



Seminar L' ORTHODOXIE ET LA BIOETHIQUE
Diacre Dominique BEAUFILS
Amsterdam 26-11-2011

1. L' ORTHODOXIE FACE A LA BIOETHIQUE

I. Quelle bio-éthique pour l'orthodoxie?

Avant de commencer cet entretien, je voudrais faire une mise au point qui me paraît essentielle pour aborder la question de la bioéthique. On me demande souvent de parler sur le sujet « Bioéthique et Orthodoxie ». En réalité, nous ne pouvons parler que de « Orthodoxie et bioéthique », parce que toute pensée bioéthique ne peut se concevoir, s'élaborer et s'appuyer que sur la base de notre foi orthodoxe, de l'enseignement du Christ et de la tradition de l'Eglise. Le point central n'est pas la bioéthique, mais la foi orthodoxe. Le but n'est pas une loi, mais la recherche du salut.

Pourtant, deux erreurs fondamentales faussent d'entrée toute la réflexion qu'elle soutend.

D'une part, on en fait une véritable science, alors qu'elle est une réflexion **sur** la science, ce qui explique qu'elle soit toujours en retard sur l'évolution scientifique.

D'autre part, et de façon corollaire, on tend à en faire un absolu. En cela, la seule souplesse qu'on lui permette est la possibilité, elle-même aléatoire et mal contrôlable, de dérogations. On lui fait alors perdre toute adaptabilité, toute possibilité de transcendance, en un mot, ce qui, pour l'Orthodoxie, en fait le fondement : l'économie, une économie n'a ni l'élasticité ni le caractère transgressif d'une dérogation, mais qui reste ponctuelle, non reproductible, et basée sur le respect des valeurs de la foi.

La notion même de bioéthique n'a pas la même acception pour ceux qui en parlent, ceux qui en débattent, ceux qui légifèrent. Parce que personne n'est capable de définir ce qu'est la vie dans son essence, et que personne n'est d'accord sur le moment où elle commence réellement. On cherche à trouver le rapport idéal entre le développement des connaissances et des techniques, et le respect de valeurs fondamentales. Mais ces valeurs présentent des disparités importantes, voire sont diamétralement opposées selon les

civilisations, les philosophies, les religions... et chacun y trouve **sa** vérité, pour lui intangible. Il est alors impossible de trouver une pensée et un langage univoques portant sur les questions essentielles. Une organisation telle qu'en France le Comité Consultatif National d'Éthique est formée de familles de pensées très différentes. Ses avis ne relèvent souvent pas du consensus mais du compromis. Un compromis, ne peut être dans « la » vérité. Le Christ dit bien: « Quand vous parlez, dites 'oui' ou 'non' : tout le reste vient du malin ». Nous sommes dans une impasse.

La bioéthique est toujours multifactorielle. Pour analyser honnêtement chaque question, il faut prendre en considération toutes les données différentes. Le risque est de surévaluer une dimension en minimisant ou en ignorant les autres. On tombe dans un parti-pris qui se fonde sur des alibis, certes souvent valables, mais qui masquent la véritable nature des problèmes, ou sont en contradiction avec la notion même de « bio-éthique », comme les questions impliquant *de facto* la destruction d'une vie? Nous sommes, là encore, dans une impasse.

Comment sortir de ces impasses ? Par deux moyens :

Tout d'abord par une justification morale. Pour les pays latins, elle est basée sur le respect de la dignité et des droits de l'homme. Mais on sait que cette dignité et ces droits ont une acception d'une élasticité redoutable. Pour les pays anglo-saxons, tout est permis si le but est de soulager la souffrance, la maladie, la mort. Mais on sait dans quels excès nous entraîne cette « fin qui justifie les moyens ». Ainsi, la compassion devient un alibi justifiant jusqu'à la destruction de la vie, comme dans l'utilisation des cellules souches embryonnaires dans un but apparemment compassionnel de guérison, dont on sait par ailleurs qu'il est utopique ou les alibis apparemment compassionnels, utilisés en France pour tenter d'imposer l'euthanasie.

Ensuite par une terminologie que l'on peut qualifier de mensongère, non parce qu'elle serait scientifiquement inexacte, mais parce qu'elle fait miroiter un but compassionnel en masquant la réalité des procédés ou parce qu'elle est volontairement incompréhensible pour la majorité des gens. C'est ainsi que la cellule souche embryonnaire devient cellule « de l'espoir », la mère porteuse devient « gestation pour autrui », le bébé-médicament « bébé du double espoir » ou « double DPI ». C'est aussi ainsi que l'on crée une confusion entre la contraception, qui empêche une fécondation et la contragestion, qui interdit à un être vivant de continuer son évolution dans la vie. On pourrait multiplier les exemples.

A partir de ce qui ne veut pas être un réquisitoire, mais la simple constatation de la réalité, on peut poser plusieurs questions.

Tout d'abord : Peut-on qualifier d'« éthique » une réflexion qui ne repose pas sur la vérité ? Question corollaire : qu'est-ce que la vérité ? Il n'y a pas de réponse. Chacun a **sa** vérité, qui est liée à sa conviction, et qu'il érige en absolu, lui faisant perdre toute valeur en soi.

Qu'est-ce que la vérité ? C'est la question que Pilate a posée au Christ, et à laquelle Il n'a pas répondu. Pourquoi ? Parce que, dit Saint Silouane l'Athonite, ce n'était pas la bonne question. Si, au lieu de demander « **qu'est-ce** que la vérité », Pilate avait demandé « **Qui est** la Vérité », le Christ aurait répondu ce qu'Il avait déjà dit : « **Je** suis le chemin, **la Vérité** et la vie ». Ainsi, pour un chrétien, la vérité n'est pas un concept mais une personne : le Christ. Parler le langage de la vérité, c'est être en constante référence avec le Christ. Dans cette optique, la seule perspective, comme nous l'avons annoncé d'entrée, est le salut en Christ. Nous sommes bien loin du compromis.

Autre question : Qu'est-ce que la vie ? Pour nous, la vie n'a plus de secret. Avec les neuro-sciences, la neuro-hormonologie, le scanner à émission de positrons... nous en connaissons les mécanismes les plus intimes ; avec la génétique, nous savons comment elle se transmet, nous sommes capables de la reproduire, de la modifier, même de la détourner. Mais il n'y a qu'une seule chose que nous ignorons toujours : qu'est-ce que la vie ? La seule réponse que nous ayons vient du buisson ardent : « ἐγώ εἰμι ὁ ὢν ». Dieu est la Vie, la source et la plénitude de la Vie. Si la vie n'a plus de secret pour nous dans son fonctionnement, elle reste toutefois un profond mystère de l'Amour de Dieu. Peut-on alors parler de vie sans fonder notre pensée sur Dieu ?

Nous savons que l'homme est créé à l'Image de Dieu, qui est son archétype indélébile même si le péché peut la voiler au point de la rendre méconnaissable, et à Sa ressemblance, qui est le but laissé par Dieu à la libre volonté de l'homme, vers lequel il doit tendre, mais qui reste un don divin. Peut-on alors parler de l'homme sans fonder notre pensée sur Dieu ?

Nous savons que toute la création est l'œuvre de Dieu. L'homme ne crée rien. Il ne fait que découvrir ce que Dieu a créé. Nous devons rester conscients que la science n'est autre que ce que Dieu donne à l'homme de percevoir de Sa création. Et Il ne lui donne pas pour qu'il s'en attribue le mérite ou qu'il l'exploite à son profit, mais, nous rappelle Si.38, 6, Il « a donné aux hommes la science pour que ceux-ci Le glorifient de Ses merveilles ». Peut-on alors parler du rôle scientifique de l'homme sans fonder notre pensée sur Dieu ?

Finalement, si le but réel de la bioéthique, comme nous l'avons dit, est le salut du monde et la transfiguration du cosmos, comment peut-on parler de bioéthique sans que notre pensée soit fondée sur Dieu, centrée sur Dieu et ciblée sur Dieu ?

Nous avons donc à faire le même choix que celui qui a mené nos premiers parents à la séparation et à la chute. Il ne s'agit pas d'accepter ou rejeter la science, le progrès, la médecine, position non crédible et même inacceptable. Le choix réel est de les intégrer dans la voie du salut, qui mène à la Vie, ou de les laisser sous la domination du malin, renouvelant la séparation d'avec Dieu, qui est la mort. On ne peut pas refuser le principe de la recherche, mais il faut examiner comment elle peut être utile au salut de l'homme, en particulier par les voies qu'elle utilise, et par l'usage qu'on en fait. En ce sens, une pensée orthodoxe ne vient pas s'opposer à la recherche et au progrès thérapeutique sur la base d'arguments d'un autre âge auxquels plus personne n'accorde de crédit. Elle vient, en toute connaissance des questions, insister sur les alternatives qui amènent au même résultat tout en respectent les valeurs fondamentales, et dont l'expérience montre qu'elles sont bien souvent beaucoup plus efficaces et prometteuses.

Cela nous amène à poser le **premier principe d'une éthique chrétienne**, qui est le respect de la vie. L'homme ne peut pas altérer, *a fortiori* détruire ce que Dieu a créé. Nous sommes, dans une escalade dans un non respect de la vie dont on peut se demander jusqu'où il ira, et qui porte sur les deux extrémités de la vie : le début, avec les avortements de convenance, certaines techniques de Procréation Médicalement Assistée... ; la fin de la vie, avec essentiellement les problèmes de l'acharnement thérapeutique et de l'euthanasie, mais aussi certaines questions posées par les prélèvements d'organes en vue de transplantation...

Accepter que Dieu soit le seul Maître de la vie et de la mort impose le respect de tout ce qu'Il nous a confié comme les talents de la parabole, non pas pour l'exploiter et le détruire,

mais pour le faire fructifier, s'épanouir, et le Lui remettre au temps venu. Alors, devenant gênant pour le chercheur, Dieu est marginalisé, et remplacé par l'homme qui se veut une nouvelle fois être « comme » des dieux. Cette déviance se retrouve totalement dans la notion de « projet parental » : Un embryon est un être vivant si les parents ont décidé de mener la grossesse à terme. Dans le cas contraire, ce n'est plus un être vivant, mais un matériel biologique utilisable. Ce n'est plus Dieu Qui donne la Vie, c'est l'homme qui octroie la vie.

Cela nous amène à poser un **second principe d'une éthique chrétienne**. Les chrétiens ont un rôle de témoins, par leurs paroles, par leurs actes, par leur exemple. Nous devons avoir conscience que l'enjeu d'une pensée bioéthique, n'est autre que la place que nous laissons à Dieu dans le débat bioéthique, reflet exact de la place que nous Lui laissons dans la création, elle-même reflet exact de la place que nous Lui laissons dans notre vie personnelle. Accepter de relativiser la valeur de la vie, c'est accepter de relativiser notre foi en Dieu ; accepter la banalisation et l'utilisation de la mort comme d'une technique, c'est rejeter Dieu de notre vie personnelle ; accepter un pseudo-salut d'une humanité nébuleuse portée à l'état d'idole au prix de la mort de vies innocentes, c'est rejeter la seule voie du salut, Qui est le Christ. En ce sens, on pourrait résumer une éthique orthodoxe, ou simplement chrétienne à cette simple question : « Est-ce que ce que je dis, ce que je fais, est conforme à la foi que je confesse et qui me fait vivre ? »

Nous arrivons au **troisième principe d'une éthique chrétienne**. Dieu est la Vie. Dieu est Amour et miséricorde. On ne peut alors qualifier de « chrétienne » qu'une éthique qui adopte comme critères l'Amour et la miséricorde. L'Orthodoxie fait appel à la notion d'« économie ». Cette « économie » est liée au fait que Dieu S'adapte perpétuellement à toutes les situations que l'homme se crée, pour lui permettre de revenir dans la voie du salut. C'est la possibilité qu'Il donne à l'homme de transformer toute situation, y compris de péché, en occasion de salut, par le repentir et la conversion.

Cela nous amène dans une optique totalement différente de l'éthique. Pour l'Orthodoxie, elle ne consiste pas à élaborer des lois morales, ni à jeter des anathèmes, mais à aider des êtres qui se trouvent confrontés à des problèmes. Elle ne cherche pas à catégoriser des problèmes pour leur donner une réponse dogmatique sous forme d'une loi générale. Elle ne peut proposer de réponse qu'au cas par cas, en fonction de chaque être, de chaque cas particulier, de chaque circonstance particulière, en sachant que l'« économie » ne limite pas le choix entre ce qui est « bien » et ce qui est « mal », et que l'on ne doit pas faire, mais que, lorsque l'on n'a que des mauvaises solutions, on peut choisir la moins mauvaise en fonction de la vie et de l'Amour, ce qui implique aussi le repentir et la volonté de conversion. Il ne faut pas oublier que, loin de tout principe moral, le « bien » est ce qui nous rapproche de Dieu, et le « mal » ce qui nous en sépare, alors que le monde considère comme « bien » ce qu'on a imposé comme possible puis habituel, le « mal » devenant *de facto* « bien » par la force de l'usage, de l'habitude et de la loi qui le pérennise et en élargit les domaines d'application.

L'éthique n'est plus centrée sur une réflexion morale, mais sur l'Amour de l'être auquel Dieu a donné la vie.

Dans tout cela, quel est le **rôle de l'Eglise** et quelle doit être sa position dans le débat éthique ?

On reproche souvent à l'Eglise orthodoxe de ne pas prendre de position officielle, contrairement aux autres religions. Il ne faut, tout d'abord, pas oublier que l'Eglise orthodoxe

n'a pas de magistère enseignant qui serait susceptible de prendre des positions en son nom. En second lieu, nous avons vu qu'elle ne répond pas à une loi générale, mais à des cas particuliers. Enfin – et peut-être surtout – l'Eglise, tout en étant *dans* le monde, n'est pas *du* monde. Elle n'a pas à interférer dans des polémiques qui sont du monde. Son rôle est de guider le peuple de Dieu dans la seule question fondamentale : « Comment atteindre le Royaume de Dieu ? ». C'est aussi la seule optique dans laquelle elle peut répondre aux questions éthiques : Elle indique, avec le langage de la vérité, la nature réelle des problèmes envisagés. En cela, elle doit donc avoir la connaissance de ces problèmes, de leur réalité, et suivre leur évolution. Elle rappelle l'enseignement du Christ et la tradition de l'Eglise, qui apportent la lumière même sur les questions les plus actuelles. Puis elle laisse aux fidèles le choix de leur pensée et de leur conduite, dans la plénitude de leur liberté. En effet, la plénitude de la liberté implique l'avertissement des conséquences des actes, à l'image de l'avertissement divin « Si vous mangez de l'arbre, vous mourrez certainement », qui, loin d'être une menace, est un avertissement sur les conséquences du choix.

Au final, on se trouvera souvent devant l'évidence que la plupart des questions qui induisent les débats éthiques sont liées aux désirs d'un monde déchu qui s'est séparé de Dieu, ou à un refus d'accepter Sa Volonté, mais qu'en réalité, dans l'optique d'un retour au Royaume des Cieux, ces questions ne se posent même pas. Je citerai journal du père Alexandre Schmemmann : « Qui a inventé (et nous en vivons aujourd'hui) que religion égale solution des problèmes, réponses. Elle est toujours passage à une autre dimension et par conséquent non pas solution des problèmes, mais suppression des problèmes. Les problèmes, cela vient aussi du diable. »¹

Mais nous vivons dans le monde, et un chrétien peut se trouver confronté à des situations parfois très douloureuses. Il doit trouver une aide dans l'Eglise : Il ne lui demande pas une réponse dogmatique, mais une aide personnelle, qui tienne compte de ce qu'il est, de son problème, des conditions particulières dans lesquelles il se pose. Comme Il doit, à l'exemple de Rebecca (Gn.25, 21), « consulter le Seigneur ». C'est le rôle prophétique des pères spirituels, et on ne dira jamais assez à quel point il est important de parler avec un père spirituel dans toutes les situations de souffrance, où il apporte la lumière de l'Esprit Saint pour permettre à chaque être de trouver lui-même la réponse dans la plénitude de sa liberté. Mais, pour cela, il doit avoir une connaissance réelle de la nature des questions.

Le terme même de bioéthique est ici dépassé. Il est remplacé par la compassion de l'Eglise face à la souffrance de l'être ; une compassion qui est en même temps une aide et un guide pour suivre, même s'il est étroit et tortueux, le chemin qui débouche dans la Lumière de la divine Trinité.

II. Quelques notions anthropologiques

- L'homme est une unité corps-âme.

Un certain courant perdure, y-compris dans l'Orthodoxie, d'un dualisme opposant corps et âme. Il se fonde sur le second récit de la création. Si le premier (Gn.1, 26-27) en montre le caractère instantané, le second (Gn.2, 7), montre une chronologie qui n'est, en réalité, que didactique. Dieu insuffle Son Souffle dans la glaise pendant qu'il la modèle. On

¹ Alexandre Schmemmann : Journal (1973-1986), Syrtex Ed. Paris 2009, p.32

ne peut donc pas séparer l'âme et le corps. Le père Jean Breck dit que l'homme n'*a* pas une âme, mais *est* une âme, une âme incarnée. Cela intéresse une médecine qui oublie que la maladie est une atteinte de l'être dans sa globalité. Ignorer cette unité de l'être en ne traitant que le somatique amène à l'échec thérapeutique.

Réciproquement, l'homme n'*a* pas un corps, mais *est* un corps, un corps animé. Le corps n'est donc pas une chose que l'on possède, cessible et aliénable, mais une **personne**, inaliénable et qui possède la dignité en tant que – écrit le père Placide Deseille – elle est « apte à être divinisée »².

Qu'est-ce qu'une « personne » ? Ce n'est pas une entité à part mais elle se définit, pour Mgr. Kallistos (Ware), dans une double dimension : verticale qui est sa relation à la divine Trinité ; horizontale, qui est une relation d'Amour fraternel au sein du Corps du Christ. Le corps est donc impliqué dans la relation à Dieu au même titre que l'âme. C'est pourquoi St. Paul dit aux corinthiens : « Glorifiez Dieu dans votre corps » (1Co.6, 20).

Le corps est une unité participante avec l'âme. Nous en avons une démonstration dans le domaine des maladies psycho-somatiques, mais également et à l'inverse, dans l'expérience ascétique, ou, à l'extrême, dans le martyre. Cela s'applique de façon pratique dans la vie courante, et je pense en particulier dans le cadre des soins de fin de vie. Nous y reviendrons cet après-midi.

- L'homme est unique.

Toutes les religions affirment cette unicité de l'homme, qui est par ailleurs démontrée par la génétique, la probabilité d'avoir deux êtres identiques étant quasi-nulle³. Même dans le cas de jumeaux homozygotes, (ou « vrais » jumeaux), les phénomènes d'ordre épigénétique (méthylation, acétylation, plasticité cérébrale...) font qu'ils sont finalement différents.

Chaque être étant unique, il est différent des autres, et cette altérité culmine dans le « mystère de l'être », mystère que même lui ne peut pénétrer totalement, qui n'est connu dans sa profondeur que de Dieu, le seul « Qui sonde les reins et les cœurs ». Ce mystère est inviolable. On ne peut pas chercher à l'accaparer de l'extérieur. Il ne peut que se donner, se révéler dans une relation d'Amour. Le respect de ce mystère est essentiel dans toute relation humaine – et je dirai fondamental dans la vie conjugale –, en particulier dans le rapport entre le soignant et le malade.

- De l'Image à la ressemblance.

L'homme est créé à l'Image de Dieu. C'est la globalité de l'homme, qui – hormis le péché – a été assumée par le Verbe incarné, « ...prenant la condition de serviteur, devenant semblable aux hommes et reconnu à Son aspect comme un homme... » (Ph.2, 7). St. Nicolas Cabasilas dit que, par Son incarnation, le Verbe a uni la nature humaine à la nature divine,

² P. Placide Deseille : « La spiritualité orthodoxe », Bayard Ed. Paris, 1997, p.81

³ Le génome humain comporte 30.000 à 40.000 gènes, représentant 3,2 milliards de paires de nucléotides. Une cellule diploïde possède donc 6,4 milliards de paires de nucléotides. 50 « crossing over » par méiose réalisent un brassage donnant 10^{40} combinaisons. La multiplication cellulaire portant sur 23 paires de chromosomes donne $2^{23} = 8 \times 10^6$ combinaisons possibles. Chaque fécondation donne $(8 \times 10^6)^2 = 64 \times 10^{12}$ combinaisons possibles. A cela s'ajoute la « loterie » de la fécondation où, sur plusieurs centaines de millions de spermatozoïdes, un seul sera fécondant. Au total : la probabilité d'avoir deux êtres identiques est de $1/4 \times 10^{87}$.

détruisant l'obstacle de l'altérité des natures⁴. Cela pose le problème de la réalisation et de l'utilisation de chimères, mais doit aussi faire réfléchir à celui des hétérogreffes.

Si, comme nous l'avons vu, l'Image est l'archétype de la création de l'homme, la ressemblance est le but que Dieu laisse à sa liberté et sa volonté, en sachant qu'elle n'est pas le résultat des « mérites » de l'homme, mais qu'elle est donnée par Dieu à celui qui la cherche. La vie est un cheminement de l'Image vers la ressemblance. Dans ce cheminement, nous sommes guidés par la Lumière du Christ, et aidés par toutes les énergies divines, les grâces que Dieu nous dispense quotidiennement et sans compter : les joies, mais aussi les peines, les épreuves, les souffrances, la maladie, en un mot la croix que le Christ nous exhorte à assumer pour Le suivre (Mt.16, 24).

Cela met un terme à toute discussion sur l'acharnement thérapeutique, sur l'euthanasie ou le suicide assisté, ou plutôt – rappelons ce que disait le père Alexandre Schmemmann – cela fait que la question ne se pose même plus.

- Le corps est sacré.

Le corps est sacré en tant qu'homme dans son unité. Il est sacré de par son mode de création par le Conseil divin. Il est sacré parce qu'il est créé à l'Image de Dieu. Il est sacré, rappelle saint Paul, parce qu'il est membre du Corps du Christ, parce qu'il est appelé à être le temple de l'Esprit et à être donné en oblation à Dieu. Il est sacré par sa participation sacramentelle au Corps du Christ, en particulier par sa triple immersion dans la mort et la résurrection du Christ par les eaux du Baptême, prémisses de sa résurrection « incorruptible », « éclatant de gloire », « plein de force », « spirituel » (1Co.15, 42-44). Ce caractère sacré implique le respect du corps dans tout ce qui est soins, techniques médico-chirurgicales, recherche, en particulier génétiques ou d'imagerie cérébrale...mais également dans la pratique des prélèvements post-mortem, dans la détermination des critères de mort et dans une réflexion sur l'extension progressive – que l'on constate de fait – des organes et tissus prélevables.

- L'homme est co-créateur.

Il nous faut considérer que l'homme actuel a une responsabilité sur le devenir du monde, et cela ouvre la porte sur un faisceau considérable de questionnements éthiques.

Reprenons une brève exégèse des récits de la création de l'homme. Lorsque « Dieu les bénit en ces termes : 'remplissez la terre et *dominez-la* ; *commandez* (...) à toute la terre...' », « dominez » est exprimé par *κατακυριευσατε*, qui signifie exactement « soyez le Seigneur ». « Commandez », que l'on voit également traduit par « soumettez », est exprimé par *αρχετε*, qui signifie « régnent sur... ». Il n'est pas question de l'imposition d'une autorité humaine, mais Dieu lui donne un rôle de gestion royale.

Il lui donne également celui de celui de parachever toute l'œuvre qu'Il avait faite. La création en tant qu'acte créateur est achevée au sixième jour. Mais, en tant qu'œuvre faite par Dieu, elle ne fait que commencer : Dieu Se repose le septième jour de toutes Ses œuvres, « *que Dieu avait commencé de faire* »⁵. La création n'est donc pas statique et figée, mais dynamique et évolutive. Et l'homme est institué comme responsable de cette dynamique et de

⁴ Dans « La vie en Christ » (t.1, III, 7), St. Nicolas Cabasilas dit que le Christ a détruit les trois obstacles qui séparent l'homme de Dieu : Celui de l'altérité des natures, par Son incarnation ; celui du péché, par Sa mort ; celui de la mort, par Sa résurrection.

⁵ (*παντων των εργαων αυτου, ων ηρξατο ο Θεος ποιησαι*)

cette évolution : « Le Seigneur *prit* l'homme qu'Il avait façonné et *le mit* dans le jardin pour qu'il le travaille et le garde ». « *prit* » est exprimé par $\epsilon\lambda\alpha\beta\epsilon$, que l'on retrouve en particulier chez Sophocle et chez Xénophon dans le sens de « prendre comme assistant » et *le* « *mit* » est exprimé par $\epsilon\theta\epsilon\tau\omega$, qui signifie « instituer », mais aussi « consacrer ». Ainsi, Dieu crée l'homme auquel il confère la royauté sur la création, et le consacre comme co-créateur pour l'amener vers l'accomplissement.

Mais il faut apporter une précision : Lorsque Dieu crée l'homme, en réalité, c'est l'humanité dans sa globalité qu'Il crée. On peut alors concevoir que le rôle de « co-créateur » qui est donné à Adam est, en réalité, donné à l'humanité tout entière et de tous temps. C'est à l'humanité toute entière et aujourd'hui même que Dieu donne le rôle de faire progresser la création tout en la protégeant. Quelle meilleure définition peut-on donner de l'éthique et de l'écologie ?

II. ORTHODOXIE ET ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

L'essor considérable des techniques de procréation médicalement assistée (PMA) pourrait réjouir beaucoup de couples souffrant de stérilité, si elles ne traînaient pas dans leur sillage de nombreuses déviations, dont la destruction de vies qui ont, pour beaucoup de savants, moins d'importance que la connaissance scientifique, ou l'application de nano-technologies, qui rend l'horizon très inquiétant.

Parallèlement, le « droit *de* l'enfant » sujet d'un amour infini, tend à disparaître au profit du « droit *à* l'enfant » objet d'un désir égoïste. Rappelons que le couple a, selon un décret de 2006, la possibilité de signer simultanément le consentement à l'implantation d'un embryon pour mener à terme une grossesse, et la cession à la recherche de ceux qu'il n'utiliserait pas.

Lorsque l'on aborde la Procréation Médicalement Assistée on doit avoir à l'esprit cette phrase de Saint Paul : « Tout m'est possible mais tout n'est pas profitable ».

Je vous proposerai donc de survoler les techniques de PMA et leurs dérivés, puis d'envisager ce qui est profitable et ce qui ne l'est pas.

Les techniques de P.M.A.

L'**insémination artificielle** est la plus ancienne, puisqu'elle remonte à 1792. Elle consiste à recueillir le sperme dans une seringue, pour l'injecter au contact du col utérin. Les années passant, cette pratique, a connu des améliorations avec les inducteurs d'ovulation, la concentration par centrifugation, la sélection des spermatozoïdes les plus actifs, puis l'insémination intra-utérine. Malgré tout, le taux de grossesses reste faible.

Le plus souvent, on réalise une insémination artificielle avec les gamètes du conjoint, ou IAC. Mais, en cas d'absence ou de mauvaise qualité des spermatozoïdes, il est possible de recourir à une insémination artificielle avec donneur de sperme, ou IAD. L'idée naît alors de conserver le sperme de donneurs sous forme congelée dans des banques de sperme. En France, il s'agit du Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains, ou CECOS.

La **Fécondation In Vitro**, ou FIV, est la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde en dehors du corps maternel, dans un tube en verre, autrement dit « *in vitro* ». Elle peut être suivie du transfert de l'embryon « *in vivo* » dans l'utérus maternel. C'est la FIVETE (pour Fécondation In Vitro Et Transfert de l'Embryon). Elle consiste à prélever des ovocytes par ponction dans le ventre de la mère, les mettre au contact des spermatozoïdes paternels dans un milieu biologique adéquat où ils sont fécondés, puis les transférer dans l'utérus maternel au bout de 2 jours, au stade de 8 cellules.

Mais La FIVETE se heurte à un certain nombre de difficultés :

Tout d'abord le **nombre d'ovocytes** prélevés.

Le prélèvement d'ovocyte étant loin d'être un geste anodin, il est préférable de recueillir plusieurs ovules dans le même temps. La **stimulation ovarienne** va permettre de produire, donc de prélever de 3 à 10 ovocytes. Qu'en faire ?

Contrairement au sperme, l'ovule ne pouvait pas (jusque récemment), être congelé. Par contre, un embryon peut être congelé et conservé avant d'être implanté. Tous les ovocytes prélevés vont donc être fécondés. Certains des embryons résultants seront transférés, les autres seront congelés. Ce sont les « **embryons surnuméraires** ». Aujourd'hui, la « vitrification », congélation ultra-rapide des ovocytes sous couvert de cryo-protecteurs, donne l'espoir de pouvoir ne plus faire d'embryons surnuméraires⁶.

Combien d'embryons doit-on transférer ? Actuellement, l'amélioration de la FIV permet de se limiter à l'implantation d'un ou, au maximum deux embryons, en sachant que le taux de réussite est en grande partie lié à l'âge de la mère.

Quel est le **devenir des embryons surnuméraires congelés** ? 4 éventualités :

- Ils vont pouvoir être transférés dans un deuxième temps, soit en cas d'échec de la première implantation, soit pour compléter le « projet parental » par d'autres procréations.

Les embryons surnuméraires « orphelins », ne faisant plus l'objet d'un projet parental ont un devenir des plus aléatoires :

- ils peuvent faire l'objet d'un don à un autre couple stérile ;
- ils peuvent servir à la recherche, en sachant qu'ils seront alors détruits ;
- Si les parents ne se manifestent plus, ils seront détruits au bout de 5 ans.

L'origine des gamètes.

Selon la présence ou la qualité des gamètes paternelles et maternelles, on peut avoir recours à un don de sperme, ou à un don d'ovule. Une FIV « intraconjugale », c'est-à-dire réalisée avec les gamètes des parents, est dite « homologue ». Si l'on a recours à des donneurs, on la dit « hétérologue ». L'implantation d'un embryon provenant d'un double don de sperme et d'ovule est assimilable à un don d'embryon, et reste dans le cadre de la FIV hétérologue.

La qualité des spermatozoïdes (nombre insuffisant ou absence de spermatozoïdes, manque de la vigueur nécessaire à la fécondation) peut être palliée par la possibilité d'injecter directement un spermatozoïde dans l'ovocyte : c'est l'ICSI, pour Intra Cellular Sperm Injection, qui donne un taux de réussite équivalent ou même légèrement supérieur à celui de la FIV classique. Elle verra 2 types d'évolutions: La possibilité de féconder l'ovocyte avec une forme non mature de spermatozoïde, dans certains cas d'azoospermie. La possibilité de choix du spermatozoïde fécondant par examen à fort grossissement, l'IMSI, pour Intra Cellular Morphological Sperm Injection.

Précisons d'emblée que ces techniques présentent l'inconvénient de transmettre directement à la génération suivante une stérilité et/ou une anomalie génétique, en particulier un gène de la mucoviscidose.

Reste le problème de l'**impossibilité de grossesse** liée à une malformation grave, ou à une **absence de l'utérus**. Cela pose le problème éminemment polémique de la Gestation Pour Autrui, ou GPA, terme pudique pour ne pas dire « mère porteuse », actuellement interdite en France malgré de fortes pressions.

Après ce survol des principales techniques, envisageons les **corollaires techniques** de la PMA.

⁶ La loi italienne interdit de faire des embryons surnuméraires depuis que la vitrification est autorisée. En France, il semble malheureusement que l'Agence de Biomédecine ne renonce pas aux embryons surnuméraires, mais leur applique la technique de vitrification.

Le **Diagnostic pré-implantatoire**, ou DPI, consiste à dépister, avant l'implantation de l'embryon, une anomalie génétique.

Pour comprendre, il est nécessaire de rappeler le premier stade embryologique. La fécondation de l'ovocyte par un spermatozoïde détermine la formation d'un œuf appelé « zygote ». Ce zygote se divise en 4, 8, puis 16 cellules appelées « blastomères ». Chaque blastomère est « totipotent », c'est-à-dire capable, si on l'isole, de se développer pour donner un autre embryon. C'est ce qui se produit dans le cas de jumeaux homozygotes, ou « vrais » jumeaux. Rappelons qu'au stade suivant – celui de « blastocyste » –, les cellules deviennent des « Cellules Souches Embryonnaires », qui ont perdu leur totipotence, et sont « pluripotentes », c'est-à-dire capables d'évoluer vers tous types de cellules et de tissus, donc d'organes.

Le DPI consiste à prélever une cellule, sur un embryon au stade de 8 blastomères, où toutes les cellules sont encore identiques, ce qui n'altère pas l'embryon et n'entrave pas son développement. Le génome de la cellule prélevée sera examiné. S'il est indemne, l'embryon tout entier est indemne et peut être implanté. S'il présente une anomalie génétique, l'embryon sera détruit.

Ce DPI ayant comme but d'éviter la transmission d'une tare génétique, on conçoit, étant donné le risque statistique, qu'il faudra réaliser un nombre important d'embryons pour en trouver un indemne.

Trois évolutions sont à redouter :

L'extension du DPI à la recherche d'une maladie incurable à révélation tardive, telle la chorée de Huntington, ou de facteurs de prédisposition à certains cancers comme le sein ou l'utérus, faisant courir le risque de sacrifier des embryons sur une prédiction lointaine, comme une forme d'eugénisme préventif.

Le risque de choix génétique (en particulier du sexe), comme cela se produit aux Etats Unis, d'enfants à la carte, ou de demandes carrément déraisonnables⁷.

L'évolution technique avec la « puce à ADN », qui permet l'étude simultanée de milliers de caractères génétiques, ou le séquençage à haut débit de l'ensemble du génome.

Le double DPI ou « **bébé-médicament** », pudiquement appelé « bébé du double espoir ». Le principe en est le suivant :

Un enfant est atteint d'une maladie génétique incurable et mortelle nécessitant une greffe de moelle, mais il n'y a pas de donneur compatible. On génère par FIV un frère ou une sœur dont on prélèvera le sang de cordon, riche en cellules souches, pour greffer l'enfant malade. Pour donner un maximum de chances de réussite, on fait le plus possible d'embryons, environs 15 par cycle, en sachant qu'en cas d'échec, plusieurs cycles pourront être tentés. Les embryons vont être soumis à un double DPI :

- Le **1^{er} DPI** porte sur la totalité des embryons conçus, pour trouver ceux qui soient indemnes de la tare génétique. Tous les autres sont détruits ou donnés à la recherche.

- Le **2^{ème} DPI** porte sur les embryons indemnes, pour trouver celui – ou ceux – qui seront compatibles sur le plan immunitaire. Les autres seront détruits ou destinés à la recherche. Si plusieurs sont compatibles, un seul est implanté, les autres sont congelés en vue d'un autre cycle éventuel.

⁷ Comme ce couple de malentendants qui désirait avoir un enfant qui serait également malentendant, et demandait que l'on supprime tous les embryons sains !

En un mot, le bébé « du double espoir » repose sur une destruction massive et programmée d'embryons, y-compris d'embryons sains. Même si l'on a rapporté quelques cas de succès, c'est, le plus souvent, un leurre qui n'amènera rien d'autre que de graves problèmes psychologiques.

S'il y a vraiment un double espoir, c'est ailleurs qu'il faut le chercher. D'abord dans la recherche sur les cellules souches pluripotentes induites (iPS), cellules de peau reprogrammées par un cocktail de gènes pour revenir à l'état de pluripotence qu'elles avaient avant leur différenciation initiale. Ces cellules ont montré expérimentalement leur efficacité sur la drépanocytose, l'une des indications du double DPI ; ensuite sur le développement de réseaux internationaux de banques de sang de cordon qui fait qu'actuellement, pratiquement tous les candidats à la greffe peuvent avoir l'espoir de trouver un sang compatible. Rien ne justifie donc la pratique du double DPI.

Quelles limites à la Procréation Médicalement Assistée ?

En d'autres termes : Comment déterminer ce qui est profitable et ce qui ne l'est pas ? Deux ordres d'éléments sont à prendre en considération : le principe même de l'AMP, et la technique.

Les éléments de principe :

Pour l'Orthodoxie, l'enfant est un don de Dieu, une bénédiction, la « valeur ajoutée » que Dieu donne au mariage. L'enfant est désiré pour ce qu'il est, et non pour ce qu'on voudrait qu'il soit. Le droit à l'enfant n'existe pas. Le seul droit est celui *de* l'enfant.

Il y a un **aspect trinitaire** de la procréation. L'enfant est conçu par le couple dans une périchorèse d'amour⁸ : amour des époux entre eux et pour cet enfant, à l'image de la périchorèse d'Amour de la divine Trinité.

Il y a un **aspect ecclésial** : pour Saint Jean Chrysostome, la famille est une « petite église », remplaçant la procréation et la vie familiale dans le cadre de l'économie du salut.

Il y a enfin un **aspect eucharistique** de la procréation, qui s'exprime par ces paroles de l'anaphore de la divine Liturgie : « Ce qui est à Toi, le tenant de Toi, nous Te l'offrons, en tout et pour tout ». Là est le seul projet parental. On est bien loin de l'« enfant si je veux, quand je veux, comme je veux », témoin d'un égoïsme à deux qui néglige l'enfant, dans sa forme la plus fragile qu'est l'embryon, et témoin d'une volonté de rejeter Dieu de la vie du couple.

Qu'en est-il alors de la stérilité ? C'est une situation douloureuse et unique. Douloureuse, car l'absence de grossesse au bout d'un certain temps de mariage, les espoirs régulièrement déçus, les fausses couches à répétition...représentent une véritable souffrance. Unique parce que chaque couple est unique et qu'au sein du couple, la souffrance de chaque être est unique.

Elle représente une épreuve crucifiante, capable de resserrer le couple ; ou elle représente la pierre d'achoppement qui risque de le déséquilibrer, éventuellement de le séparer.

Elle peut se vivre ensemble dans la foi, dans la recherche de la volonté de Dieu, comme la croix dont le Seigneur nous demande de nous charger pour Le suivre. Elle peut se vivre comme ce profond mystère de l'économie divine que révèle le Livre de la Sagesse (Sg.

⁸ « Périchorèse d'Amour » pourrait être définie comme un « Amour tous azimuts ».

3,13) : « Heureuse la femme stérile mais sans tache... Sa fécondité paraîtra lors de la visite des âmes », fécondité « eschatologique » qui permet, comme le dit Paul Evdokimov, que « telle défaite matérielle se convertisse en victoire spirituelle ».

Mais elle peut ne pas être acceptée par le couple. Quelle peut alors être la place d'une procréation médicalement assistée ?

Il paraît bien difficile – j'allais dire bien éloigné de l'Amour de Dieu – d'opposer à la souffrance un raisonnement froid et intellectuel arguant que l'A.M.P. est « moralement irrecevable », car elle « dissocie l'acte sexuel et procréateur » et constitue une « domination de la technique sur l'être humain »⁹.

L'Orthodoxie n'envisage la question de principe qu'au cas par cas, dans la compassion et dans un esprit d'économie, en fonction de chaque couple, de chaque circonstance, de la façon dont le couple vit cette stérilité, du retentissement qu'elle peut éventuellement avoir sur lui et sur son équilibre, et toujours dans le respect de sa liberté. En ce sens, l'Orthodoxie, n'a pas une opposition de principe à l'AMP, bien qu'elle ne la recommande pas non plus. Elle met aussi dans la balance l'alternative de l'adoption d'un enfant déjà au monde et abandonné, qui ne demande qu'à grandir dans un foyer d'amour total et gratuit.

Les éléments techniques :

Il nous faut revenir sur une donnée essentielle : Le **respect de la vie**, dont nous confessons qu'elle est un trésor divin qui nous est confié par Dieu comme les talents de la parabole.

Mais quand commence la vie ? Pour le christianisme comme d'ailleurs pour la majorité des scientifiques, la vie commence avec la fécondation, et elle est d'emblée humaine et unique.

- C'est une **vie** parce que, si l'on n'intervient pas, l'embryon qui en résulte va se développer pour donner, dans un *continuum* ininterrompu, un fœtus, un enfant, un adulte qui évoluera jusqu'à sa mort puis dans la vie éternelle.

Que penser de la notion – essentiellement anglo-saxonne – de « pré-embryon », qui se situe avant le 14^{ème} jour ? Si l'on observe, durant cette période, la richesse des échanges avec le milieu maternel, et l'activité humorale et mécanique de l'embryon pour préparer son implantation – ou « nidation » –, on ne peut qu'en conclure que la notion de « pré-embryon » n'est pas concevable, *a fortiori* pas acceptable.

- C'est une **vie humaine** parce que, dès le moment de la « syngamie », est élaboré un génome à 46 chromosomes qui est spécifique de l'espèce humaine. La multiplication cellulaire par mitose reproduit à l'identique ce génome initial, constituant ainsi la « carte d'identité » génétique de l'être, qui permettra de l'identifier même longtemps après sa mort. Rappelons que c'est par l'analyse de son génome que l'on a découvert la filiation de Toutankhamon 3000 ans après sa mort !

- Cette vie humaine est **unique** parce que, avec les différents facteurs de brassage, de combinaisons et de multiplication des gènes, avec la « loterie » de la fécondation où, sur

⁹ Encyclique « Humanae Vitae ».

plusieurs centaines de millions de spermatozoïdes tous génétiquement différents, un seul sera fécondant, le résultat est que la probabilité d'avoir 2 êtres identiques est quasi-nulle. Même dans le cas de jumeaux homozygotes, les phénomènes épigénétiques (méthylation, acétylation, mais surtout plasticité cérébrale...) font qu'ils sont finalement différents.

Un chrétien est donc amené à voir, dès la fécondation, un aspect évolutif de ce qui est une personne humaine, unique, porteuse de l'Image de Dieu, aimée de Dieu, appelée à la déification pour laquelle Dieu S'est fait homme. Il faudrait bannir de notre langage les termes de zygote, embryon, fœtus... pour les remplacer par le seul terme juste : l'enfant. Quel couple fondant une famille parlerait de son zygote ou de son embryon ? Depuis le début, c'est leur enfant qu'ils aiment.

La procréation, même si elle est médicalement assistée, consiste à donner la vie. Elle ne peut pas en même temps donner la mort. Un couple qui déciderait d'une P.M.A. ne peut pas accepter, pour donner la vie à un enfant, d'en tuer d'autres, qui sont tout autant ses enfants. Il ne peut donc pas accepter que l'on fasse des embryons surnuméraires susceptibles d'aboutir au don à un autre couple, ou à la destruction en passant éventuellement par la « case recherche ».

Nous avons vu que le taux de succès permettait le transfert d'un ou, au maximum, deux embryons. Il ne faut alors pas féconder plus d'ovocytes que ce nombre d'embryons. Corollaire de cela, il ne faut pas accepter de stimulation ovarienne destinée à multiplier les ovocytes.

A côté du respect de la vie, une autre donnée est liée à la **théologie orthodoxe du mariage**. Il existe deux aspects complémentaires et indissociables du mariage.

D'une part, l'union conjugale de l'homme et de la femme est à l'image de l'union du Christ et de l'Eglise. L'homme et la femme deviennent « une seule chair » comme l'Eglise est le corps du Christ. Cette unité se concrétise dans le couronnement, où l'épouse est la couronne de l'époux et l'époux celle de l'épouse, encore magnifié par le mouvement d'échange des couronnes.¹⁰

Ensuite, dans l'union conjugale, l'homme et la femme sont unis en même temps entre eux et à Dieu, déterminant une fidélité réciproque de l'homme et de la femme entre eux, mais aussi avec Dieu, car, si les époux s'engagent vis-à-vis de Dieu, Dieu S'engage vis-à-vis d'eux : dans la fidélité à la promesse, traduite par l'échange des anneaux, signe de l'alliance entre Dieu et Son peuple, actualisée en alliance entre le Christ et Son Eglise ; dans sa protection pour l'éternité : c'est le sens de la déposition des couronnes sur l'autel tandis que le prêtre demande « Reçois leurs couronnes dans Ton Royaume, les préservant de tout ce qui pourrait ternir leur éclat, pour les siècles des siècles ».

Le mariage crée donc entre les époux un lien univoque et réciproque en Christ. St. Paul rappelle que « La femme est inséparable de l'homme devant le Seigneur ». **Il ne peut donc y avoir de tiers dans la procréation qui résultera de cette union sacrée**. Un couple qui déciderait d'une P.M.A. doit être conscient que l'utilisation de gamètes étrangères, soit par don de sperme, soit par don d'ovule, *a fortiori* par don d'embryon, les mettraient en porte-à-faux avec l'essence même de leur mariage. S'ils recourent à une P.M.A., elle ne peut être qu'homologue, c'est-à-dire avec l'ovule de la mère et les spermatozoïdes du père.

A fortiori, l'utilisation du ventre étranger d'une « mère porteuse » transformerait le don divin qu'est la procréation en un marché commercial et mettrait de fait le couple hors de

¹⁰ Rappelons que, dans le rite grec, les deux couronnes sont liées l'une à l'autre par un ruban.

la vie de l'Eglise.

Revenons enfin sur le DPI. Nous avons vu qu'il consiste à dépister une tare génétique par examen d'une cellule de l'embryon. La conséquence est la destruction de cet embryon s'il est atteint, ce que l'on peut traduire par cet adage : « Tout enfant malade sera tué ».

Mais allons plus loin. Nous avons vu qu'au stade à 8 blastomères, qui est celui du DPI, chaque cellule est totipotente. Cela veut dire qu'en prélevant un blastomère, on génère un jumeau à cet embryon, et l'étude génétique portera sur ce jumeau qui sera détruit à la fin de l'étude, même s'il est normal. Et nous entendons ces paroles du Christ : «...Chaque fois que vous l'avez fait à l'un de ces plus petits, qui sont Mes frères, c'est à Moi que vous l'avez fait » (Mt.25, 40).

Un couple chrétien désirant une AMP mais présentant un risque de maladie génétique, ne peut pas accepter de DPI. S'il présente le risque de générer un enfant malade, il doit **renoncer à l'AMP et recourir à l'adoption.**

III ACCOMPAGNEMENT DES MALADES

Parler de l'accompagnement des malades va nous amener à parler essentiellement de l'approche de la mort. Toute maladie vient nous rappeler que l'être est mortel. Toute maladie grave génère la crainte de la mort. Dans cette crainte de la mort, il y a deux composantes très différentes : D'un côté la peur de la **mort** en tant que terme de la vie terrestre, même si nous avons cette certitude qu'elle est un passage vers la vie éternelle. Faute d'un accompagnement correctement mené, la peur de la mort va pouvoir générer un désir d'obstination déraisonnable. De l'autre côté, la peur du « **mourir** », c'est-à-dire de ses conditions de survenue avec la crainte de la souffrance, de l'angoisse, de la dégradation du corps, de la dépendance. Faute d'un accompagnement correctement mené, la peur du mourir va pouvoir générer une demande d'euthanasie. Nous voyons déjà l'importance d'un accompagnement du malade en fin de vie. Disons d'emblée que la pratique des soins palliatifs est la réponse préventive aux deux demandes, et nous verrons que la spiritualité du malade y joue un rôle primordial.

Je voudrais apporter une précision qui me semble importante sur la spiritualité. Nous parlons de l'accompagnement des malades dans l'optique de notre foi orthodoxe. Nous avons tendance à assimiler la spiritualité à la religion, à la considérer comme une forme de relation à Dieu, limitant notre réflexion aux croyants, chrétiens voire orthodoxes. Dans la pratique, on trouve, parmi les malades que l'on est amenés à accompagner, un nombre limité de croyants, encore plus limité de chrétiens, et un nombre minime d'orthodoxes. Or, qu'est-ce que Dieu attend de nous ? Que, médecins, membre de l'équipe soignante, accompagnants ou proches du malade, nous lui apportions un accompagnement d'une qualité, avec une attention et un amour identiques, qu'il soit orthodoxe, juif, musulman ou athée.

Il nous faut reconnaître qu'il existe, à côté d'une spiritualité religieuse, une spiritualité authentique qui peut se nourrir et s'exprimer dans une forme différente, qui peut être une philosophie ; qui peut être également la nature, la musique, la poésie, la peinture, toute forme d'art exprimant la beauté, l'amour de la beauté – ce que nous appelons la « philocalie » – qui permet à l'être de vivre et d'accomplir sa vie intérieure. Elle est une forme d'enrichissement spirituel de l'être au même titre que la religion avec lesquelles elle peut d'ailleurs cohabiter, qu'elle complète, et dont elle peut être une forme d'expression : Il existe une véritable théologie de la beauté, comme il existe une véritable philosophie de la beauté.

Une spiritualité authentique peut également se vivre dans une relation à l'autre : dans la vie familiale, dans une vie relationnelle, associative ou communautaire, tout cela exprimant une forme d'amour, qui est le point commun à toutes ces expressions, mais aussi le mot-clé essentiel de l'accompagnement de tout malade.

En parlant ainsi de ces formes de spiritualité « laïques », je reste dans une pensée orthodoxe, car elles ne représentent nullement une rupture avec Dieu, mais elles englobent la totalité des êtres, qu'ils soient croyants ou non, parce que toute forme de spiritualité est la manifestation visible de l'Image de Dieu, que chaque être possède en lui, qu'il en soit conscient ou non. Monseigneur Georges Khodr prévient : « Le Seigneur agit où bon Lui semble, et vous n'êtes pas en mesure de limiter Son action. Il a promis de vous combler de Ses grâces, mais Il n'a pas dit qu'Il en faisait de vous les seuls dépositaires. »¹¹.

Quels qu'en soient le support et la finalité, la spiritualité représente un élément de transcendance permettant à l'être de s'élever au-dessus du matériel, de donner un sens et un but à sa vie, de se dépasser lui-même dans une condition humaine dont il n'est pas maître, mais dans laquelle sa spiritualité représente son espace de liberté.

Je voudrais rappeler que deux notions sont essentielles pour l'accompagnement, qui sont l'unité de l'être et son unicité, qui détermine son mystère. Nous en avons longuement parlé ce matin, je ne reviendrai pas dessus.

Ce mystère de l'être détermine le mystère de la **souffrance totale**, phénomène complexe et multifactoriel réunissant à des degrés divers des éléments physiques, dont la douleur, psychiques, dont l'angoisse, socio-culturels, dont la dépendance, et spirituels. Parmi eux, la composante spirituelle est essentielle, car elle représente, dans la maladie comme dans l'approche de la mort, l'élément modulateur qui va permettre, sinon d'assumer les épreuves, au moins de leur donner un sens, un éclairage. Pour un chrétien, les épreuves, les infirmités, les maladies, sont les obstacles qui rendent étroit et tortueux le chemin qui mène vers le Royaume des Cieux. Elles peuvent alors être considérées, au même titre que les joies, les succès, la santé, comme les grâces qui jalonnent notre chemin de l'Image vers la Ressemblance.

Cela peut définir un aspect « rédempteur » aux épreuves. Mais il y a là un risque de confusion avec une forme de mortification. Si la souffrance, les épreuves, peuvent permettre de progresser vers Dieu, c'est uniquement par la façon de les assumer, mais elles ne doivent pas être recherchées pour elles-mêmes. Il n'y a pas de vocation à la souffrance. La seule vocation est celle de la sainteté. Les épreuves, les souffrances ne sont qu'un moyen de l'approcher, mais le but réel est la progression vers Dieu.

Or la maladie, l'approche de la mort sont, pour la spiritualité, un moment critique où tout ce qui nous faisait vivre jusqu'alors peut être remis en question. C'est l'heure des « travaux pratiques », où la foi est mise à l'épreuve de la réalité. Et il faut que

¹¹ Georges Khodr: « L'appel de l'Esprit », Cerf Ed. Paris 2001, p.7

l'accompagnant, quel qu'il soit, reste conscient que la spiritualité du malade est un équilibre fragile qu'il est fondamental de préserver.

Je voudrais, à ce titre, apporter un élément essentiel qui, bien que médical, est parfaitement lié à la foi orthodoxe. La souffrance peut être assumée jusqu'à une certaine limite, tout en étant une voie pour progresser vers Dieu. Mais il est une limite au-delà de laquelle souffrance et angoisse ne sont plus supportables et réduisent le malade à une chair souffrante, incapable de penser, incapable de prier, ou même acculée à la révolte. Il est essentiel de prendre en charge efficacement, comme les moyens actuels le permettent, la douleur, l'angoisse, tous les symptômes qui minent le malade, tout en lui conservant autant que possible la conscience, pour lui permettre de préserver au mieux cet espace où se situe son rapport intime à Dieu, qui est essentiel pour lui, et sur lequel reposent son équilibre spirituel et la qualité de ses derniers moments de vie.

On constate qu'il y a une interaction très nette entre la spiritualité et le soin palliatif qui fait que, si une antalgie et une anxiolyse bien conduites permettent au malade de vivre au mieux sa spiritualité, en retour, cette spiritualité a un effet bénéfique sur la douleur et l'angoisse, qui se traduit par une diminution des doses d'antalgiques et d'anxiolytiques.

Qu'est-ce qui doit guider l'accompagnement du malade?

Le malade qui souffre, l'être confronté à une mort qu'il sait proche, se trouve face à Dieu, dans un rapport intime avec son créateur. Et ce face-à-face échappe à tout dogme, mais il est du domaine de la vie la plus intime, de l'Amour entre Dieu et l'homme. N'a-t-il pas la foi, il ne demande pas une catéchèse ni un enseignement, mais uniquement à être aidé, à être aimé. Et cela échappe également à tout dogme, mais est uniquement du domaine de la vie, du domaine de l'amour.

L'accompagnement ne connaît pas de schéma général scientifiquement établi car, chaque être étant unique et différent des autres, chaque accompagnement est unique et différent des autres, centré sur le malade et guidé par lui. L'accompagnement n'est possible que lorsque l'on est sur la même longueur d'ondes que le malade. Cela signifie en clair que, quelle que soit sa spiritualité personnelle, l'accompagnant doit en quelque sorte « rentrer » dans la spiritualité du malade, pour pouvoir partir du même point que lui, marcher dans la même direction et au même rythme que lui, pour ne pas risquer de le faire trébucher. Mais, s'il n'y a pas de schéma général, l'accompagnement répond à quelques mots-clés qui guident ceux qui accompagnent le malade à quelque titre que ce soit.

Le premier est la **compassion**. Ce n'est pas cette forme de pitié, de condescendance - qui est presque synonyme de mépris - vis-à-vis de quelqu'un qui reste extérieur. La compassion, au contraire, vient du latin « patere cum », qui signifie « souffrir avec ». Lorsque les évangiles rapportent que « le Christ fut pris de compassion », ils utilisent le terme grec « *σπλαγχνίζω* », qui désigne les entrailles, les viscères, et que nous pourrions traduire par le terme un peu trivial d'être « pris aux tripes ». C'est donc une souffrance que l'on ressent au plus profond de soi-même.

Saint Paul dit que « si un membre souffre, tous les membres partagent sa souffrance ». Dans la vie, nous ne disons pas : « ma tête a mal », mais : « j'ai mal à la tête ». De même, nous ne pouvons pas dire : « mon frère a mal », mais : « j'ai mal à mon frère ». La compassion, c'est « avoir mal à son frère ». La compassion ne consiste pas à plaindre le malade, mais détermine la volonté agissante de prendre sur soi sa souffrance pour la porter avec lui.

Le second mot-clé est l'**écoute**, une écoute attentive, faisant abstraction de soi-même pour percevoir le malade de la façon dont il a besoin d'être perçu, en respectant son mystère, sans esprit de curiosité, sans chercher la confidence, en acceptant ce qu'il veut confier, et rien de plus ; une écoute dénuée de tout jugement, ne contestant rien quoi qu'il dise, même si cela est totalement étranger à ce que l'on croit ; une écoute guidée par un amour qui, dit encore Saint Paul, « excuse tout, croit tout, espère tout, supporte tout ».

Il arrive souvent que le malade ait besoin de parler de choses très superficielles, sans le moindre rapport avec sa maladie ni avec une quelconque spiritualité, et qui nous paraît ne mériter aucun intérêt. Cela est faux : il n'a d'autre but que de se libérer, de « vider son sac », pour évacuer une angoisse qui le mine, et il nous faut comprendre l'importance de cela, car une écoute moins attentive serait perçue par lui comme une interruption de cet épanchement libérateur et reviendrait à la suppression d'un véritable anxiolytique.

La qualité de l'écoute conditionne le **dialogue** et, si nous y prêtons attention, le malade nous suggère lui-même ce qu'il veut qu'on lui dise, ce qu'il a besoin d'entendre. Ecoute et dialogue doivent permettre à l'accompagnant d'être en syntonie avec le malade, formant avec lui une unité de pensée.

Que lui dire ? Avant tout, rien qui puisse aller à l'encontre de ce qu'il veut faire comprendre, même si cela peut être à l'opposé de ce qu'on pense. *A fortiori* rien qui puisse le déstabiliser, sachant que son équilibre psychique et spirituel est précaire, et qu'un rien peut le briser. Il faut bien comprendre que le malade ne cherche pas tellement à nous convaincre qu'à se conforter lui-même. Il est alors essentiel d'abonder dans le même sens que lui, de rester dans la ligne de sa spiritualité, pour, je le répète, partir du même point que lui, marcher dans la même direction et au même rythme que lui, pour ne pas risquer de le faire trébucher, un peu

comme les parents apprennent à un petit enfant à marcher, ou comme le rééducateur réapprend à marcher à un opéré.

Le Christ dit à Ses apôtres : « Ne vous inquiétez pas de savoir comment parler ou quoi dire... car...c'est l'Esprit de votre Père Qui parlera pour vous » (Mt.10, 19-20). Cela se vit réellement dans le rapport avec les malades, et l'expérience montre que lorsque l'on vient avec un discours bien préparé, bien « ficelé », on tombe presque toujours à plat à côté du problème. Mais si l'on est attentif au malade et ouvert à l'Esprit Saint, il nous arrive de dire des choses qu'on ne connaissait pas, auxquelles on ne pensait pas, que l'on découvre même avec étonnement. On se rend compte que ce n'est pas de nous qu'elles viennent, mais de l'Esprit Saint, et que nous avons été l'instrument par lequel Il S'est exprimé.

Il arrive que le malade ne parle pas. Cette absence de dialogue n'a rien d'une absence de relation ou d'échange. Il y a, au contraire une extraordinaire possibilité de rapport dans le non-dit. Une véritable intimité peut se créer dans le non-dit. La parole laisse alors à l'amour le rôle de vecteur, à travers le regard ou simplement à travers **la présence**, une présence qui ne soit pas passive, indifférente, mais une présence « agissante ». Il n'est pas de silence plus inconfortable, dans une relation mondaine, que de ne pas savoir quoi dire. Mais, lorsque l'on est face à face avec un être, dans un rapport familial, on peut rester des heures sans la moindre parole, et la présence silencieuse, le regard, créent une communication profonde qui n'a plus besoin de mots, qui s'exprime au-delà de l'incertitude et de l'obstacle du langage.

Le dernier mot-clé est **l'attitude** : faite d'aide, d'amour, de tendresse, faite de tous ces petits gestes, qui ne s'apprennent pas mais qui sont spontanés, comme éponger le front, prendre la main, se laisser prendre la main, toucher, se laisser toucher,- et le Professeur Charles-Henry Rapin compare le toucher à une « transfusion de sérénité » -, donner un baiser, regarder...Je reviens sur l'importance du regard, dont nous avons dit qu'il était un vecteur du non-dit. Le regard est une fenêtre grande ouverte sur la vie intérieure de l'être, une fenêtre par laquelle se dévoile et se communique son mystère. Toute la communication entre deux êtres, tout l'amour de deux êtres peut s'exprimer par le simple regard. Toute une vie de relation peut se tisser dans un regard. Mais le regard a une importance essentielle dans l'accompagnement du malade : Le regard est le miroir dans lequel le malade contemple l'image de sa dignité. C'est dans le regard de l'autre qu'il verra qu'il est toujours digne d'émerveillement et d'amour. Mais c'est dans le regard de l'autre qu'il constatera la déchéance dans laquelle il est tombé.

La dépendance, dans laquelle son état entraîne le malade, est l'un des éléments majeurs de la souffrance totale, au même titre que la dégradation physique. Il faut que, par toute notre attitude, par la spontanéité de notre aide, le malade ait le sentiment que cette aide n'est pas une nécessité imposée par sa déchéance, mais qu'elle est le geste naturel d'un amour gratuit. En un mot, il faut transfigurer cet état de dépendance en une relation d'amour.

Tout cela est soutenu par la **prière**. On peut prier pour le malade, secrètement. Tout en l'écouter ou en lui parlant, on peut, au fond de notre cœur, dire sans cesse : « Seigneur Jésus, Fils de Dieu, aie pitié de moi, pécheur. » Cette prière du cœur est en même temps notre prière, et, mystérieusement, elle devient celle du malade. Elle nous aide puissamment dans notre ministère d'accompagnement, et, en même temps, elle nous redonne des forces, car l'accompagnement est un don de soi où l'on donne toute son énergie, et qui nécessite que l'on puisse « recharger ses batteries » à la source divine.

Doit-on – ou peut-on – parler de Dieu ?

Il est un principe fondamental : Seul, le malade peut aborder le sujet de la spiritualité, *a fortiori* de la religion. L'accompagnant ne peut l'aborder lui-même, au risque de violer sa liberté et de mener le malade à la fermeture, au refus ou à la fuite du dialogue, mettant d'entrée tout l'accompagnement en échec.

Même dans la situation idéale où le malade partage la même foi, l'initiative doit toujours en venir de lui. A-t-il une autre foi, on doit le laisser l'exprimer, conscients, comme nous l'avons dit, qu'il ne cherche pas tant à convaincre qu'à se conforter lui-même, et conscients que, bien qu'il l'appelle autrement et qu'il le voie différemment, il n'y a qu'un Dieu, et qu'il est aimé de Lui.

Le malade n'a-t-il pas de foi, il est toujours possible de témoigner de Dieu sans en parler. Comment ? Dieu est Amour. Parler le langage de l'Amour, c'est parler de Dieu. Témoigner de l'Amour, c'est témoigner de Dieu dans une forme qui sera acceptée par tout être, croyant ou non, et qui apportera un réel enrichissement. La foi est cette certitude que Dieu agit mystérieusement, dans le temps et la forme qu'Il décide. Témoigner de notre foi, c'est laisser Dieu agir comme Il le juge bon, sans essayer de nous substituer à Lui ou faire mieux que Lui. Dieu ne s'impose pas : ce n'est pas à nous de l'imposer.

Parlant du rôle du médecin, je voudrais insister sur une autre forme de témoignage. Il est un élément fondamental dans le rapport de confiance indispensable à tout accompagnement : c'est la vérité. Non pas une vérité que l'on assène brutalement au malade au risque de le faire sombrer dans le désespoir, mais une vérité que l'on apporte petit-à-petit, que l'on « distille » au fur et à mesure que le malade en manifeste le besoin, toujours accompagnée de paroles d'espoir. Pour un chrétien, le Christ est la Vérité. Lorsque nous

sommes dans la vérité, nous sommes témoins du Christ. Et j'ajouterai, *a contrario*, que le mensonge est réellement diabolique¹².

Voilà, bien que de façon très incomplète, ce que l'on peut dire de l'accompagnement des malades. Mais je voudrais aussi insister sur le **rôle d'accompagnement de la communauté**.

Il est double : liturgique et pratique.

L'aspect **liturgique** est particulièrement développé dans l'Orthodoxie. Nous avons des prières, nous avons des offices, des onctions pour les malades, en particulier l'office de l'huile sainte ; il est fait mention d'eux dans les offices et la liturgie. Il y a particulièrement un aspect **eucharistique** qui est beaucoup moins connu des fidèles. Il commence à la proskomidie, et se prolonge tout au long de la liturgie. Après avoir prélevé sur la prosphore l'Agneau, la parcelle de la Mère de Dieu, les parcelles des Puissances célestes, des Saints et Pères de l'Eglise, des évêques et du clergé, le prêtre met sur la patène les parcelles des vivants et des défunts, et, parmi eux, des malades, en lisant les noms inscrits sur les dyptiques. Il y a là une réalité existentielle, car, dit le père Alexandre Schmemmann, ce ne sont pas des noms, mais les êtres eux-mêmes, que le prêtre dépose sur la patène qui représente ainsi l'Eglise toute entière dans laquelle les malades, comme tous les fidèles, sont incorporés.

Ils sont transférés sur l'autel, à la grande entrée et, lorsque nous « déposons maintenant tous les soucis de ce monde... », nous nous déchargeons des soucis terrestres, mais, en même temps, nous déposons aux pieds du Christ tous les soucis du monde, en particulier tous les malades: « Que le Seigneur Se souvienne, dans Son Royaume, de vous tous... » La patène est ensuite présentée au Seigneur avec le calice : « Ce qui est à Toi, le tenant de Toi, nous Te l'offrons en tout et pour tout », et la prière d'intercession demande la guérison des malades. Enfin, après la communion du clergé, dans le rite grec, après celle des fidèles dans le rite russe, le diacre incorpore toutes les parcelles des vivants, dont les malades et des défunts dans le calice avec le Corps et le Sang du Christ : « ...Devant Ta croix nous nous prosternons, ô Christ, et Ta sainte résurrection, nous la chantons et la glorifions...car ayant souffert la croix pour nous, par la mort Il a terrassé la mort...donne-nous d'être unis à Toi plus manifestement au jour sans déclin de Ton Royaume...Lave, Seigneur, par Ton sang précieux, les péchés de Tes serviteurs dont il a été fait mémoire... ». Ainsi, liturgiquement, les

¹² Le mensonge du médecin entraîne toute l'équipe soignante et l'entourage dans le mensonge. Le malade sait qu'on lui ment. Le médecin et l'équipe savent que le malade sait. Cela entraîne une fuite du dialogue, devenu impossible, une fuite du regard, qui n'est plus soutenable, finalement de la présence. En fin de compte, le malade va mourir seul, dans le désespoir, sans avoir qui que ce soit à qui parler.

malades participent à la plénitude du sacrifice eucharistique, plongés dans la miséricorde, partageant la croix, la mort et la résurrection du Christ, marchant vers le Royaume des cieux.

Nous devons avoir une réelle conscience de l'importance de la prière pour les malades, prière liturgique, mais aussi prière personnelle, car, si la prière personnelle est un élément de la prière de l'Eglise, elle est aussi, mystérieusement, la plénitude de cette prière de l'Eglise. « Tout ce que vous demanderez en Mon Nom, Je le ferai de sorte que le Père soit glorifié dans le Fils ». Et nous voyons avec quel amour il accueille la prière de la cananéenne, de Jaïre, du centurion...

Mais il ne faut pas négliger le côté **pratique**. Les deux aspects liturgique et pratique, représentent une globalité qui ne peut être déséquilibrée au profit de l'un ou de l'autre. On ne peut pas prier pour un malade, si fervente soit la prière, et le laisser dans l'isolement et le besoin. Quand le Christ nous demande de prendre notre croix et de Le suivre, c'est aussi la croix de nos frères que nous devons prendre, pour suivre le Christ pour eux et avec eux. Le malade, jusqu'à sa mort, et même au-delà, est pleinement membre de l'Eglise. Et le rôle de la communauté est de visiter le malade, de l'aider dans ses difficultés pratiques, de le soutenir dans sa foi. Simon de Cyrène, en aidant le Christ à porter Sa croix, nous donne l'exemple du rôle que nous devons avoir auprès de nos malades. Nous devons être conscients qu'en aidant nos frères à porter leur croix, c'est le Christ que nous aidons à porter la Sienne, Lui Qui nous dit : « J'étais malade (...) et vous M'avez visité (...) Chaque fois que vous l'avez fait à l'un de ces plus petits qui sont Mes frères, c'est à Moi que vous l'avez fait. »

Place de l'obstination déraisonnable¹³ et de l'euthanasie

Je ne dirai que quelques mots de l'**obstination déraisonnable**, qui est la volonté de prolonger un traitement curatif dont on sait qu'il sera inefficace, pour échapper à une mort inéluctable. Elle résonne comme le cri ultime de celui chez qui la mort provoque la peur et le rejet, parce qu'elle n'exprime aucune espérance, comme si Dieu n'existait pas. Elle est à l'opposé d'une foi en la résurrection et en la vie éternelle. Pour celui pour qui la mort est un passage, une dormition, l'acharnement à retarder le passage à une vie qu'il a toujours dite « meilleure » ne peut se concevoir, car ce serait mettre un buttoir à la continuité de la vie en cédant à une désespérance étrangère à tout ce qui l'a fait vivre jusqu'alors.

¹³ L'« obstination déraisonnable » remplace le terme d'« acharnement thérapeutique ». Institué par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, ce terme est plus explicite, car il en traduit mieux le caractère illogique et inconséquent.

L'obstination déraisonnable peut être le fait du médecin, parce qu'il considère la mort comme l'échec d'une mission qu'il a mal définie : guérir à tout prix une pathologie sans tenir compte de l'unité de l'être dans son corps et son âme, en méconnaissant la nature de la guérison, une fin chrétienne de notre vie pouvant être l'expression de cette guérison. Un tel acharnement a comme seul résultat de prolonger inutilement souffrances et angoisse.

L'euthanasie, quant à elle, ne connaît pas de justification. Les traitements, en particulier de la douleur, ont une efficacité qui a fait disparaître – mais à condition de savoir les utiliser – ces tableaux de douleurs insupportables que l'on connaissait il y a encore quelques dizaines d'années. On ne peut que constater que, dans un soin palliatif bien mené, il n'y a jamais de demande réelle d'euthanasie de la part du malade. La qualité de l'accompagnement sur le plan psychique et spirituel y est déterminante et se résume dans cette affirmation du Docteur Marie Sylvie Richard, qu'une demande d'euthanasie est « une formidable quête d'amour ».

Si je me retourne sur une longue carrière maintenant terminée, j'ai beau chercher, j'ai beau scruter, fouiller, je ne trouve pas plus de place pour une quelconque euthanasie, que pour l'obstination déraisonnable. Mais, si nous jetons un regard sur le présent, nous comprenons que l'euthanasie est un faux problème lié à la déchéance d'un monde qui se sépare de Dieu.

Nous vivons, plus qu'une mutation de la société, un profond bouleversement de la civilisation, où les valeurs essentielles sont mises à mal, comme la famille, mais aussi la vie. L'homme s'est approprié la vie, qui était depuis la nuit des temps la valeur sacrée, le domaine exclusif de Dieu. Il en fait un objet d'exploitation, avec des enjeux financiers inimaginables, en se justifiant par de nouvelles définitions dans lesquelles Dieu n'a plus de place, et en lui imposant une hiérarchie de valeur basée essentiellement sur la « qualité » qu'il lui accorde, base de sa « dignité ». Il n'est que de constater les dérives des techniques de procréation médicalement assistées, le clonage, la recherche sur les embryons... et la liste est longue. Dans la même logique, et avec les meilleures intentions du monde, une vie qui, du fait de la maladie, de la souffrance, d'un handicap physique ou mental... que sais-je... ne « mérite » pas ou plus d'être vécue, pourquoi ne pas la supprimer ?

Dans la prodigieuse évolution technologique de la médecine, tout devient possible. Si c'est possible, j'y ai droit ; si c'est mon droit, je dois en bénéficier et on doit obligatoirement me le procurer. C'est ainsi, par exemple, que l'on voit les murs de nos hôpitaux se couvrir d'affiches affirmant haut et fort que la douleur est anormale et ne doit plus exister. Si on ne peut la supprimer totalement, soit par méconnaissance, soit en occultant l'éventuel recours à

une sédation réversible, il devient logique de la supprimer par la mort. Nous tombons dans un véritable « eugénisme de la mort ».

Nous vivons une période de déchristianisation, où la foi du plus grand nombre disparaît dans le matérialisme. Avec la foi, l'espérance se dissout. La mort, pour beaucoup de médecins, représente l'échec, leur échec personnel, la blessure de leur amour-propre professionnel. L'espérance de la vie éternelle, l'espérance de la résurrection, ne viennent plus contrebalancer l'angoisse du mourir. L'épreuve de la fin de vie a perdu toute signification. Alors, pourquoi ne pas la supprimer ? Ainsi, la mort fait l'économie du mourir. Nous n'entendons plus le Christ nous dire (Jn.15, 13) : « Il n'y a pas de plus grand amour que de donner sa vie pour ceux qu'on aime », nous entendons les médias relayer une association qui se fonde sur une prétendue dignité nous affirmer : « Il n'y a pas de plus grand amour que de supprimer la vie de ceux qu'on aime ».

Autrefois, la mort approchait et se produisait dans le cadre familial, entouré des proches. Le fait que l'homme et la femme travaillent renvoie à l'hôpital une mort que l'on occulte, qui, faute d'espérance, est devenue interdite de séjour. La médecine s'est appropriée le mourant et sa mort, et les proches restent spectateurs éloignés. Faute de vivre en commun, j'allais dire « liturgiquement », cette mort, mourant et proches souffrent chacun seul de son côté et cet éloignement involontaire de l'être aimé qui meurt culpabilise profondément la famille. Faute de connaître la réalité de sa souffrance, elle projette sur le mourant sa propre souffrance, authentique, profonde. Une euthanasie devient alors logique pour elle.

Une nouvelle fois l'homme accepte la proposition mensongère de devenir « comme des dieux ». La France n'a pas légalisé l'euthanasie, malgré la pression des lobbys fortement appuyés par les médias. Mais il est à craindre qu'elle ne devienne dans les mois qui viennent un enjeu électoral.

La conclusion que nous donnons à cet entretien ne peut être que remplie d'espérance.

Nous avons dit que, pour un chrétien, les épreuves, les infirmités, les maladies, peuvent être considérés, comme les grâces divines qui jalonnent notre chemin de l'Image vers la Ressemblance. Ces épreuves sont la croix que le Christ nous demande de porter pour Le suivre jusqu'au terme ultime du chemin. Et le terme ultime du chemin, c'est la résurrection avec Christ et en Christ.

L'homme ne gagne pas la ressemblance. C'est Dieu Qui la donne à celui qui marche vers elle. Et Il la donne au moment qu'Il choisit dans le mystère de Son dessein, et fixe Lui-

même le moment du passage de la vie terrestre à la Lumière. Il est là, présent, dans le silence, respectant toujours la liberté de Sa créature, prêt à déverser sur elle l'immensité de Sa miséricorde, à lui dire, comme à Saint Antoine : « J'étais là. Je te regardais te battre. »

Alors l'homme ne doit pas forcer le passage. Nul ne peut interrompre artificiellement le chemin avant son terme.

Mais il est une choses dans laquelle la foi et l'expérience médicale se rejoignent : la certitude de l'aide puissante de Dieu au moment du passage, et la certitude de l'Amour et de la miséricorde insondables de Dieu.

