

Supplément au SOP n° 300, juillet-août 2005

**DÉFIS BIOÉTHIQUES
DANS UN MONDE POST-MODERNE**

Communication du père Jean BRECK,
professeur à l'Institut de théologie orthodoxe Saint-Serge (Paris),
présentée au 1^{er} congrès orthodoxe de Grande-Bretagne –
« *L'orthodoxie en Occident : aujourd'hui et demain* »

(Swanwick, Derbyshire, 6-9 août 2004)

Document 300.B

DÉFIS BIOÉTHIQUES DANS UN MONDE POST-MODERNE

Je voudrais, pendant ces quelques instants, évoquer quelques-uns des grands défis bioéthiques d'aujourd'hui et suggérer aux prêtres et aux laïcs orthodoxes des manières d'y répondre avec justesse. Le nombre et la complexité des questions éthiques qui se posent à l'Église et à son ministère sont tels que je devrai me cantonner à quelques problèmes majeurs qui surgissent fréquemment en bioéthique, cette science qui fait appel, entre autres, à des technologies affectant directement la vie humaine, en particulier à son début, ou lors de sa fin.

Comment l'Église doit-elle répondre aux terribles défis que posent les avancées récentes dans le domaine naissant de la technologie médicale ? Comment nous, les pasteurs et les autres membres du Corps des croyants, devons-nous faire pour proposer des réponses pertinentes et sûres à des questions qui, jusqu'au milieu du siècle passé, n'avaient jamais été posées : sur la procréation médicalement assistée, sur l'expérimentation à partir de l'embryon humain, la manipulation du génome humain, et à l'autre extrémité du spectre de la vie humaine, sur l'euthanasie, le suicide assisté, la transplantation d'organes, et le traitement de la douleur chez les patients en phase terminale ?

La plupart d'entre nous n'ont pas de véritable formation médicale. Aussi nos moyens sont-ils très limités pour évaluer les implications morales de la « médecine nouvelle » d'aujourd'hui. Les embryologistes continuent à diverger sur le moment auquel commence véritablement la vie humaine (lors de la fécondation, de l'implantation, de la stimulation, de la naissance, ou même plus tard ?) et sur ce que cela signifie pour la manipulation de l'embryon humain. Les généticiens découvrent de nouveaux procédés pour contrôler l'expression des gènes, nous offrant le choix du sexe ou d'autres possibilités de création de « bébés sur catalogue ». Les neurologues inventent des techniques toujours plus sophistiquées pour bloquer les voies nerveuses afin de soulager les patients souffrant de douleur chronique. Et les gérontologues scrutent les télomères chromosomiques et d'autres phénomènes affectant le processus du vieillissement, dans leur effort pour allonger la vie humaine d'un tiers ou plus de sa durée.

Ce sont des spécialistes hautement qualifiés, et nous n'en sommes pas, pour la plupart d'entre nous. Mais notre avis de prêtres ou de laïcs engagés est souvent sollicité – par les professionnels de la médecine, par les malades et leurs familles, et par le grand public – sur les conséquences morales de telles ou telles recherches. C'est une gageure intimidante, qui exige de nous que nous nous tenions toujours plus informés de la technologie médicale et de son potentiel de bien ou de mal, tout en ancrant toujours plus profondément notre réflexion dans l'Écriture sainte et la sainte Tradition. L'Écriture et la Tradition ne nous donneront pas de réponses immédiates aux questions sur l'usage de technologies médicales nouvelles spécifiques. Mais elles nous fourniront la perspective – « l'esprit ecclésial » – nécessaire pour porter des jugements moraux et proposer une direction pastorale à ceux qui sont engagés en première ligne dans ces problèmes cruciaux qui nous affectent depuis la naissance jusqu'à la mort.

Technologie biomédicale et sens de la personne

La technologie biomédicale s'est énormément développée au cours de ces dernières années : elle offre de nouvelles possibilités de guérison, mais menace aussi d'une manière nouvelle notre équilibre de vie. Deux domaines sont particulièrement importants, surtout à la lumière d'une législation récente qui approuve des pratiques qui présentent pour la vie humaine un danger sérieux et immédiat. Cela concerne : 1) la manipulation de l'embryon humain et 2) les soins en fin de vie. Je voudrais énoncer brièvement les problèmes éthiques fondamentaux qui se posent dans chacun de ces domaines. En même temps, je voudrais suggérer des moyens pour que, en tant que prêtres et laïcs orthodoxes, nous puissions nous exprimer sur ces problèmes dans la fidélité à la Tradition, tout en proposant des conseils adéquats à ceux qui s'efforcent de prendre des décisions sur la vie et la mort en accord avec la volonté de Dieu.

Envisagée selon le christianisme orthodoxe, toute recherche sur l'être humain, et tout traitement des malades en phase terminale, devraient être guidés par la notion chrétienne de la personne humaine créée « à l'image de Dieu ». C'est-à-dire que les décisions concernant un comportement juste ne peuvent se prendre qu'en se fondant sur la *théologie*. Dieu seul détermine le sens et la visée ultime de la vie humaine. Et donc, Dieu seul fournit le cadre qui nous permet de porter des jugements moraux sur la technologie médicale et sur la manière dont elle traite les personnes humaines.

Dans le monde actuel post-moderne et hautement pluraliste, ce genre d'affirmation a un petit air sectaire et rétrograde, voire absurde. Comment pourrions-nous, en tant que chrétiens, imposer nos critères de conduite morale à une société qui les a abandonnés pour un relativisme philosophique qui rejette l'existence même de valeurs et de vérités absolues ? D'ailleurs, comment pouvons-nous même parler d'une « perspective chrétienne » en matière de jugements moraux, alors que les chrétiens de cultures confessionnelles différentes ont des opinions très différentes sur la façon d'interpréter les Écritures et la tradition de l'Église primitive, et sur la façon d'appliquer ces interprétations à des cas spécifiques ?

Étant donné cette diversité des points de vue, nous ne pouvons, en tant que chrétiens orthodoxes, que témoigner de ce que nous savons et tenons pour vrai. Cela veut dire que nous nous tournons vers la sainte Tradition avec la conviction que Dieu a révélé sa volonté, et continue à le faire, dans et par ces sources traditionnelles qui servent de base à notre foi : l'Ancien et le Nouveau Testament, les premiers enseignements patristiques, la liturgie de l'Église, etc. En d'autres termes, dans ce monde post-moderne, nous devons nous en tenir, avec une conviction et une détermination inébranlables, à « la foi transmise aux saints une fois pour toutes (*té hapax*) » (Jude 3).

Un tel engagement peut paraître aller de soi. Le terme « post-moderne », après tout, désignait au départ l'abandon de tendances « modernistes » – en art, littérature et dans la culture en général – pour revenir à des valeurs plus traditionnelles. Ces dernières années, cependant, le sens du terme a évolué, « post-modernisme » se rapprochant de « relativisme ». Il implique fondamentalement un rejet des valeurs et des vérités absolues et objectives, et entretient l'opinion selon laquelle toutes les interprétations subjectives de ce qui est bien ou mal sont d'égale valeur. La notion qu'a une personne de ce qui est bien, ou de ce qu'il convient de faire dans telle ou telle situation donnée, est aussi valable que celle de n'importe quelle autre personne, quelle que soit cette notion. Si, selon moi, la vie humaine ne commence réellement qu'à la naissance, je suis libre de disposer des fœtus selon mon bon vouloir, sans aucune conséquence morale. Votre conviction que la vie est sacrée dès la conception est peut-être importante pour vous, mais vous n'avez aucun droit de me l'imposer à moi.

C'est la même chose pour les malades infirmes ou en phase terminale. Si je sens que ce serait mieux pour eux d'être morts, je n'ai aucun tourment moral à pratiquer sur eux l'euthanasie. Si je peux persuader les tribunaux et le public d'être d'accord avec moi, mon point

de vue relatif se voit fournir un cadre légal. Le résultat est une législation comme celle qui a conclu le procès *Roe contre Wade* (Texas, 1973), en approuvant l'avortement sans restriction, et la *Mesure 16* prise en Oregon, qui autorise le suicide assisté par un médecin. Ces deux mesures, très populaires dans la « culture de mort » actuelle, battent en brèche les points de vue traditionnels sur le caractère sacré de la vie.

Un consensus grandissant : éliminer la souffrance par tous les moyens existants

Quelque rétrograde que cela puisse sembler, notre responsabilité devant Dieu et notre prochain, dans ce monde post-moderne, est néanmoins de préserver et de proclamer précisément « la foi transmise aux saints une fois pour toutes ». La principale question éthique qui se pose à nous est simplement de trouver comment appliquer les données de cette foi dans des situations spécifiques concernant le début et la fin de la vie humaine.

Quand les lois du marché gouvernent les soins médicaux et la recherche médicale comme elles le font aux États-Unis, le potentiel de thérapies innovantes n'a d'égal que le potentiel d'abus. Au cours de ces quelques dernières années, par exemple, des voix laïques, dans le monde médical ou pharmaceutique, de concert avec une grande partie des médias, ont essayé de nous convaincre que l'embryon humain, surtout aux premiers stades de sa croissance, avant l'implantation, est moins qu'une personne humaine. L'embryon, affirment-ils, doit être considéré comme un simple tissu humain, ne pouvant prétendre à l'identité individuelle, et, a fortiori, à la protection légale. C'est là un simple prolongement du raisonnement qui sous-tend le mouvement en faveur de l'avortement. Si un fœtus peut au-delà du sixième mois subir un avortement sans conséquences éthiques ou légales, on ne peut que raisonnablement en conclure que les embryons peuvent être créés ou détruits en toute impunité. Un consensus grandissant voit dans cette conclusion une évidence, vu l'utilité potentielle des cellules souches embryonnaires pour créer des thérapies médicales applicables à une grande variété d'affections neurologiques ou autres. Et même si les embryons peuvent être considérés comme une vie humaine commençante, disent les gens, n'est-il pas plus raisonnable – et plus acceptable sur le plan éthique – d'utiliser leurs cellules souches pour soulager la souffrance d'innombrables patients souffrant de la maladie de Parkinson ou d'Alzheimer, même si le prélèvement de ces cellules détruit inévitablement, c'est-à-dire tue, l'embryon ?

Des considérations du même ordre modifient la façon dont nous considérons et dont nous traitons les infirmes et les malades en phase terminale. Dans un monde qui voit de moins en moins le sens de l'existence, où le confort et le divertissement sont, le plus souvent, les buts premiers, la souffrance, qu'elle soit physique ou émotionnelle, est considérée comme « le dernier ennemi » à abattre. Dans un tel monde, la seule chose sensée – la seule attitude raisonnable ou compatissante – c'est d'éliminer la souffrance par tous les moyens existants, y compris l'euthanasie des handicapés et des infirmes. Le résultat inévitable est la légalisation de tout acte depuis l'avortement sélectif dans les grossesses multipares jusqu'au suicide médicalement assisté. Là aussi des considérations économiques ont contribué à l'affolement du pendule. Si nous pouvons légalement mettre fin à la vie humaine à n'importe quel moment, depuis le sein maternel et jusqu'au lit de mort, nous pouvons, en toute impunité morale, recueillir des organes sur les pas-tout-à-fait-morts, et épargner aux familles les charges financières et émotionnelles qui vont de pair avec l'éducation d'un enfant handicapé, ou les soins en fin de vie d'un parent très âgé. N'est-ce pas plus raisonnable – et plus éthique – de pratiquer l'euthanasie, c'est-à-dire de tuer un enfant profondément infirme ou un adulte dans le coma, plutôt que de les laisser souffrir et de faire payer aux autres la facture ?

« Nouvel eugénisme » et euthanasie active

Tel est le raisonnement post-moderniste qui a produit le « nouvel eugénisme » d'aujourd'hui. Du point de vue du christianisme orthodoxe, la réponse à ce raisonnement est sans ambiguïté, bien qu'elle aille très fortement contre la mentalité dominante de la culture actuelle. Dans l'épître aux Romains (3,8), l'apôtre Paul pose le principe éthique fondamental qui oriente le point de vue de l'Église sur la question : « *Nous ne devons pas faire le mal en comptant qu'un bien en résulte.* » Une conséquence bonne ne justifie pas une action immorale.

Du point de vue de l'Église, détruire une vie embryonnaire, c'est détruire une personne humaine. Même si nous considérons le bien potentiel qui pourrait être tiré des cellules souches embryonnaires, le prélèvement de ces cellules, dans la mesure où il détruit l'embryon, implique que l'on tue une personne nouvellement créée. Cet acte étant intrinsèquement mauvais, aucun bien ultime ne peut en résulter. Aucun calcul moral qui, dans un tel cas, pèserait le bien et le mal, ne présente la moindre validité, car devant Dieu nous n'avons pas le droit de faire le mal pour obtenir un bon résultat.

Là encore, si l'éthique orthodoxe condamne également les différentes formes d'euthanasie, c'est parce que la qualité *personnelle* de la vie humaine est inaliénable. Elle ne se perd ni dans la maladie ni dans la mort. Créé à l'image de Dieu, l'individu humain porte en lui cette image dans sa totalité, qu'il ou elle soit infirme ou dans le coma, qu'il souffre d'une diminution physique ou mentale grave, qu'il soit plongé dans le non-lieu de l'inconscience permanente, ou dans un état végétatif persistant. Même les enfants ou les personnes anencéphaliques dont l'existence physique n'est maintenue que par une assistance médicale technologique, « portent l'image de Dieu ». Les soins appropriés à leur cas seraient-ils différents des soins donnés aux malades infirmes ou dans le coma, ils n'en sont pas moins créés à l'image de Dieu, et ce fait doit être respecté à tout moment de leur vie, quelque infirme ou dépourvue de sens que cette vie puisse nous paraître.

Chez beaucoup de chrétiens orthodoxes, le conflit entre le point de vue de notre culture post-moderne et le point de vue traditionnel de l'Église renforce l'impression que nous vivons actuellement dans deux mondes différents, l'un gouverné par l'opportunisme utilitariste, et l'autre par l'Évangile du Christ. Nous ne parlons pas le même langage parce que nous n'avons pas réussi à partager les mêmes vues et engagements moraux. Avec des présupposés éthiques radicalement différents, le christianisme traditionnel et l'éthique laïque post-moderne sont des mondes radicalement séparés, lorsqu'il s'agit de résoudre des conflits d'ordre moral. Bien que chaque partie puisse comprendre la position de l'autre, nous ne partageons aucun fondement commun, aucune « plénitude de norme morale » qui nous permette de résoudre des désaccords d'ordre bioéthique ou moral ¹.

Pour paraphraser Dostoïevski : sans Dieu, dans cet environnement profane pluraliste, tout est permis, surtout si cela peut servir des fins utilitaires comme l'amélioration de la santé humaine ou l'allongement de la durée de vie. Avec Dieu, d'autre part, et dans l'obéissance à Dieu, nous acceptons l'obligation morale de refuser même le bien, si ce bien supposé est acheté au prix de la destruction de la vie humaine. Du point de vue de l'Évangile, nous n'avons simplement pas le droit de sauver ou d'améliorer les conditions d'une vie en en sacrifiant une

¹ L'expression citée appartient à Tristram Engelhardt : « *canonical content-full moral vision* ». Pour une analyse très fine du problème des différences de langage et d'intuitions morales qui séparent le christianisme traditionnel (c'est-à-dire orthodoxe) des perspectives éthiques ayant un autre contenu de valeurs, voir son ouvrage *The Foundations of Christian Bioethics*, Lisse, Pays-Bas, Swets & Zeitlinger, 2000, en particulier le chap. 1. Comme il le souligne p.37, « des affinités morales peuvent être étrangères l'une à l'autre » (« *Moral acquaintances can be moral strangers* »).

autre. C'est là l'œuvre du Christ, accomplie une fois pour toutes par son sacrifice sur la Croix. Quant à nous-mêmes, il est essentiel que nous nous en tenions à cette vérité que la vie humaine trouve sa valeur et son destin ultime au-delà des limites de l'existence biologique. La bonne santé et une longue vie sont des buts désirables et valables. Mais uniquement dans la mesure où ils existent pour que continue notre croissance vers ce que la tradition de l'Église orthodoxe appelle *theosis* ou « déification » : la participation éternelle de la personne humaine à la vie divine, la vie de la Sainte Trinité.

Et donc, notre rejet de procédures qui conduisent à la destruction de la vie embryonnaire, ainsi que notre rejet de l'euthanasie active, sont fondés sur notre vision du but authentique de l'existence humaine : non pas d'améliorer ou d'allonger notre vie comme une fin en soi, mais d'abandonner cette vie – avec ses souffrances et ses limitations – dans les bras ouverts de Dieu.

La personne humaine : « un être auquel une âme est inhérente »

J'aimerais maintenant évoquer quelques problèmes concrets, et essayer de proposer quelques éléments de réponse à des questions fréquemment posées, concernant le début ou la fin de la vie. Nous considérerons plus particulièrement les implications morales de la recherche sur les cellules souches embryonnaires et les thérapies qui en dérivent, et les problèmes liés au traitement et à l'accompagnement des malades en fin de vie.

À la différence de leurs homologues catholiques, les théologiens orthodoxes n'ont jamais essayé de préciser à quel moment Dieu dotait d'une âme l'embryon nouvellement créé. La pensée occidentale est marquée à cet égard d'un certain dualisme, considérant que l'âme est co-crée avec le corps, ou que l'âme est infusée dans le corps à un certain moment après la fécondation. Pour les orthodoxes, cela chosifie et objectivise l'âme, la distinguant du corps comme une entité séparée. Selon le point de vue holistique des Pères grecs, il serait plus adéquat en parlant du corps non pas de dire qu'il « a » ou qu'il « possède » une âme, mais qu'il « est » animé, que l'âme lui est *inhérente*. Il est animé par le don de Dieu qu'est la *psychè*, ou principe de vie, à chaque étape de son existence. Ni le corps ni l'âme n'existent en fin de compte l'un sans l'autre, même si la mort physique entraîne une certaine séparation de l'âme et de la chair. Le corps (*sôma*) comprend la chair, l'âme et l'esprit ; et bien que la chair « retourne à la poussière », le caractère corporel, ou somatique, de notre existence, subsiste dans l'éternité. C'est pourquoi, adoptant l'imagerie biblique, nous affirmons que la victoire du Christ sur la mort consiste non en « l'immortalité de l'âme », mais dans la *résurrection du corps* ².

Aussi, plutôt que d'affirmer que la personne humaine reçoit et possède une âme, comme une entité distincte et séparée du corps, il serait plus exact de dire que la personne *est un être auquel une âme est inhérente*, et ce, depuis sa conception. L'« âme », en d'autres termes, doit être comprise comme le principe animateur qui dans la vie humaine guide le développement de la personne depuis la fécondation, à travers la mort, jusqu'au Royaume de Dieu.

Cette façon de penser conduit à l'importante conclusion que la vie humaine est sacrée dès son tout premier commencement, puisque, dès la conception, elle est existence dotée d'âme. Et en tant que telle, elle est existence « personnelle », créée à l'image de Dieu et revêtue d'un caractère sacré qui la destine à la vie éternelle.

² Voir à ce propos l'article très stimulant du père John Garvey, « Ashes to ashes. Towards a Christian Understanding of Death (Poussière retournant à la poussière. Pour une compréhension chrétienne de l'idée de la mort) », *Commonweal*, vol. CXXXI, n°2 (30 janvier 2004), 16-19. On peut trouver une analyse du concept biblique et patristique du corps dans la communication que j'ai présentée au 5^e colloque orthodoxe de bioéthique (Paris, 17 mai 2003) : « Corps vivant, corps mort, corps glorifié », Service Orthodoxe de Presse, *Supplément* n° 280.A. Des extraits en ont été publiés dans *Glaube in der 2. Welt*, vol. 37 (11/2003), p. 29-31.

Le commencement véritable de la vie

Cette idée traditionnelle de la personne humaine et de la relation entre l'âme et le corps dérive d'une interprétation particulière de l'Écriture, surtout chez les auteurs patristiques orientaux. Avec les découvertes récentes en embryologie, cependant, de nombreux hommes de science, dont des orthodoxes ou chrétiens d'autres confessions, proposent que nous repensions la notion de « conception » et la distinguions de la fécondation. Pour expliquer leur argument, nous devons reprendre le vieux débat sur le commencement véritable de la vie. Nous devons nous poser la question de savoir si l'animation, ou entrée de l'âme dans le corps, est immédiate ou non, c'est-à-dire si l'existence pleinement individualisée – et donc « personnelle » – est présente dès que les noyaux du spermatozoïde et de l'ovule s'unissent, ou, comme beaucoup le croient, si elle n'est présente qu'à partir du moment où l'embryon s'enfouit dans la muqueuse utérine. Pour l'exprimer différemment, la question est de savoir si la « conception » est complète avec la création du zygote monocellulaire ou si elle nécessite l'implantation, qui se produit une semaine ou plus après que le zygote se soit formé.

Il n'y a pas de doute que le caractère unique génétique, ou « individualité génétique » existe dès la « syngamie », c'est-à-dire quand les noyaux des gamètes mâle et femelle s'unissent pour former le zygote monocellulaire, premier stade du développement de l'embryon. Cette fusion produit une combinaison unique de 23 paires de chromosomes, qui contiennent l'ADN – « l'empreinte génétique » – qui déterminera le développement de l'organisme tout au long de sa vie.

La question la plus importante que nous devons considérer est de savoir si « individualité génétique » veut dire individualité *potentielle en devenir spécifique* (angl.: *developmental individuality*). Nous voulons signifier par ce terme le développement d'un individu humain donné comme résultat de la différenciation cellulaire. La plupart des embryologistes soutiennent que les cellules de l'embryon en cours de développement ne commencent à se différencier – c'est-à-dire à devenir suffisamment spécialisées pour pouvoir produire des tissus et des organes spécifiques – que lorsque l'embryon commence à s'implanter dans la paroi utérine, dix jours environ après la fécondation. D'autres, cependant, soutiennent qu'un phénomène appelé « méthylation » indique que la différenciation cellulaire a lieu à partir du second stade de la mitose, et que par conséquent nous devons considérer que l'embryon est caractérisé par l'individualité à la fois génétique et fonctionnelle dès ce stade, et pas seulement à partir du moment de l'implantation.

Ce débat entre « animation immédiate » et « animation différée » a déjà eu lieu au cours de l'histoire. L'animation immédiate est la théorie selon laquelle l'existence humaine dotée d'âme commence avec la fécondation. L'animation différée implique que l'âme n'existe pas – que l'embryon n'est pas un être doté d'âme – jusqu'à un certain moment qui se situe après l'implantation.

Le statut de l'embryon

Avec la majorité des spécialistes orthodoxes de l'éthique, j'ai défendu la théorie de l'animation immédiate pour deux raisons essentielles. Premièrement, à cause du caractère génétique unique du zygote, et deuxièmement à cause de l'importance de la méthylation. La méthylation est due à la présence d'un ajout de méthyle (CH₃) à la cytosine, base de l'ADN de l'organisme. Elle a lieu à partir – approximativement – du second stade de la mitose ou division cellulaire, et signale le commencement de l'expression du gène, c'est-à-dire de la manière dont les gènes sont activés ou désactivés pour diriger la croissance et le développement de l'embryon. En d'autres termes, la méthylation est un marqueur du commencement de la différenciation cellulaire : elle démontre que ce qu'on appelle les blastomères « totipotents » produits par la segmentation ou division cellulaire ne sont pas génétiquement identiques mais

sont déjà – au stade de pré-implantation – programmés pour des fonctions spécifiques. (Chaque blastomère contenant le génome entier, chacun d'eux a la potentialité de se développer en un organisme complet. Cela produit le phénomène des jumeaux identiques – dont les parents savent bien qu'ils ne sont nullement « identiques » au sens strict du mot. Ce qui rend des jumeaux identiques différents l'un de l'autre est en grande partie la différence de leur composition cellulaire, due au fait que leurs gènes se sont exprimés de façon divergente aux premiers jours de leur existence, avant leur implantation dans l'utérus maternel.)

Il ne fait aucun doute que la méthylation (ou, plus exactement, la « dé-méthylation » suivie d'une « re-méthylation » ou méthylation *de novo*) indique la différenciation cellulaire chez les souris ou dans d'autres organismes inférieurs, et il y a de bonnes preuves que cela fonctionne de même dans les embryons humains. En ce qui concerne le « statut de l'embryon », la méthylation manifeste que l'embryon est une existence humaine individuelle – une identité « personnelle » – dès le tout début, c'est-à-dire dès la fécondation. En tant que tel, l'embryon avant même l'implantation doit être considéré non seulement comme une vie humaine, mais comme un *être humain* unique du point de vue génétique et fonctionnel, doté de « l'image de Dieu ».

Néanmoins la plupart des scientifiques qui travaillent aujourd'hui dans le domaine de l'embryologie ont une vision différente de la chose. Ils maintiennent que l'embryon au stade préimplantatoire n'est pas un *individu* humain, mais plutôt le *substrat* essentiel de la vie humaine. Bien qu'il soit pleinement humain, il ne constitue pas encore, à leurs yeux, un être humain individuel. Cette vision des choses est basée sur plusieurs considérations qui traduisent elles aussi de récentes découvertes dans le domaine de l'embryologie.

Premièrement, chacune des cellules, ou blastomères, de l'embryon commençant est « totipotente » : c'est-à-dire que chaque cellule peut se développer en un individu complet, puisqu'elle comprend le génome entier, et qu'elle est supposée non encore différenciée (cette conception nie l'importance de la méthylation et soutient que la différenciation cellulaire ne commence qu'avec l'implantation). Deuxièmement, il y a le problème du taux élevé de « pertes » : le fait que 50 à 70% des embryons sont spontanément expulsés avant d'arriver à l'implantation, avant que la mère sache qu'elle est enceinte. Une perte aussi massive d'embryons est un argument intuitif contre l'idée que chacun d'entre eux soit un être humain doté d'une âme. Troisièmement, il peut se produire avant l'implantation une gémellité monozygote (ou « identique ») et ces entités peuvent occasionnellement se recombinaison. Ceci semblerait mettre en question la notion même d'existence « individuelle » à ce stade. Et quatrièmement, une transformation profonde de l'embryon se produit avec l'implantation : la totipotence disparaît, et, avec elle, la capacité de jumelage ; le tube neural ou axe du corps primitif apparaît, qui marque le début du développement du système nerveux central ; et une information épigénétique nouvelle est fournie à l'embryon grandissant par l'utérus lui-même. Le résultat de cette transformation, qui a lieu lors de l'implantation, est la « gastrulation » et le commencement de « l'organogenèse » – c'est-à-dire qu'elle marque le début de la croissance neurologique et du développement des organes. Ces facteurs conduisent aujourd'hui un grand nombre pour ne pas dire la plupart des embryologistes, à considérer que le véritable début de la vie humaine, avec l'achèvement du processus de la conception, se produit non pas lors de la fécondation, mais à l'implantation de l'embryon dans la membrane de l'utérus maternel.

C'est là, bien sûr, un débat très technique et très difficile. Mais c'est un débat aux conséquences les plus sérieuses pour la manière dont nous traitons la vie humaine au tout premier stade de la croissance. Si l'être humain individué n'apparaît qu'au moment de l'implantation et de l'apparition du tube neural primitif, cela nous permet de manipuler l'embryon à ses débuts en toute impunité morale. Cela veut dire que nous ne pouvons guère soulever d'objections morales, voire aucune, à la fécondation *in vitro*, même quand les embryons dits « surnuméraires » sont congelés en vue d'un transfert futur, ou pour être utilisés à des fins expérimentales. Or bien qu'il faille recueillir les cellules souches embryonnaires dans l'embryon au stade blastocyste, avant l'implantation, cela signifie néanmoins que la destruction de

l'embryon au stade préimplantatoire n'a pas non plus en fin de compte de signification morale. Cela veut dire aussi que les embryons peuvent être clonés (c'est-à-dire créés *in vitro* par transfert du noyau) afin de fournir des cellules souches dans des buts thérapeutiques.

La recherche sur les cellules souches embryonnaires et le clonage thérapeutique

Il n'y a pas de doute que les cellules souches embryonnaires et les possibilités de clonage recèlent un potentiel extraordinaire de développement de thérapies et de médicaments contre un large éventail de maladies, dont les maladies de Parkinson et d'Alzheimer, la SLA (sclérose latérale amyotrophique), la dystrophie musculaire, et même le sida. Alors que la plupart des savants et des professionnels de la médecine s'opposent fermement au clonage reproductif (c'est-à-dire à la création de bébés humains vivants), ils défendent tout aussi énergiquement le clonage thérapeutique et la recherche sur les cellules souches embryonnaires, précisément parce que leur potentiel thérapeutique est si grand.

À cet égard, cependant, nous devons revenir à l'admonestation de saint Paul aux Romains (3,8) : « *Nous ne devons pas faire le mal en comptant qu'un bien en résulte* ». Si l'embryon avant l'implantation est en effet une vie humaine individuée, un vrai être humain, et donc une personne qui porte en soi l'image divine, alors toute manipulation de cet embryon, que les buts soient thérapeutiques ou autres, est intrinsèquement immorale et doit être condamnée comme telle par l'Église.

Si, par ailleurs, la conception est en réalité un processus qui ne s'achève qu'avec l'implantation, notre opposition à la recherche sur les cellules souches embryonnaires et le clonage est injustifiée, puisque ces procédures ne concernent que les « pré-embryons ». Mal informés, nous nous opposons à une recherche médicale précieuse sur la base d'un malentendu, basé en partie sur une interprétation erronée de l'Écriture. Si le psalmiste déclare que Dieu « l'a tissé au ventre de sa mère » (Ps 138/139,13), cela veut dire « l'*utérus* », puisque les Hébreux ne connaissaient rien de l'ovulation ou des trompes de Fallope. Le locuteur de la Bible, en d'autres termes, peut aisément être compris comme affirmant que la vie humaine commence avec ce que nous appelons l'implantation.

Je vous dirai que je reste convaincu que l'animation est immédiate, commençant avec la fécondation. Il semble clair qu'il y a un continuum ininterrompu à partir de la fécondation, puis avec la croissance de l'embryon et du fœtus, puis avec la naissance et au-delà de la mort physique, qui trouve son accomplissement dans le Royaume de Dieu.

Cependant, un nombre croissant de savants et de médecins orthodoxes ont trouvé convaincants aujourd'hui les arguments en faveur de l'animation différée. Ils sont convaincus que la véritable vie humaine ne commence qu'avec l'implantation et l'apparition du tube neural primitif. Il est donc impératif que nous convions les embryologistes, les généticiens et autres spécialistes à faire tout ce qui est en leur pouvoir pour répondre à la question concernant le début véritable de la vie humaine individuelle, d'une manière qui corresponde à la réalité empirique. Mais cela veut dire aussi d'une manière qui corresponde à la *vérité* : à la manière dont Dieu crée véritablement les personnes humaines individuelles. À la façon dont moi je déchiffre les faits, je ne peux que conclure que Dieu amène en fait un nouvel être humain à l'existence par le processus de fécondation qui mène au commencement de l'expression du gène. Il n'y a tout simplement pas d'autre stade, même celui de l'implantation, auquel nous puissions affirmer : « La vie humaine commence ici ».

La fécondation *in vitro*

Une des questions les plus difficiles à résoudre à présent est de décider s'il est ou non acceptable moralement pour un couple d'avoir recours à la fécondation *in vitro* et aux autres

formes de procréation médicalement assistée. L'insémination artificielle, qui utilise le sperme du mari, semble ne pas présenter de problème réel d'un point de vue moral. La technique est simple au point d'être de la routine, et aucun tiers n'est introduit dans le processus de procréation, comme c'est le cas dans « l'insémination hétérologue », qui utilise le sperme d'un donneur.

La fécondation *in vitro* pose cependant un problème d'un autre ordre. Le nom de la procédure, FIVETE, fécondation *in vitro* et transfert de l'embryon, dit bien ce qu'il veut dire. Elle implique une technique connue sous le nom de transfert intra-fallopéen du zygote, selon laquelle un zygote ou un embryon au stade initial est transféré de la boîte de Petri aux trompes utérines de la femme, et cheminera vers l'utérus où, dans 20% des cas, il s'implantera et continuera à croître. Mais pour recueillir des ovocytes, il faut provoquer une stimulation ovulaire. Ceci produit de nombreux ovocytes qui sont alors mêlés en laboratoire dans un milieu de culture avec du sperme spécialement traité. Le principal problème moral que pose la FIVETE est la création « d'embryons surnuméraires ». Sur les six à dix embryons choisis, deux ou trois seulement seront transférés dans la matrice. Le reste sera soit congelé en vue de futurs transferts, si le premier n'a pas « marché », soit utilisé pour l'expérimentation, ou pour fournir des cellules souches. Transplanter tous les embryons viables ferait courir le risque d'une grossesse multiple, ce qui rendrait nécessaire de recourir à la « réduction des fœtus », c'est-à-dire de tuer et extraire un ou plus des fœtus en cours de développement.

La procédure relativement nouvelle connue sous le nom d'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde a été inventée pour permettre à un seul spermatozoïde de féconder un seul ovule et de ne produire ainsi qu'un seul embryon. Mais on tend alors à sélectionner les spermatozoïdes en fonction de leur motilité. Il n'y a souvent aucun moyen de savoir si le spermatozoïde donné (ou l'ovule) contient des gènes défectueux, ce qui dans une grossesse normale entraînerait un avortement précoce.

Malgré le succès du cas de Louise Brown ou d'Amandine et de milliers d'autres comme elles, les problèmes que pose la FIVETE sont tels qu'il vaut mieux éviter totalement ce procédé. Les prix sont prohibitifs pour toutes personnes autres que relativement riches, l'investissement physique des parents pour obtenir des ovules et du sperme est considérable, la production d'embryons surnuméraires est presque inévitable, et les chances de réussite sont d'une sur cinq. Quand des paroissiens ou d'autres personnes demandent s'il est moralement acceptable de recourir à la FIVETE, ces raisons sont suffisantes pour nous faire à tout le moins hésiter. Il est vrai que bien des parents orthodoxes ou non rendent grâce tous les jours pour les enfants qui leur sont nés grâce à la FIVETE. Cependant, mon sentiment personnel est que le meilleur recours en cas d'infertilité ou d'autres problèmes empêchant une grossesse serait pour le couple l'adoption. Quel que soit le désir des parents que leur enfant porte leurs génomes combinés, nous avons aussi une responsabilité morale envers les innombrables enfants vivant déjà dans le monde et dont les parents, quelle qu'en soit la cause, ne peuvent pas ou ne veulent pas s'occuper.

Les cellules souches adultes

Passons maintenant à l'autre extrémité du spectre, et évoquons quelques-unes des questions les plus importantes autour de la mort et de son accompagnement.

La recherche sur la cellule souche embryonnaire est souvent présentée à grand bruit comme une panacée potentielle pour soigner les maladies neurologiques et conduire à la production d'organes nouveaux pour remplacer les anciens. Nous ne pouvons qu'éprouver de la compassion pour les victimes des maladies de Parkinson ou d'Alzheimer, par exemple, qui pensent que cette recherche devrait être financée par l'État ou les fonds publics, en raison de son extraordinaire potentiel. Jusqu'à ce jour, cependant, il y a très peu de thérapies efficaces, voire même aucune, qui aient été créées à partir de l'utilisation de cellules souches extraites de l'embryon humain. (Certains rapports récents, néanmoins, disent que ces cellules ont contribué à restaurer la gaine de myéline des fibres nerveuses).

Beaucoup plus efficace, et beaucoup moins problématique d'un point de vue éthique, est l'usage de cellules souches adultes, ou prélevées dans le placenta ou les cordons ombilicaux. Celles-ci ont déjà prouvé leur valeur, et elles sont présentes dans une grande variété de tissus, dont le muscle, le foie, le cerveau, et la moelle épinière. On en a même trouvé dans les dents de bébés. On pensait au départ que les cellules adultes ne pouvaient reproduire que leur propre sorte de tissus : les cellules hématopoïétiques, par exemple, qui peuvent produire des colonies de cellules sanguines. La recherche récente, cependant, a montré que des cellules souches adultes pluripotentes peuvent être différenciées de façon à produire une grande variété de cellules. Certains savants, en fait, sont convaincus que dans quelques années il sera possible d'extraire les propres cellules somatiques d'une personne, de restaurer leur pluripotence, et de les utiliser pour fournir un nombre presque illimité de thérapies. Le temps n'est pas très éloigné où nous serons peut-être capables d'obéir à la lettre à l'ancienne injonction « Médecin, guéris-toi toi-même ! »

Pour ce qui est du financement public de la recherche sur les cellules souches, donc, – et tant que la question de l'animation immédiate ou différée n'aura pas été définitivement résolue – nous pouvons seulement conclure que les thérapies basées sur les cellules souches embryonnaires posent un problème moral insurmontable, en ce qu'elles nécessitent le sacrifice d'innombrables milliers d'ovules fécondés. C'est-à-dire qu'elles nécessitent la destruction de ce que l'Église considère traditionnellement comme une vie humaine commençante. Ce n'est pas le cas pour les cellules souches adultes, qui d'ailleurs ont été utilisées ces derniers mois pour créer des structures tissulaires tridimensionnelles. Dans une dizaine d'années, cette nouvelle technique pour former des tissus en laboratoire conduira à la production d'organes entiers. De ce fait elle palliera le besoin de prélever des cellules souches sur les embryons ; en même temps, elle devrait alors très fortement réduire, sinon supprimer, le besoin d'extraire des organes sur des patients morts ou mourants.

Accompagner au mieux les personnes en fin de vie

Il me reste à dire un dernier mot sur un problème pastoral de plus en plus aigu, posé dans la plupart des sociétés occidentales, par la longévité accrue. Il s'agit de la façon d'accompagner au mieux les personnes en fin de vie. Jusqu'où est-il moralement admissible d'intervenir auprès d'une personne mourante, soit pour hâter sa mort, soit pour pallier la douleur et la souffrance ?

Dans les cas de maladie en phase terminale, il faut faire une distinction fondamentale entre « tuer » et « laisser mourir ». Le terme *euthanasie*, qui originellement signifie « une bonne mort », ne devrait être utilisé que dans le premier cas, l'acte de terminer intentionnellement la vie d'un malade pour éviter de plus longues souffrances, des dépenses exorbitantes, ou un épuisement de ressources médicales limitées. En fait, on a tellement abusé du terme « euthanasie » ces dernières années qu'il vaudrait mieux sans doute l'éviter tout à fait – ou ne l'utiliser que pour signifier une intervention active qui vise à hâter la mort du malade. Dans le cas du suicide médicalement assisté, le docteur fournit au patient une médication qui donne la mort, et le patient la suit à son gré. L'euthanasie active, d'autre part, est souvent mise en œuvre quand le malade est en état comateux, dans un état végétatif permanent, ou dans tout autre cas où il ne peut prendre l'initiative de mettre fin à sa propre vie. C'est un fait bien connu, même si on en fait peu état, que malgré les garde-fous légaux, un nombre significatif de gens ont subi l'euthanasie sans leur consentement informé. Cela peut être dû à la pression de la famille qui supporte le poids émotionnel et financier des soins au patient, ou cela peut être le résultat d'une décision prise par l'équipe médicale qui considère que la vie du patient n'a plus une qualité suffisante pour être maintenue. Il est tragique que les victimes de telles décisions soient souvent les pauvres, les gens marginalisés et les vieilles personnes abandonnées, qui n'ont personne pour parler pour eux et défendre leur droit à la vie face à la commodité de les voir écartés.

Le christianisme orthodoxe ne peut jamais bénir l'euthanasie active, même dans les cas de forte douleur ou souffrance. Cependant, le principe du double effet est applicable ici. Si l'intention de l'équipe médicale n'est pas de tuer, mais de faciliter le processus naturel qui mène inévitablement à la mort du patient, il est tout à fait éthique, et même impératif, de fournir des substances opiacées ou d'autres moyens d'alléger la douleur, même si ces substances, comme, par exemple, la morphine, ont tendance à ralentir le fonctionnement du système respiratoire et à provoquer la mort un peu plus vite que selon le processus naturel. Nous n'avons pas le droit de tuer, pas même pour soulager une peine insoutenable. Mais nous pouvons « laisser mourir », c'est-à-dire permettre au patient, sans technologie de maintien en vie (y compris la RCP – réanimation cardio-pulmonaire) de succomber à l'inévitable. Et nous pouvons le faire – nous le devons, en fait – par une médication appropriée, dont les sédatifs. Il y a un moment où le corps humain, la personne humaine, lutte pour ce que les prières de l'Église appellent « une séparation paisible de l'âme et du corps ». Pour rappeler une remarque de l'écrivain Stewart Alsop, « Un homme mourant a besoin de mourir, comme un homme qui a sommeil a besoin de dormir, et il y a un moment où il n'est pas bien, ni utile, de résister ³. »

Ce moment-là devrait être connu et respecté. Lorsqu'il est venu, l'acharnement thérapeutique est tout simplement déplacé. En réalité, un grand nombre d'interventions médicales en fin de vie ne font que prolonger le processus du mourir ; et elles sont souvent un abus, bien plus que des soins.

Parmi les « prouesses » de l'acharnement médical, on peut citer l'administration artificielle de nourriture et d'eau. Les mourants refusent souvent de manger, et même arrachent leurs tuyaux – que le personnel médical bien intentionné mais mal informé remet en place immédiatement, pensant que le patient agit irrationnellement. Or s'il y a ce refus de l'hydratation et de la nutrition chez des patients en fin de vie, c'est qu'ils savent intuitivement qu'elles font plus de mal que de bien. La nourriture et l'eau qu'on impose empêchent les cellules et les organes du corps de se fermer spontanément, augmentant l'inconfort et la douleur du patient. L'abstention d'eau et de nourriture et le retrait des perfusions permet aux déchets de nitrogène de se structurer dans le corps, produisant l'azotémie, un analgésique naturel. Avec d'autres transformations qui se produisent dans le cerveau, cela permet au système du patient de se refermer doucement dans sa progression vers la mort. Une certaine hydratation, en particulier des muqueuses, est nécessaire au cours de ce processus, et cela peut se faire au moyen de tampons de glycérine, ou de petits morceaux de glace placés dans la bouche ⁴.

« Une fin paisible, libérée de souffrance inutile »

Là encore, ce sera souvent à l'équipe médicale de décider, même dans la phase terminale, d'administrer des antibiotiques pour combattre un début de pneumonie. Or la pneumonie peut être considérée comme un moyen donné par Dieu pour contribuer à rendre la mort plus facile. Toute douleur ou inconfort peuvent être diminués par de légers calmants, et le malade passe doucement dans le coma, puis dans la mort. Aussi, les malades demandent souvent que l'on inscrive sur leur graphique de température l'ordre « DNR » (angl.) « Ne pas ressusciter », qui inclut un refus des antibiotiques si la pneumonie vient à se produire.

³ Cité par Mary Freeman, « Caring for the Dying. My patients, my work, my faith (Soins aux mourants. Mes patients, mon travail, ma foi) », *Commonweal*, vol. CXXXI, n°2 (30 janvier 2004), p.12.

⁴ Extrait de *The Merck Manual of Geriatrics*, 2^e éd. (Merck & Co., Whitehouse Station, NJ, 1995) p.243 : « ... le malade et sa famille doivent comprendre qu'en certaines circonstances, un malade ressent plus de confort et de satisfaction à s'abstenir de nutrition et d'hydratation. Lorsque cette décision d'abstention a été prise, il est impératif d'apporter des soins de soutien. Ces soins comprennent une bonne hygiène buccale (brosser les dents, tamponner la cavité buccale, appliquer du baume sur les lèvres, donner des petits bouts de glace contre la bouche sèche). Ces soins importants de confort physique et psychologique liés à l'hygiène buccale peuvent donner aux membres de la famille un rôle appréciable dans leur accompagnement du patient mourant. »

Si ces faits cliniques établis étaient plus connus et plus largement respectés par les médecins, les infirmières et les familles, les malades en stade terminal auraient une bien meilleure chance d'avoir une fin paisible, libérée de souffrance inutile.

C'est une obligation morale pour l'équipe médicale, en collaboration avec la famille, de faire tout son possible pour maintenir le patient dans un état de *conscience maximum et de souffrance minimum*. La conscience doit être préservée autant que possible pour que la personne puisse faire une confession finale et recevoir la communion, dire adieu aux personnes aimées. En même temps, il est de notre devoir moral d'alléger la douleur et la souffrance du malade de toutes les façons possibles. On a trop peu mis l'accent sur cet aspect vital des soins de fin de vie. (Les écoles médicales sont notoirement connues pour leur manque d'attention envers l'allègement de la douleur, bien que cette tendance s'inverse actuellement.) Devant Dieu comme devant les mourants, nous sommes tenus de faire tout ce que nous pouvons pour assurer à ces patients une mort qui soit véritablement « paisible, sans douleur et sans reproche ». Pour cette raison, une aide particulière doit être apportée aux soignants impliqués dans le mouvement pour les *soins palliatifs*, dont le but est d'offrir le niveau de soins compatissants que méritent et nécessitent les mourants, sans les soumettre à la douleur et à l'indignité de l'acharnement médical.

Manipulation de l'embryon et soins de fin de vie, voilà juste deux problèmes éthiques parmi la multitude que nous avons à aborder actuellement. Mais ils sont parmi les plus importants, puisque notre façon de les aborder dépend de notre conception du sens et de la valeur de la vie humaine elle-même. Dans ce monde post-moderne, il y a d'énormes pressions pour traiter la vie comme une matière première qu'on peut exploiter à des fins strictement utilitaires. C'est notre responsabilité, en tant que membres du Corps du Christ, de percevoir et de proclamer une autre vérité : que la vie humaine est dérivée de la vie transcendante de la Sainte Trinité, et qu'elle est destinée à y retourner.

De quelque façon que nous définissions en définitive la « conception », et de quelque manière que nous résolvions la tension qui existe entre mettre à mort les malades en phase terminale et leur permettre de mourir, la vie humaine – des entrailles maternelles au lit de mort – est un don sacré destiné à une existence plus grande et plus glorieuse que nos cerveaux et nos cœurs peuvent l'imaginer. Notre responsabilité morale, devant Dieu et les uns devant les autres, est de reconnaître ce caractère sacré, en préservant et protégeant la vie humaine à chaque stade, et à tous les stades, de son existence. C'est de contempler la présence et l'intention de Dieu dans l'embryon qui se développe comme dans le patient qui meurt, et de pourvoir aux besoins de l'un et de l'autre, avec un amour et une compassion sans défaut. Nous pouvons ainsi honorer l'image divine dans toutes les personnes humaines, de la conception à la mort, tandis que nous les remettons dans les mains miséricordieuses de l'Auteur de la Vie.

(Les intertitres sont de la rédaction du SOP.)

Directeur de la publication : Père Michel EVDOKIMOV

Traduit de l'anglais (États-Unis) par Zoé OBOLENSKY

Rédaction et réalisation : Claude HIFFLER, Jean-Claude POLET,
Serge TCHÉKAN

Commission paritaire : 1106 G 80948

C.C.P.: 21 016 76 L Paris

ISSN 0338-2478

Tiré par nos soins

Tarifs PAR AVION sur demande
