou l'établissement d'un faux certificat exigé des familles du futur conjoint sont sans référencer au sacré. Il s'agit de situations catastrophiques, désastreuses pour les intéressés et le chirurgien intervient en connaissance des conséquences sociales d'un refus d'intervention. L'écho médiatique donné au jugement de Lille 6 (2008), annulant un mariage au motif d'une perte de virginité, souligne l'enjeu symbolique des débats engagés.

\* L'Islam dénonce une chirurgie esthétique visant à modifier l'apparence identitaire et l'accepte pour corriger des défauts physiques majeurs.

**I-6 – Les dons d'organes – dons du corps, geste de générosité religieuse par excellence - sont favorisés par la plupart des religions sans objection majeure :**

La quasi-totalité des religions enseignent l'impératif moral du don, mot dont la traduction en tradition juive comme en tradition musulmane est "droiture", le don d'organe étant apprécié comme acte de bienfaisance.

\* Le judaïsme a des obligations quant à la définition du moment de la mort d'un individu se basant sur des critères plus tardifs que ceux de "mort encéphalique" ou de l' "arrêt cardiaque", ce qui retarde le moment des prélèvements d'organes.

\* dans les religions africaines le besoin de l'intégrité du corps pour autre vie, les prélèvements sont le plus souvent interdits.

(Premières greffes contées dans la Légende dorée de la Vie des Saints

- Jean-Paul 1, Jean-Paul 2 (1991) l'acte médical de transplantation est l'un des actes les plus nobles de la solidarité)

**II – Problématique dans le domaine de la vie**

**II-1 – Une interrogation fondamentale soulevée par la médicalisation croissante des âges extrêmes de la vie. Faire ou laisser mourir ?**

Des positions dogmatiques d'essence souvent religieuse opposent un refus total à une pratique de mise à mort. "Seul Dieu qui a donné la vie peut la reprendre". Les positions des responsables religieux juifs et catholiques de Paris, à la relecture de la loi Leonetti dans une déclaration commune, rappelle le commandement biblique "tu ne tueras point" et expriment une opposition très nette à tout acte visant à donner la mort. Benoit XVI dans son récent voyage au Mexique a invité l'église

latino-américaine à promouvoir le respect de la vie humaine du moment de sa conception jusqu'à son déclin naturel, et à pourfendre la "culture de la mort". Il l'a redit à la tribune de l'O.N.U., a rappelé la "loi de Dieu" devant les évêques Nord-américains : le "scandale d'un prétendu de droit à l'avortement". Pour l'Islam, la loi de Dieu est une loi de vie.

## **II-2 – Droit à la vie dès la conception**

\* la position de l'Eglise est nette contre la légalisation de l'avortement.

L'avortement est une réalité sociale, incontournable et permanente depuis les temps les plus anciens. L'interdiction absolue le réduit à la clandestinité et à des pratiques non médicalisées aux conséquences catastrophiques sur la santé des mères.

La question de la définition de la personne humaine fonde celle des attitudes des grandes religions. (Le problème tient essentiellement à une différence de conception du statut de l'embryon, du fœtus, de l'enfant). Les chrétiens considèrent que l'embryon issu d'une fécondation est déjà une personne ou une "potentialité d'être humain". L'Islam interdit l'avortement après la fin de la troisième semaine, aux premiers battements du cœur, sauf en cas d'un défaut significatif de l'embryon ou une menace vitale pour la mère.

Face aux dramatiques conséquences des avortements clandestins (pour en diminuer le poids – mortalité des mères – répercussions sociales), la loi Veil a légalisé l'I.V.G. en en fixant les conditions. Cependant certains abus persistent compte tenu des possibilités d'une extension des indications d'un avortement "légalisé".

En France, depuis la loi Veil (1975), l'Interruption Médicale de Grossesse est autorisée à tout moment de la grossesse à condition qu'il existe une probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection reconnue incurable au moment du diagnostic. Par an, à l'issue des diagnostics résultants d'exploration échographique, de l'amniocentèse, des tests sanguins, les 6 000 I.M.G. permettent d'éviter la naissance de milliers d'enfants à risque. Interprétation correcte : c'est faire de sorte que, dans les situations de détresse où l'interruption volontaire de la grossesse paraît préférable, - maternité non désirée devant contrarier le projet de vie de la femme -, l'intervention sera alors pratiquée selon la loi et dans des conditions de meilleure sécurité.

Il reste préoccupant de voir qu'en dépit des possibilités des contraceptions : 200 000 avortements soient encore pratiqués en France par an.

## **II-3 – Dilemme devant des enfants nés prématurés graves**

Ces nouveau-nés d'âge gestationnel très bas (0,5 % des naissances) nécessitent une réanimation complexe et aléatoire, 20 % décèderont en dépit des soins. Parmi les survivants, 30 % d'entre eux, à 5 ans, présenteront un handicap neuro-psychologique imprévisible à la naissance.

. Devant un pronostic aussi redoutable peut-on arrêter les techniques artificielles de survie (artificielles). Faut-il s'acharner quelles que soient les conséquences à venir si l'irréversibilité handicapante est probable ? Un questionnement douloureux pour l'équipe médicale, accompagnant les parents qui doivent adhérer à la décision médicale.

Faut-il rappeler que l'arrêt médicalisé de la vie est une transgression de la loi ?

Sur la conduite thérapeutique à tenir vis-à-vis des grands prématurés lourdement handicapés, l'Eglise anglicane, au titre du concept de compassion, a estimé que pour un chrétien la compassion pouvait l'emporter sur la "règle" que la vie doit être inévitablement préservée. "Une position qui va alimenter une polémique au sein de la famille chrétienne" (Nau).

#### II-4 – A un âge plus avancé le praticien est confronté à des situations très contrastées :

**a)** celle d'un patient en fin de vie assurée, dont on voudrait abrégé les souffrances face au choix, dans un affrontement binaire, entre soins complets et soins palliatifs (incluant des actions psychiques et spirituelles) et une décision médicale susceptible d'abrégé la vie.

Dans le droit de la mort, qui est la loi Léonetti, est affirmé le droit de "laisser mourir sans obstination thérapeutique" (ce qui ne signifie pas arrêt des soins et abandon) dans la dignité et le confort de soins palliatifs... Ainsi est conforté le médecin, libéré de pratiques d'acharnement thérapeutique inutiles.

Mais depuis trois ans, peu de progrès ont été réalisés en soins palliatifs (4 000 lits en 2008 et 337 équipes mobiles) d'où la persistance d'une euthanasie masquée (de 25 à 30 % des décès en Europe) et hypocrite puisque sous couvert des indispensables mesures contre la douleur – licites si elles sont prises sans intention d'abrégé la vie, illicite et condamnable si elles sont prises avec intention. On ne peut admettre l'hypocrisie d'un "traitement sans intention d'abrégé la vie", mais dont on en sait que ce sera l'effet. Les demandes d'euthanasie sont très rares en fin de vie, elles disparaissent quand la prise en charge de soins palliatifs est correctement menée (J.C. Mino).

**b)** celle d'une personne épuisée par la maladie invalidante, mais non mortelle en soi, induisant une perte d'autonomie, un isolement social, qui demande que ses souffrances finissent, appelle à l'aide pour une intervention active de la main même de son praticien ou d'un membre de sa famille. Il s'agit d'un suicide assisté qui ne relève pas forcément d'une question médicale ou d'un "crime au sens légal du terme" mais du droit de mourir dans la dignité.

En dépit des multiples confusions largement induites par une médiatisation déplacée, dans les affaires Humbert en 2003, Chantal Sebire en 2008, l'équation du problème est des plus simples.

- il n'existe pas de droit à la mort - le suicide reste liberté, il n'est pas droit ; le suicide médicalement assisté est un homicide par principe car un acte de mise à mort ne peut être justifié, mais, par compassion, il peut y avoir exception d'euthanasie soumise à une évaluation médicale, à une autorisation juridique (sans évidence éthique). Le Ministère public, en cas de suicide constaté, peut ne pas déclarer les



poursuites au “motif de ne pas perturber l’ordre public”. La Cour d’assise du Val d’Oise a acquitté le 9.4.2008 une mère qui avait donné la mort à sa fille de 26 ans, handicapée à vie à 90 %, d’un âge mental de 5 ans, emmurée dans un corps atrophié.

Sur ce sujet, deux conceptions s’opposent

- celle des militants de la dépénalisation du suicide assisté, dépénalisation obtenue aux Pays-Bas 1933 cas en 2005, en Belgique depuis 2002 et Luxembourg en 2008 ; acte toléré en Suisse sans législation (Association Exit).
- celle de la France, vue à la lecture du rapport récent de Marie de Hennezel : les médecins ignorent trop souvent les bonnes pratiques de fin de vie. Sept sociétés savantes médicales ont déclaré être opposées à la dépénalisation de l’assistance au suicide. Dans un texte publié le 8.4.2008, ces soignants affirment que donner la mort ne relève en aucune façon de la compétence du médecin. Cependant des équipes médicales estiment que la solution la plus humaine serait de transgresser la loi et de fournir une aide au terme d’une évaluation sérieuse, à un malade atteint d’une maladie incurable entraînant des souffrances intolérables, ayant envisagé une démarche consciente et répétée. La décision d’exception d’euthanasie pourrait être prise exceptionnellement au cas par cas, par une Commission Médicale attentive à dérives et détournements telle que la proposition nordique d’étendre cette pratique à des malades atteints de dépression grave ou de problèmes comportementaux.

- Les religieux juifs et catholiques s’opposent très nettement à tout acte d’euthanasie. Ils préfèrent s’en remettre au développement de soins palliatifs ; ils toléreraient si nécessaire l’application d’un traitement qui puisse avoir pour effet d’abrégé la vie sans que cet abrégement soit recherché. Le Cardinal Vingt-Trois devant l’Assemblée de la Conférence des Evêques de France a dénoncé la campagne médiatique sur le cas Sebire orchestré, dit-il, pour faire passer le sentiment d’une urgence à légaliser l’euthanasie. Les protestants s’inquiètent d’une loi qui donne la liberté de tuer et préconisent les soins palliatifs. Les musulmans partagent avec les catholiques et les juifs l’idée que celui qui donne la mort c’est Dieu, donc la mort ne peut être provoquée et son heure avancée.

### **III – Troisième champ d’échange et de confrontation entre religion et médecine : celui couvert par la bioéthique, la biomédecine**

**III-1 – La morale énonce des valeurs et des principes non négociables** que l’on s’efforce d’appliquer à la diversité des situations humaines. L’action dictée par un impératif s’impose de façon catégorique, la conscience agit par devoir sans réflexion personnelle préalable (pour le bien contre le mal).

. L’éthique dans la traduction philosophique se fonde sur la morale, mais de nos jours l’éthique a subi une modification profonde, elle cherche pragmatiquement à retrouver la loi morale sans jamais l’atteindre ; elle repose sur un simple consensus

d'opinions collectivement admises et susceptibles de varier en fonction de critères que l'on déclare recevables s'ils ont été soumis à une approbation collective face à un dilemme en jeu. (1)

Selon Ricœur "l'intention éthique" est "quelque chose sur le chemin de la loi morale mais bien en amont". Entre la technique réalisable et la morale souhaitée, l'espace est étroit où l'on tente de résoudre les questions à plusieurs inconnues multiples de la bioéthique. (2)

Le "questionnement éthique" pourrait être fondé sur des positions définissables, consistantes, sources d'arguments, mais aussi incompatibles.

\* la position religieuse des dignitaires de l'église catholique : la vie humaine, créée par Dieu à son image est sacrée, l'alphabet et la grammaire du livre de la Vie ne peuvent être modifiées, l'embryon et le fœtus sont personnes potentielles.

\* la position humaniste privilégiant le pouvoir de l'homme et de sa science susceptible de transformer l'espèce, de l'améliorer et de maîtriser la nature "Homme peut être Dieu pour l'homme".

Plus rarement un troisième critère d'ordre écologique a été proposé : protection de la vie dans sa diversité, son intégrité.

\* Ces différences de conception, ces opinions divergentes, conduisent à des prises de position opposées, contradictoires par rapport à la médecine, aux sciences, tout en étant les unes et les autres valablement argumentées et justifiées donc recevables. Elles seront confrontées aux réalités sociales, aux lois existantes, instrument toujours peu nuancé et exposées à servir d'alibi à des intentions politiques ou à des idéologies dominantes.

### **III-2 – Au temps de la conception – des situations conflictuelles**

**III-2.1** – Le premier problème est inhérent au développement rapide des technologies de l'Assistance médicale à la procréation (A.M.C.) en vue de réduire les stérilités. Demandons à l'occasion d'une vaste réunion de famille quelles ont été les conditions de naissance de chacun : des scénarii diversifiés !

- conception naturelle, sans assistance, d'un père et d'une mère biologique formant couple

- conception artificielle par insémination de gamètes parentales du conjoint (hors sexe)

- conception artificielle par fécondation in vitro (hors corps) avec les gamètes des parents (50 000 tentatives de F.I.V. par an en France pour 20 000 couples, pour 12 000 naissances après un difficile parcours)

- ont pu être négligées les fécondations hétérologues par gamètes anonymes offertes ou vendues, les conceptions hors parents dans utérus prêté au terme d'un long tourisme (génétique).

En France la pratique des mères porteuses est interdite, aux idées que l'on ne peut renoncer à sa qualité de mère et que l'enfant ne peut faire l'objet d'une cession par contrat. Les enfants nés à l'étranger n'ont ni état civil, ni filiation (récemment 7 ans de procédures ont été nécessaires pour l'obtention d'un livret de famille).

\* Le Sénat (25/6/08) a étudié une législation de mères porteuses, une réforme qui bouleverserait les fondements de notre système de filiation qui est la base de notre identité, une gestation ouverte aux couples hétérosexuels en âge de procréer en vie commune depuis plus de 2 ans, l'un des parents étant parent génétique. Cette question fera l'objet d'un examen dans le cadre de la révision des lois de bioéthique (2009).

\* Les opinions à ce jour restent très opposées et déjà très médiatisées. "Une mère porteuse fait un cadeau, la loi devrait prendre toutes les précautions pour éviter tout risques de dérive" mercantile (E. Badinter). Légaliser la gestation pour autrui au service des couples infertiles est une forme de prostitution (C. Eliach, R. Frydman)...

\* Une pratique de procréation qui s'oppose à la loi naturelle est le motif évoqué pour justifier ces décisions de refus. L'extension de l'usage des techniques d'assistance médicales à la procréation au-delà des couples stables composés d'un homme et d'une femme ne sont pas souhaités.

Les religions répondent différemment à l'A.M.C. (Tableau). En résumé seuls les catholiques ne tolèrent pas l'insémination, la Fivete homologue est généralement admise sous condition du respect d'embryons ou de nécessité médicale. Par contre les fécondations hétérologues sont partout refusées.

. Dans l'A.M.C. d'autres biotechniques en cours de développement vont créer des inquiétudes supplémentaires dans certaines sphères religieuses et civiles

- le commerce de sperme pour aider les couples qui ne peuvent faire d'enfants, paillettes disponibles à 112 euros, sans intention d'eugénisme (donneur pas plus de 25, pour éviter consanguinité, collecte conservation sperme avant traitement stérilisant), non autorisé en France.

### **III-2.2 – Les tests de sélection**

**a) un test de dépistage précoce du sexe** permettant de connaître le sexe d'un enfant à naître dès la sixième semaine de grossesse commercialisé par DNA Worlwide américaine, commercialisé aux U.S.A. depuis 2 ans. Test biologique prénatal du sexe, interdit en France en dehors de risques familiaux, sa commercialisation aurait pour effet sur la pratique de l'IVG menant à des avortements de bébés de "mauvais sexe". C'est le danger du diagnostic prénatal : en Chine, aux Indes, le recours à l'échographie pour la pratique d'avortements sélectifs en fonction du sexe pose un sérieux problème démographique.

**b) test de sélection pour tri d'une anomalie génétique contre les erreurs de la nature**

Certains couples ont bénéficié d'un diagnostic prénatal ou préimplantatoire (DPI) visant à reconnaître avant la naissance l'existence d'un risque génétique, un diagnostic pouvant être à l'origine d'une interruption médicale de grossesse (IMG) (mucoviscidose, amyotrophie spinale, trisomie), l'intention étant de faire naître un enfant sain dans une famille à risque génétique grave et incurable (mucoviscidose, chorée, hémophilie, handicap mentaux, trisomie).

La plupart des religions tolèrent ces diagnostics génétiques sous condition précise de ne pas “exclure la vie”. C’est cependant à quoi ils conduisent souvent, logiquement.

Les abus d’utilisation du DPI (La mise en œuvre du DPI sur des critères de plus en plus mineurs), doivent être maîtrisés par de strictes utilisations de ces techniques. Devrait être menée, en préparation aux états généraux de la bioéthique (2009), une évaluation honnête des conséquences morales, sociales, d’un élargissement (par exemple) à la recherche des prédispositions à certains cancers et maintenu le refus de toute forme d’eugénisme.

Rapport Stopper-Lyonnet – 09.04.08 – Prédispositions cancer colon, sein, ovaire

Le recours sans frein au DPI invite à la recherche de l’enfant parfait et à la formation d’un homogeneticus universel.

Ces “avancées” de la biologie, de la génétique, appliquées à la médecine de dépistage nourrissent de sérieuses inquiétudes.

“Faire dire à la science (pratique du DPI) qui pouvait vivre et qui ne devait pas vivre”.

. Renforcer l’idéologie confiante d’une science triomphante, conquérante, en mesure d’obtenir et de donner sens à tous les progrès.

Une science qui prend le pouvoir sur la réflexion et parfois engage la décision politique. Une réflexion qui engage nos conceptions de la vie, sur la normalité, sur la perception du handicap, sur les risques d’un nouvel eugénisme.

### III-3 – Bio-technologies en expérimentation :

**III-3.1** – La question du clonage humain n’est pas sans rapport avec celle de la définition de la personne humaine. Selon l’expression de Bernard Debré “le clonage est-il l’avenir de l’homme ou sa perte”.

En quoi consiste-t-il : l’objet d’un clonage en général est de créer des embryons strictement conformes à un être déjà existant à les réimplanter dans une matrice et à produire un “bébé” clone. On a cloné Dolly en 97, veaux souris cochons en 2000, chat en 2002, cheval en 2003, chien en 2005, primates macaques en 2007. Par affection, vous pouvez pour 100 000 € faire cloner votre chien favori récemment décédé.

La finalité de l’opération est double.

\* le clonage à visée reproductive, mais chez l’homme la création d’un être humain en double est radicalement condamné dans l’espèce humaine : au refus d’un nouvel eugénisme, d’une post humanité délivrée de la mort par une technique rédemptrice.

\* le clonage à visée thérapeutique, source de cellules souches embryonnaires.

### III-3.2 – La saga des cellules souches.

\* Cette technologie a permis de créer des embryons humains sur lesquels ont été prélevées des cellules souches embryonnaires pouvant être secondairement orientées vers différentes identités tissulaires.

Ce clonage est légalisé dans 9 pays au monde dont 4 en Europe (Royaume Uni, Belgique, Suède, Espagne depuis juin 2007) et Japon, Australie, Israël, Corée, Singapour, en particulier la création in vitro d'embryons humains sert (à des fins scientifiques).

\* Du Vatican, à l'occasion du Congrès International sur le thème de cellules souches organisé en 06.2007 par la Fédération des Associations médicales catholiques et l'Académie Pontificale pour la vie au sujet de la création de lignées de cellules souches à partir d'un embryon issu de la fécondation in vitro sans que celui-ci soit détruit, le Président de l'Académie condamne cette technique au motif qu'elle imposait une manipulation inacceptable d'un embryon humain inacceptable. Cette condamnation se fondait sur le fait que "la cellule totipotente embryonnaire aurait pu être à l'origine d'une naissance humaine après implantation dans un utérus de femme" et ne porte pas sur la technologie en elle-même.

. Les opposants ou réticents craignent de plus la dérive d'une création d'embryons médicament "chose qui ne porte aucun projet de vie" et pourrait entrer dans une logique commerciale.

La maxime kantienne souligne que "tout être humain doit être considéré comme une fin en soi, jamais comme un moyen".

\* Le moment des chimères

En raison de déficit d'approvisionnement en ovocytes humains, les cellules souches ont été produites à partir d'embryons hybrides homme-animal, cellules chimériques bi-espèces. Chimère est utopie et monstre mythologique à tête de lion et queue de dragon, en biologie il serait un organisme fermé artificiellement à partir de deux cellules d'espèces différentes constitué d'un génome humain couplé à une machinerie cellulaire animale.

La création d'un hybride homme-animal est une frontière qui avait été interdite dans le domaine des biotechniques parce que la dignité humaine est compromise et qu'au travers de ces fécondations existe la possibilité de créer des monstruosité. Cette violation dans le domaine de la nature justifie une condamnation morale totale. (1 % seulement de l'ADN de ces embryons chimiques sont cependant d'origine animale).

\*"Actes monstrueux dirigés contre la dignité de la vie" : le Vatican a aussitôt réagi à la déclaration du gouvernement britannique le 17.5.2007 d'autoriser la création de chimères à des fins de recherche, (y compris des chimères de courte durée de vie (14 jours) et non implantable dans utérus humain). L'Agence de la bio-médecine a été saisie des conséquences de cette possible création qui a fait l'objet d'une large consultation en Grande-Bretagne.

\* L'Islam, au-delà de l'interdit portant sur les recherches jugées immorales, dangereuses, non justifiées, pose la problématique associée aux innovations techniques : clonage embryonnaire humain, reproduction contre nature, ne peut être licite car artificiel, extérieur à la volonté créatrice de Dieu ; on ne peut transgresser la loi qui est vérité pour des raisons humanistes. "C'est Dieu qui crée l'homme et non la science".

\* Le temps de l'accord

Cette controverse éthique a été bouleversée en 06/2007 lorsque le Vatican a été séduit par un travail sur les cellules souches qui supprime le problème moral. Il n'est plus nécessaire d'immoler des embryons humains pour faire progresser des recherches : sans besoin ni d'ovocyte, ni d'embryon existe la possibilité d'obtenir la déprogrammation des cellules somatiques en cellules pluripotentes et non totipotent pour la reprogrammation de différents tissus ou organes.

Les biologistes voient dans la maîtrise des cellules souches humaines l'une des avancées majeures de la médecine du XXI<sup>ème</sup> siècle et la réponse thérapeutique à des affections dégénératives. Il a été déjà possible de créer des neurones à dopamine qui, expérimentalement sur la souris, améliorent la maladie de Parkinson, espoir pour 100 000 parkinsoniens français. Il convient cependant de tempérer l'enthousiasme médiatique, nous ne sommes pas prêts actuellement à guérir la maladie d'Alzheimer... ou le diabète bien qu'il soit déjà possible de transformer des cellules souches en cellules produisant de l'insuline.

Pour le moment, les essais cliniques ont été réalisés avec les cellules souches embryonnaires et les cellules souches obtenues de la moelle osseuse ou du cordon ombilical, mais le rendement de production de ces dernières est faible et leur différenciation en cellules tissulaires plus aléatoire (Congrès Marseille 5/2008).

**III-3.3** – Et encore... ! le plus surprenant est à venir : corriger la vie grâce à un "outillage" d'ingénierie génétique de plus en plus innové et performant :

Pratique de la transgénése :

- possibilité d'opérer la partie anormale d'un message génétique (saut d'exon) et de restaurer une protéine en opérant le gène responsable ou assurant son remplacement par un gène ARN ciblé (mutation corrigée chez la souris myopathe ou rendue drépanocytaire) (réparer)
- possibilité de corriger certaines anomalies du génome humain en "greffant" au sein de certaines cellules cibles d'une personne malade des fragments d'information génétique afin de corriger les effets pathologiques d'une mutation à l'origine d'une affection. Les premiers résultats d'une thérapeutique génique contre l'amaurose de Leber, une des principales causes de cécité, chez l'enfant sont prometteurs (4.2008).

Plus de 40 essais cliniques portant sur 30 maladies sont en cours par "thérapies géniques ou cellulaire, voie vers une véritable chirurgie du gène" (Nau).

Il s'agit ici de nouvelles thérapeutiques apportant un bénéfice ou une guérison à des malades. Par contre, des dérives quant à leur utilisation non thérapeutiques restent préoccupantes :

- A des fins non thérapeutiques, il est possible d'intégrer des gènes ayant de nouvelles potentialités prometteuses pour améliorer un patrimoine génétique.
- L'intégration d'un gène spécifique dans le patrimoine hématoblastique d'un individu pourrait être détournée à des fins de dopage par exemple.
- La transgénése d'un embryon devant donner naissance à un enfant transgénique qui aurait un patrimoine héréditaire volontairement modifié en vue par exemple d'améliorer des performances physiques, cognitives.

Un premier embryon humain transgénique a vu le jour aux Etats-Unis 21.2.08 par intégration, au sein du génome d'un embryon humain, d'un gène dirigeant la synthèse d'une protéine aux propriétés fluorescentes. La question d'un transfert du gène au sein de cellules de lignées germinales réalisées chez le poulet et la souris, est-elle acceptable chez l'homme ?

### III-3.4 – Nouveaux horizons

a) Plus surprenant encore : créer la vie “On se met à jouer à Dieu de manière inconsidérée au regard des valeurs que le droit a voulu couler dans le bronze” (Martin) : “L'homme possesseur de la nature” de Descartes. Homme démiurge – ni Faust ni Frankenstein mais une réalité de pouvoir créer par ingénierie génétique de nouvelles séquences du génome.

Craig Venter vient de créer un génome synthétique d'une bactérie d'une espèce donnée par connexion de ses milliards de composants d'un chromosome artificiel qui peut être fonctionnel, opératoire et intégré dans une bactérie d'une autre espèce lui conférer des propriétés nouvelles donc la dénaturer (souvenir de la lecture : les animaux de Vercors).

Donc de nouvelles inquiétudes au-delà de l'humain. Nous connaissons l'homme avec ses pilules du bonheur anxiolytiques et antidépressives garantissant un suivi de bien-être. “Le corps sort de la nécessité pour entrer dans le possible” réparable, améliorable, transformable jusqu'à perdre sa nature. C'est le rêve de surhumanité, de l'homme bionique, de l'Hominescence de Michel Serre, pour autre chose. La nature humaine devient un souci moral.

Quels nouveaux horizons biologiques de l'espèce humaine ? Sa déconstruction, portant atteinte à ses caractéristiques essentielles – quant à la filiation des individus, à une survivance illimitée –, conduit à une post-humanité, traduite en bioterrorisme par Fukuyama ou terrorisme ontologique par Al Tsala Mbani.

Benoît XVI à la tribune de l'O.N.U. en avril 2008 a critiqué la manière dont sont utilisés les résultats de la recherche scientifique dont certaines applications représentant une violation évidente de l'ordre de la Création, en contradiction avec le caractère sacré de la Vie, faisant allusion aux manipulations génétiques et aux recherches sur les cellules souches d'embryons, condamnées par l'Eglise.

b) Hors du domaine de la génétique, de nouvelles inquiétudes : selon B. Stiegler “l'hypermatérialité et les psycho-pouvoirs investissent de nouveaux champs, largement invisibles, qui vont des nano-structures aux fondements neurologiques de l'inconscient en passant par les biotechnologies”.

- l'utilisation en médecine de nano-dispositifs autonomes et responsables pour des diagnostics ou traitements, vecteurs marqués, pénétrants, de médicaments, de molécules actives ciblées pour des prothèses compatibles avec le vivant. On craint que cette utilisation ne soit l'occasion de s'orienter vers des prétentions d'amélioration (enhancement), d'un glissement vers des techniques d'amélioration pour un long terme : “rêver à la transformation de l'homme”. Toute “création à l'échelle de l'atome peut être interprétée comme une tentative de se substituer à Dieu”. Tel est l'avis partagé avec les religions par 20 % des scientifiques.

- la prise en considération des avancées spectaculaires des neurosciences. Au-delà de l'objectif de dépister ou de soigner, en perspective, s'affiche déjà celui d'améliorer des performances physiques ou intellectuelles, de modifier des comportements végétatifs (sexualité, sommeil) ou cognitifs (mémoire, humeur). Que penser d'un indicateur biologique de dangerosité, de la carte d'activité cérébrale de la violence établie par l'imagerie cérébrale ?

#### **IV – Offensives et ingérences des religions**

\* Les religions sont fidèles à leurs croyances, leurs dogmes, leurs principes assurant la défense contre les atteintes, les violations du corps humain, contre les atteintes à la vie, contre les "avancées" scientifiques qui par leur utilisation facilitent ces atteintes :

. Elles sont attachées sans compromis à ce qui est naturel, incontournable, sacré parce que conçu par "Dieu", à une Vie, aussi sacrée, dont nul ne peut disposer, inquiète vis-à-vis d'une science qui voudrait se donner le pouvoir de déconstruire et reconstruire l'homme pour l'améliorer... ou le soumettre.

C'est un aspect bienfaisant de leurs actions que d'être socialement vigilantes, opposées aux excès, que d'être conservatrices de valeurs et de participer utilement au développement humain des communautés et à l'enrichissement spirituel des personnes.

\* En marge des utiles concertations avec les autorités politiques et sociales, elles pensent devoir intervenir plus directement

- en provoquant des actions spectaculaires de mobilisation des croyants en particulier "les marches pour la Vie" :

. au Portugal les manifestations massives de Lisbonne contre "l'avortement libre devenu simple contraception" soutenues par une Eglise très conservatrice et de grande influence, avec menace d'excommunication ("le vote est secret mais Dieu voit tout") avec campagne "terroriste" (maman comment as-tu pu me tuer ?) émotionnelle.

La dépénalisation est pourtant souhaitée par 60 % des votants au référendum de février 2007 (participation de 43 %) dans un pays où en 2005 on comptabilise 18 000 avortements clandestins, 12 000 urgences hospitalières, 6 % de séquelles. Le 24 mai 2008, les chars sonorisés de la Christan Pride à la française ont investi l'espace public à Paris – Lille – Bordeaux, pour clamer l'espérance évangélique.

- en menaçant d'excommunication les hommes politiques favorables à la dépénalisation de l'avortement et de l'euthanasie (Portugal et Espagne) et de "péché capital" les actes de manipulations génétiques (proposition de Monseigneur Girotti, chargé par Benoît XVI d'actualiser la liste des sept péchés).

- en prenant des mesures financières de rétorsion contre Amnesty Internationale, au motif d'une information sur un spermicide, contre l'Unicef, au nom d'une conception de la dignité humaine et pour la défense d'un embryon sacralisé, une polémique médiatisée en novembre 2006 contre le Téléthon.



- en menant une politique d'ingérence dans les affaires politiques (folklorique élection présidentielle USA., élections espagnoles...) au risque d'un effet boomerang d'être secondairement instrumentalisé par les pouvoirs politiques (Islam). 65 % des catholiques pratiquants français estiment que les autorités religieuses ne devraient pas prendre position publiquement sur les grands enjeux de société.

- dans une approche patiente et subtile : l'arrêt de la Cour de Cassation a jugé qu'un fœtus né sans vie pourra être déclaré à l'état civil quels que soient son poids et la durée de la grossesse. C'est créer une confusion entre embryon, fœtus, enfant (R. Frydman).

De ce fait, à Rennes, les Evêques de France ont confirmé leurs conceptions d'un embryon à considérer comme une personne donc reposer le problème de l'I.V.G. (manière de la critiquer).

Proposer d'inscrire dans Constitution O.N.U. la condamnation de blasphèmes contre la religion musulmane.

- la volonté expansionniste, le prosélytisme, l'activisme politique développé par certains courants "religieux" dirigés par des pasteurs autoproclamés, achetant des conversions avec des promesses de bien-être, de guérison, entraînent les réactions vives de multiples pouvoirs d'Etat (actuellement en Chine, en Algérie), indisposés par l'action sociale et politique qui en découle et les inquiétudes des Eglises historiques ouvertes au dialogue quant à leur conséquence de donner motif à une intolérance religieuse.

D'autre part, il serait difficile d'accepter l'utilisation des méthodes éducatives violentes de conditionnement adoptées par les "éducateurs" des camps de vacances du Lac au Diable ou des Soldats du Christ (Dakota) rapportées par le documentaire "Jesus Camp" de E. Heidi et R. Grady. Les projets d'ouverture d'école ou de camp en France soulèvent quelques réserves.

\* Si l'on peut comprendre le formalisme strict des forces religieuses conservatrices dans la formation des responsables politiques et leur prosélytisme militant auprès des enfants et des groupes dans la population générale, on a plus de difficultés à saisir l'opportunité et l'intérêt d'une démarche guerrière contre la science en général et contre "l'évolutionnisme" en particulier, une démarche déplacée de nature purement théologique, en l'absence de toute argumentation acceptable.

Le créationnisme scientifique est, au plan de la doctrine, la science de la Création élaborée par des fundamentalistes protestants (1960) sur la base d'une lecture littérale de la Bible, concurrençant la théorie darwinienne de l'évolution.

Dans le monde chrétien. Pie II voyait la théorie de Darwin comme le doigt du démon. Jean-Paul II en 1996 soulignait le caractère hypothétique d'un évolutionnisme non recevable scientifiquement retenant l'idée qu'un principe organisateur serait à l'origine dans l'Univers : un dessin intelligent. Selon Benoît XVI, la "science seule n'est pas en mesure d'expliquer les origines de la vie". L'Islam accepte la théorie de Darwin, les bouddhistes, sans Dieu, sont dispensés d'en discuter. Par contre, les évangélistes se battent pour défendre la théorie du "créationnisme" considérant que la sélection naturelle appliquée à l'homme est inacceptable. Parmi les 10 candidats républicains (U.S.A.), trois ne croyaient pas à l'évolution des espèces.

Les thèses du “créationnisme” et du “New Age spirituel”, motif d’évangélisation, restent des croyances que l’on ne peut laisser, sans réaction raisonnable, se substituer à de solides argumentations scientifiques dans l’approche du réel.

\* Est-il raisonnable (en matière d’I.V.G., d’euthanasie...) de s’engager contre les réalités sociales et sanitaires en pensant résister à l’évolution des mœurs ?

. Les entraves aux décisions de politique de santé.

La Santé publique est-elle l’affaire de la religion ? Les autorités religieuses ont pu réaliser des interventions violentes qui s’apparentent à une intrusion contraignante dans les programmes de santé préétablis : parmi les exemples d’une ingérence préjudiciable.

- des accusations fausses : de vaccins dits “infidèles” accusés de stériliser la jeunesse (au Nigéria islamique)

- des entraves à programmes : les prêches contre l’utilisation du préservatif dans les programmes de lutte anti-Sida, la suppression de programmes d’aide au contrôle des naissances et de la lutte contre Sida, non-conforme à l’idéologie néoconservatrice.

## V – Les enseignements : des causes, des solutions

. L’analyse des relations existant actuellement entre religion(s) et médecine mène à une réflexion sur les causes des situations problématiques et à une tentative de trouver les solutions les plus socialement convenables, d’obtenir une complémentarité d’effets bénéfiques si possible, de parler avec calme et clarté des différences d’opinions et de pratiques.

. Ces conflits entre logique biomédicale et les exigences spirituelles sont les témoins de tensions constitutives d’une modernité” inscrite dans l’extension, le succès du pouvoir technoscientifique et son utilisation. Il existe des contradictions idéologiques entre religion et médecine lorsque les données de la science entrent en conflit avec les valeurs fondamentales de la communauté. (Drapéri)

Les découvertes d’une technoscience foisonnante et innovante peuvent heurter les valeurs morales de notre univers mental, valeurs héritées de notre passé religieux et de notre appartenance laïque.

Sciences et techniques croissent d’une façon exponentielle, par nature les dogmes religieux évoluent lentement de façon linéaire (Bussard)

. Ces sujets de discordes, qui se sont multipliés en France depuis le milieu des années 80, seront de plus en plus fréquents, de plus en plus sévères, voire permanents en raison

- du développement des sciences biologiques et des possibilités qu’il offre à la médecine. Le modèle de renoncement à la mode franciscaine n’est pas adaptable à la science qui est culture, apport de connaissances. Par contre les conséquences négatives des applications scientifiques éveilleront de plus en plus de craintes et de réactions justifiées.

- en raison également du retour en force du religieux dans un monde où l'on avait annoncé son éclipse face à une sécularisation progressive : un élan religieux, conservateur de nature, très attaché à ses dogmes, à ses principes mais animé d'une force nouvelle :

- ainsi la réislamisation forte des sociétés, suscitée par les mouvements islamistes, entretenue par les pouvoirs politiques.

- ainsi la poussée militante messianique animée par l'évangélisme protestant portant très loin sa doctrine conservatrice et manifestant une volonté théocratique, utilisant les pouvoirs politiques convertis pour réaliser ses projets d'évangélisation.

- ainsi dans le monde catholique les exhortes du Pape Benoît XVI opposant les valeurs sacrées du dogme aux "pratiques qui risquent de mettre l'Europe en congé de l'histoire".

Pour limiter ou atténuer ces conflits idéologiques, la religion, entre autres institutions morales, doit avoir la sagesse de reconnaître son champ d'action et ses responsabilités sociales, d'assurer en priorité ses fonctions de vigilance, de résistance aux excès, d'action sociale orientée, sans ingérence volontaire, abusive dans les domaines politiques et scientifiques.

Certes la religion n'a plus le rôle de cadre de référence dans les conduites sociales, n'assure plus seule l'éducation morale de l'ensemble de la société mais garde un rôle de socialisation morale comme institution sociale volontaire et libre.

C'est un des rôles de la religion que de défendre les valeurs fondamentales et sociétales auxquelles elle croit. Elle a raison de veiller à "l'humanité" des avancées scientifiques et de s'inquiéter d'une régression des valeurs morales. Ce rôle est essentiel comme force de régulation, d'attention pour marquer les limites du tolérable et de l'humainement faisable.

Le pouvoir laïque dominant aura mission d'arbitrer équitablement ces différents au nom de la population.

Sans pour autant espérer une solution radicale qui serait soit théocratie soit sécularisation totale, en marge de débats passionnés, les temps récents ont vu s'apaiser certains nombre de conflits, se solutionner certains problèmes qui paraissaient insolubles. Par exemple :

1) des solutions obtenues soit par voie autoritaire par décision politique : le problème du voile, soit par compréhension réciproque dans le domaine de la PMA : l'acceptation de la fécondation artificielle homologue et même hétérologue sous conditions, la production de cellules souches (un exemple d'un conflit apaisé et neutralisé par une réorientation de la recherche, du refus de clonage à la reprogrammation de cellules somatiques adultes)

2) des progrès, quant à l'insoutenable interdit du préservatif face à la tragédie du Sida, de la part d'une partie du clergé sous la pression de la collectivité

. l'Eglise anglicane, par compassion, ne serait plus favorable à l'acharnement thérapeutique sur les grands prématurés handicapés.

3) par contre, un refus catégorique porte sur la législation de l'avortement et de l'euthanasie, sur l'utilisation et les manipulations des embryons humains sur tout projet d'"amélioration de la nature humaine" (enfant parfait, enfant médicament, eugénisme, "homme bionique"), au nom de l'ordre naturel qu'est la famille, la reproduction naturelle, du respect de la vie et d'une certaine conception de l'homme.

Selon le Pr D. Muller (théologie Lausanne), les positions "confessionnelles", les positions "scientistes" ne sont que deux formes symétriques d'intransigeance, elles entretiennent les actuelles polémiques sans résultats. Il serait préférable de favoriser les échanges sans soumission à des impératifs politiques ou religieux et obtenir une compréhension réciproques".

## **B – DANS L'ESPACE PRIVÉ, LIEU DE CONVICTION ET DE RESPONSABILITÉ ; DES ALLIANCES**

**B I –** \* Ce qui vient d'être dit peut être caricaturé (irrespectueusement) sous la forme d'un espace public où le porte-enseigne de la religion serait opposé à un "praticien" (managé par des scientifiques), dans une confrontation, un échange de points de vue, placé sous l'arbitrage d'une autorité "équitable" forcément "positive", face à un public spectateur et participant. Ce public, c'est nous :

\* Dans l'arène des situations contradictoires et multiples, c'est dans l'espace privé que sont traduites et gérées les recommandations d'une macro éthique qui, pensée et réfléchi au niveau des grandes Autorités, est dite en "costume et cravate" (A. Caplan).

Chacun, homme concret, dans l'espace de liberté et de responsabilité qui lui est propre, est amené à traduire, à choisir, à donner et adopter les conduites qu'il estime être les plus satisfaisantes pour lui dans la vie courante, selon ses "intentions éthiques" dans le climat apaisé de sa paix intérieure.

. En lui, c'est symboliquement le "retour du Caducée", l'alliance complice entre les comportements religieux et les pratiques à effets sanitaires, de sa religiosité et de son désir de santé. (3)

. En l'homme concret sont inextricablement noués ce qui relève du transcendantal (l'universel précédant l'expérience) et ce qui tient à la passivité d'une nature qui est affectivité, médecine, vieillesse" disait M. Foucault, et que sont noués ensemble le souci du salut et le désir de santé, désir de santé qui est au cœur de la vie de l'homme.

Ces rapports de solidarité, de complémentarité entre religion et médecine n'ont rien de paradoxal compte tenu de leur origine commune : bien sûr la médecine est née avec la religion, elle s'en est séparée mais reste marquée par cet héritage, (bien sûr depuis la citée hippocratique de Salerne, la charge sacerdotale a été abandonnée à l'indulgence de nombreux saints protecteurs, le regard éploré vers le ciel, mais en chacun de nous l'alliance est flagrante)

Qui sommes-nous devenus en France ?

Ce spectateur a considérablement évolué en homme moderne et même “post-moderne” dans ses rapports avec la religion, la médecine, la science :

. à une génération formée aux idéologies d’une raison triomphante, au pouvoir de l’homme sur la nature, d’une science devant assurer le bonheur, d’une médecine garantissant les guérisons, a succédé, un temps troublé, une période de désenchantement pour des personnes gagnées par l’incertitude, le doute - “les référentiels sont à l’agonie, les croyances se dissolvent” -, un discrédit créé par une critique nihiliste systématique, par les procès des aspects négatifs d’une médecine dite agressive, maladroite ou incapable, par les querelles pour disposer du magistère moral sur la société entre de nombreuses autorités (Etat, religion, politiques, lobby économiques).

Ces évolutions de l’homme sont la conséquence d’un désarroi existentiel face aux incertitudes de la modernité, dans un monde en manque d’espérance et de rationalité dont il veut se dégager.

C’est le temps venu d’une reconstruction personnelle : pour la gouvernance de soi chacun désormais a besoin de se reconstruire avec ce qui a le plus de sens pour lui et lui assure ce qu’il souhaite d’où la force d’un courant subjectif et personnalisé ou les choix sont nombreux quant aux comportements religieux et aux pratiques à visées sanitaires ; reconstruire avec une pluralité de choix d’une part entre les formes de religiosité, d’autre part entre les différentes “manières de se soigner”.

## **B-II – Pluralité des choix**

**a) de la pluralité des choix de religiosité.** Le fait religieux a subi une triple évolution : baisse de la pratique religieuse récemment dénoncée par Benoît XVI, le pluralisme multiconfessionnel, par division idéologique interne d’une religion et la multiplication de courants dérivants tels le néo évangélisme postmoderne protestant, par bouturage de nouvelles “religions exotiques” et l’individualisation du “croire”, favorisant les aspirations spirituelles individuelles. Une évolution du fait religieux qui offre les choix d’une appartenance à une religion instituée dans ses courants originaux ou dérivés en de multiples cultes, d’une religion de tradition dans de multiples expressions, d’une religiosité libérée, chacun devenant l’artisan de sa propre sphère de sens, par subjectivisation des croyances.

### **b) Religiosités et médecines : Les religions de la santé**

Toutes les formes de religiosité intègrent une démarche, une demande de santé, accompagnent souvent simultanément une demande de salut.

\* Les cultes de religions révélées comportent des composantes “thérapeutiques” (prière, pèlerinage, sacrifices) aidant à une guérison. “C’est du très haut que vient la guérison” dit la Bible. De tels objectifs sont clairement intégrés dans les mouvements pentecôtistes par exemple. L’Eglise du Christ de tradition piétiste protestante est fondée sur des pratiques de guérison, d’exorcisme.

Dans le refuge de l’enfermement sectaire<sup>(4)</sup> – dont les effets négatifs sur la santé sont valablement documentés – ou dans des communautés autour d’expériences de type religieux, un des thèmes de prédilection des sectes touche la santé, elles se mobilisent souvent contre les “antidépresseurs”, le lobby pharmaceutique, les vaccins et recommandent des médecines douces et alternatives.

\* Les groupes d'immigrés récents, en acculturation, conservent longtemps les croyances de leur religion traditionnelle : dans l'animisme la maladie est vécue comme une fracture dans les relations avec les esprits de l'ethnie d'origine, le non respect des règles sociales d'où les pratiques de resocialisation, d'exorcisme et de sorcelleries qui ont mérité l'appellation de médecine de la guérison.

\* Dans la conjoncture actuelle, le contexte de disqualification des grands systèmes référents laïques, de perte de l'emprise institutionnelle antérieure a conduit moins à l'athéisme (25 %) qu'à des phénomènes d'hétérodoxie, (à de nouvelles figures religieuses adoptée par 50% d'entre nous).

S'est constitué une nébuleuse mystico-ésotérique complexe, confuse où chacun a pu trouver sa propre voie dans un nouveau climat "religieux" diffus (perte de certaines croyances, syncrétisme psycho-religieux, nouveau déisme, un principe impersonnel pour Dieu et un "choix" pour un au-delà) (25 % des catholiques même croient en la réincarnation)

Chacun investi son mode quotidien d'un sens sur l'existence et construit librement "sa religion en miette" à partir d'un fatras de croyances prises à des sources diverses héritées d'autres religions – à la mode le bouddhisme, la médecine naturaliste chinoise, les nouvelles religions africaines.

**c) De la pluralité des pratiques du soin** et du prendre soin. Elles ont évolués pour les mêmes raisons en se diversifiant, nourries des carences estimées de la médecine conventionnelle, de l'allopathie...souhaitées, en ces temps égotiques, par le désir d'être plus considéré, écouté et plus personnellement traité.

\* 40 % des Français selon Ipsos 2002 ont fait appel une fois l'an à une médecine alternative restée en filiation souvent méconnue avec différents systèmes religieux : ils ont demandé aide pour la gestion du stress, les douleurs, la fatigue, des programmes de nutrition santé, selon des méthodes d'acupuncture et shitsu, inspirée de la cosmologie taoïste au même titre que la médecine chinoise, de massage (Qi gong chinois) de phytothérapie (Ayurveda indonésien), le plus souvent en association avec la médecine conventionnelle ; la pratique d'une médecine duplex étant devenue habituelle.

Certains adeptes sont particulièrement exposés à l'abandon des soins de la médecine officielle et à des pratiques à visée supposée médicale (ablutions, diètes, manipulations, para-médicaments, "pratique d'hygiène", etc.) totalement décodées de toutes données scientifiques, qui appartiennent au monde de l'irrationnel, magico-ésotérique... et trop souvent au monde des Affaires (?). L'appel aux devins, mages, gourous est une pratique banale comme la croyance à la prédestination.

Dans un travail de thèse réalisé il y a une quinzaine d'années, le pourcentage de sujets français ayant consulté un devin était dans la région de Saint-Etienne de 30 %, un Français sur trois. Notre médecine ne peut donc satisfaire toutes les angoisses !

Une attitude qui correspond à un besoin réel de renouer avec une pensée symbolique (symbole est objet séparé d'un fait à lier, à réunir pour avoir connaissance) qui représente le sens profond caché, qui relie son monde visible à l'invisible (relié comme relie la religion).

d'où le retour des horoscopes, de l'astrologie, du besoin de réenchâtement, une manière de se relier au monde par imaginaire, par sensibilité, qualités limitées par le discernement rationnel.

Les formes d'hétérodoxies sont multiples, dans leur rapport avec l'art de soigner

- telle la médecine ancestrale, mariant médecine traditionnelle et cérémonies rituelles liées aux forces surnaturelles (dans les Andes)

- telles les pratiques des "passeurs de baraka", des guérisseurs, Regrada en pays Chiadma au Maroc, sorte d'islam magrébin ayant gardé vivace le culte des saints en contradiction avec le dogme de l'unicité divine.

- telles les fêtes celtiques, survivance de coutumes anciennes, avec ses "druides" les "très savants" théologiens et devins à la croisée du monde des hommes et des Dieux, garants des valeurs encore vivaces et de l'ordre social, le "gui guérit tout".

Nombreux sont les groupes microscopiques non inscrits dans la démarche religieuse pour un travail spirituel, la quête du bien-être, les traitements alternatifs.

Toutes les "religions" sont aussi religions de santé.

### **B-III – Spiritualité et Médecine**

\* Cette floraison de croyances héritées, recomposées, enrichies, a donné naissance à une spiritualité diffuse que chacun, isolé ou en groupe, peut manifester par des prières, par des rites propitiatoires au motif d'une "guérison", thérapie individuelle ou collective dans un "monde de misère". "Je n'ai connu personne au monde qui ne s'appuie sur une foi, une croyance" (Michael del Castillo).

A l'occasion de l'acte médical le soignant s'interroge :

1) la religion de mon malade lui apporte t'elle une aide favorable à l'évolution de sa maladie ?

2) en retour, comment puis-je respecter les besoins spirituels de celui qui s'est confié à moi ?

#### **B-III.1 – La religion soigne t'elle ?**

En 2001 H. Koenig recensait 850 études examinant les liens entre soins et engagement religieux. De façon générale, les études rapportent une qualité de vie et un bien-être mental significativement supérieur pour les patients qui ont une pratique et des références religieuses. Ces faits ont été confirmés chez des patients atteints de cancer, de dépression ou en fin de vie.

La prière est l'expression la plus concrète de la spiritualité des croyants et de ceux qui se déclarent sans religion ou sans préférence de religion. La controverse porte sur les raisons de cet impact. L'effet bénéfique est-il dû réellement à la prière ou à un simple effet psychosomatique ?

L'enquête menée par H. Benson en 2006 sur 3000 opérés du cœur apporte des résultats paradoxaux

- dans le groupe où les malades qui ignoraient si on priaït ou non pour eux la prière des "chrétiens" intercesseurs n'a pas eu d'effet.

- dans le groupe où les malades savaient que l'on priait pour eux, les complications cardiaques ont augmenté de 14 % (anomalies du rythme), comme témoin de l'anxiété de se savoir objet d'attention.

Si la prière n'obtient pas, selon les indicateurs de morbidité-mortalité, de bénéfice réel, elle offre "un soutien moral et social pour aider à vivre et non à mourir" (Dortin), elle favorise le bien-être, offrant le sentiment d'être en communication avec Dieu, donnant sens à la vie et soutien psychologique d'appartenance : une sérénité face à l'adversité.

### **B-III.2 – Quant au respect des besoins spirituels au cours des soins**

L'intégration du droit de mourir dans la dignité a transformé l'accompagnement de fin de vie, montrant comment une revendication d'ordre religieux conduit à modifier l'attitude des soignants et de leur entourage.

Pour aider les malades à gérer des situations difficiles, convient-il d'intégrer aux soins la dimension spirituelle qui est besoin essentiel du croyant et de tout homme ?

Trop souvent le soignant a une représentation des soins plus axée sur le corps et les soins donnés (confort physique, sommeil, compréhension des soins). Pour le thérapeute le corps devrait être un corps "animé" -(sinon il est cadavre disait Philon d'Alexandrie) – sa souffrance est globale dans ses composantes physiques, psychosociale et spirituelle, besoins spirituels existentiels comme faire le point, relire sa vie, sa quête" du sens de la vie et sa croyance en l'au-delà.

Cette spiritualité est question centrale touche à la nature et la qualité de l'accompagnement. Cet accompagnement encore, par place, est-il du ressort exclusif du "spécialiste du culte"? 65 % des patients à maladie incurable et progressive ont des besoins spirituels et souhaitent les partager avec les médecins. C'est pour les médecins (et personnels soignants) un devoir difficile que d'aider à bien mourir (J. Reverzy).

Le soignant devrait donc acquérir un état d'esprit qui n'échappe pas au questionnement fondamental : quelle issue, quel avenir lointain et sur le sens de la vie ? Il est délicat d'accueillir le spirituel de chacun dans l'épreuve, de respecter la satisfaction des besoins spirituels alors que la logique des soins repose sur une conception laïque de l'action de soins et d'accompagnement. A une demande et une confiance, il répondra par un acte savant, en toute conscience, en offrant sa présence, une "manière de faire" en référence à une éthique, dans une rencontre visant à réunifier les soins dans une globalité intégrant la spiritualité, face à des situations de rupture physiologique et existentielle.

\*

\* \*

"Nous ne soignons pas uniquement avec nos savoirs mais aussi parce que nous pouvons être – des êtres humains remplissant la fonction du médecin – c'est dans l'acceptation de l'autre et dans l'acceptation de soi que réside peut être l'intérêt le plus fondamental de notre profession" Dr C. Luthy (Genève).



**NOTES**

- (1) L'éthique est la morale de l'action - Réflexion sur ce qu'est la voie bonne et la meilleure attitude à privilégier associé à l'exigence de spécifier les valeurs sur lesquelles on fonde la décision (la morale, elle, s'intéresse au bien et au mal).
- (2) Bioéthique : ensemble des principes moraux qui guident les applications des sciences de la vie, la pratique et l'art de guérir, les aides ou les entraves à la procréation.  
La technologie n'est pas en elle-même immorale, la science n'a rien d'amoral. L'éthique intervient quand l'homme essaie d'utiliser la technologie pour des buts différents de l'objectif pour laquelle elle a été désignée.
- (3) L'image de l'alliance : le caducée  
Le culte d'Esculape persiste dans notre caducée emblématique évoquant la médecine et datant de 3000 ans avant J.C.  
Bâton d'Esculape symbole de magie et d'autorité autour duquel deux serpents – vie et mort – et le miroir – de sagesse et de secret – insigne du Service de Santé des Armées depuis 1796, entouré des symboles d'Apollon et de Zeus (feuille de laurier de Delphes, feuille de chêne de Dodone : sagesse et majesté), St Côme et St Damien aux frontons de nos Facultés de Médecine.
- (4) Bulletin de l'Ordre des Médecins (4.2008) est consacré aux dérives thérapeutiques du "Phénomène de mode aux sectes".

		AIDE A PROCRÉATION			CONTRE ERREURS NATURE		INTERRUPTION MÉDICALE GROSSESSE	
		Insémination		FIVETE Fécondation in vitro	DPI	DPN		
CONFESSIONS	CONTRA-CEPTION	IAC sperme conjoint	IAD sperme donneur	Hologue	héterologue (dons)			
CATHOLICISME	nature	non	non	non ± si respect embryon	non	non	admis si pas IMG	non si anomalie fœtus - toléré si risque mère -
PROTESTANTISME		admis	+ réserve	admis	admis couples hétéro	admis exception	admis	admis, consentement, si fœtus grave
ÉGLISE ORTHODOXE		admis	non	admis (si pas destruction embryon)	non	non	admis si pas IMG	non sauf cas extrême détresse
JUDAÏSME	+	admis nécessité médicale	non	admis nécessité médicale	non	admis	± cas par cas	admis indication médicale - péril mère + - fœtus, ± (rabbïn)
ISLAM	0	admis	refusé	admis	refusé	admis thérapeutique non sélectif	admis thérapeutique non sélectif	admis, indication médicale - mère + - fœtus 0

. Assistance médicale à la procréation (AMP) : insémination artificielle (57.727), FIV (21.000), ICSI (30 049); congelés (13.539) ; nés 19.026 (2005) (2,4 %)

. Diagnostics génétique pré-implantatoire (DPI) : prénatal (DPN) (80.000), nombre d'IVG 5.000 (erreurs de nature)

. Autorisation (+admis) et interdits (0 refusé) vis à vis de la procréation médicale assistée dans quelques religions monothéistes.