



“NOUS CONNAISSONS EN PARTIE...”

Dans sa première lettre aux Corinthiens, ch. 13, saint Paul Apôtre écrit: «Nous voyons au moyen d'un miroir, d'une manière obscure... »Aussi à l'époque de Saint-Paul, les fidèles sont rappelés qu'ils n'ont pas toutes les réponses, car comme saint Paul certifie: «Nous connaissons en partie».

Dans sa première lettre aux Corinthiens, ch. 13, saint Paul Apôtre écrit: «Nous voyons au moyen d'un miroir, d'une manière obscure... »Aussi à l'époque de Saint-Paul, les fidèles sont rappelés qu'ils n'ont pas toutes les réponses, car comme saint Paul certifie: «Nous connaissons en partie».

Lorsque nous nous penchons sur le sujet difficile de l'université d'été de cette année: «**Pourquoi la bioéthique**» et «*les questions de bioéthique auxquelles nous sommes confrontés aujourd'hui* », il y a plusieurs d'entre nous qui se sentent peut-être perdues. Les questions de bioéthique nécessitent une perspicacité, de la connaissance et beaucoup de réflexion. En plus, les experts et les éthiciens ne sont pas nécessairement d'accord.

Face à des problèmes qui semblent aller au-delà de notre compréhension, un moyen facile de s'en sortir peut être de dire: «Je vais laisser faire les personnes qui sont plus sages que moi» ou «Ça ne me concerne pas!» Il y avait des moments où ceux qui possédaient l'apprentissage et la puissance disaient la même chose - regardant vers le bas, vers ceux qu'ils considéraient comme des ignorants! Et en fait, il y a encore

un certain nombre de sociétés où les gens n'ont pas la possibilité d'acquérir les compétences nécessaires pour former des opinions - où les femmes, par exemple, n'ont pas le droit d'avoir un mot à dire.

Même dans ce qu'on appelle «les sociétés modernes» il y a une tendance à laisser un certain nombre de questions confiées aux experts. Des experts sont mobilisés, ils forment l'opinion publique et ont tendance à dominer le terrain dans de nombreux domaines. Il peut être difficile de défendre son opinion de citoyen ordinaire en entrant dans l'arène des experts, on peut être à court de faits et donc à court d'arguments. Cela dit, il y a un certain nombre de questions qui ne devraient pas être laissées aux experts seulement - des questions qui touchent le fondement de chaque citoyen et chaque être humain, les questions qui pourraient influencer à la fois la vie quotidienne et les années à venir. Parmi ces questions importantes sont les questions de bioéthique.

Ces questions de bioéthique font les gros titres. Nous sommes confrontées à des concepts tels que la FIV, la maternité de substitution, la thérapie

génique, la recherche sur les cellules souches, les implants d'organes, l'euthanasie, pour ne citer que quelques-uns, et nous savons instinctivement que chaque année la science ouvre une porte à des connaissances nouvelles, à de nouvelles pratiques ou aux possibilités qui vont remodeler les conditions de la vie humaine. Pour le meilleur ou pour le pire, nos vies et celles de nos enfants et petits-enfants seront influencées par les décisions que les experts et les politiciens soutiennent. Nous avons le droit de faire partie de ce processus.

Non seulement nous avons le droit. Nous avons aussi le devoir de nous informer et d'exprimer une opinion. Une véritable société démocratique est fondée sur la citoyenneté active et la participation des individus. Laisser les questions difficiles et les problèmes aux autres peut sembler confortable et facile, mais conséquemment de mauvaises décisions pourront être prises. «Rester silencieux et indifférent est le plus grand péché de tous» (Elie Wiesel)

Néanmoins, les droits et le devoir ne peuvent pas être remplis sans la connaissance. Personne ne peut être un expert dans tous les domaines, mais nous pouvons toutes être des «citoyennes éclairées» - des membres consciencieuses de notre église, au lieu de travail, dans les organisations ou dans nos familles, prêtes à obtenir de l'information et des faits nécessaires pour former et exprimer une opinion vitale sur les questions fondamentales.

Relié au besoin d'être informée est la nécessité d'accepter avec humilité qu'un grand nombre de questions présentent souvent diverses solutions. Tout n'est pas noir et blanc. Il est important d'être ouverte et prête à écouter des arguments contradictoires. La bioé-

thique est généralement un domaine qui peut parfois présenter des visions d'un nouvel espoir; parfois un sentiment de grand danger. Indépendamment de notre propre attitude, nous ne pouvons pas être de bonnes contributrices à une discussion significative si nous n'acceptons pas d'écouter les arguments des autres. «Pensez pour vous-même et laissez aux autres le privilège de le faire aussi!» (Voltaire)

En tant que femmes catholiques nous nous tournons vers l'Église pour la direction et l'orientation morale. Quand l'Église s'exprime, sa pré-occupation principale est la dignité de l'individu et le caractère sacré de la vie. Mais même les théologiens moraux peuvent constater que tandis que certains problèmes peuvent facilement être étiquetés «bon ou mauvais» d'un point de vue chrétien, d'autres ont des nuances de gris et ne sont pas rapidement «classés». L'Église en tant que communauté de croyants a pour mission d'être fidèle à l'enseignement du Christ et de sa vérité, et pourtant la communauté chrétienne ne peut prétendre qu'aucune réflexion n'est nécessaire parce que ses dirigeants possèdent la vérité toute entière pour tous les temps. Nous devons reconnaître, comme saint Paul l'a fait, que «nous connaissons en partie», que nous ne voyons que des réflexions de la vérité et nous avons donc l'obligation de continuer à rechercher les vraies réponses.

Dans cet esprit, nous espérons que vous apprécierez la lecture de ce Magazine- que vous vous sentirez mieux informées une fois que vous l'avez lu – et que vous serez inspirées à participer à notre université d'été 2015 à Vienne qui va traiter les questions des pages suivantes.

Bonne lecture!

Mette Bruusgaard

QU'EST-CE QUE C'EST LA BIOÉTHIQUE?

LA BIOÉTHIQUE EST L'ÉTUDE DES QUESTIONS ÉTHIQUES CONTROVERSÉES

La bioéthique est l'étude des questions éthiques controversées, généralement issues de nouvelles situations et possibilités provoquées par les progrès de la biologie et de la médecine. Elle est également un discernement moral en ce qui concerne la politique médicale, la pratique et la recherche. Les bioéthiciens sont préoccupés par les questions éthiques qui se posent dans les relations entre les sciences de la vie, la biotechnologie, la médecine, la politique, le droit et la philosophie. La bioéthique comprend également l'étude des questions les plus banales de valeurs («l'éthique de l'ordinaire») qui se posent dans les soins primaires et d'autres branches de la médecine.

Le domaine de la bioéthique a englobé une grande partie d'enquêtes humaines, allant des débats sur les limites de la vie (par exemple, l'avortement, l'euthanasie), la maternité de substitution, l'allocation des ressources de soins de santé rares (par exemple le don d'organes, soins de santé rationnement) au droit de refuser des soins médicaux pour des raisons religieuses ou culturelles. Bioéthiciens sont souvent en désaccord entre eux sur les limites précises de leur discipline; ils débattent afin de savoir si la discipline doit se préoccuper de l'évaluation éthique de toutes les questions concernant la biologie et de la médecine, ou bien si elle doit se préoccuper seulement de sous parties de ces questions. Le terme "bioéthique" (grec bios, la vie; ethos, comportement) a été inventé en

1926 par l'allemand, Fritz Jahr, qui «attendait beaucoup des arguments et des discussions en cours dans la recherche biologique impliquant des animaux aujourd'hui» dans un article sur «l'impératif de bioéthique,» comme il l'appelait, concernant l'utilisation scientifique des animaux et des plantes. En 1970, le biochimiste américain, Van Rensselaer Potter, a également utilisé le terme avec un sens plus large, y compris la solidarité envers la biosphère, générant ainsi une «éthique mondiale», une discipline qui représente un lien entre la biologie, l'écologie, la médecine et les valeurs humaines afin d'atteindre le survie des êtres humains et d'autres espèces animales.

Source: Wikipedia

QUELQUES DATES IMPORTANTES DANS L'HISTOIRE DE LA BIOÉTHIQUE ET DES QUESTIONS QUI EN DÉCOULENT.

- 1947:** Le Tribunal de Nuremberg condamne les médecins allemands pour avoir commis des crimes de guerre sous le couvert de l'expérimentation médicale. (Le consentement volontaire est essentiel)
- 1954:** Le don d'un rein provenant d'un patient en bonne santé à un parent. (Est-il juste de soumettre une personne saine à la perte d'un organe, même pour sauver la vie?)
- 1956:** Des enfants mentalement retardés dans l'État de New York à qui l'on a inoculé un virus pour développer un vaccin. (Peuvent les gens incapables d'un consentement éclairé peuvent ils devenir des sujets de recherche?)
- 1962:** Débat sur la sélection des patients pour les programmes de sauvetage. (Qui peut avoir l'accès à la technologie de sauvetage rare, et qui choisit les patients?)
- 1967:** Le Dr Christian Bernard d'Afrique du Sud



transplante un cœur humain à un patient atteint d'une maladie cardiaque en phase terminale. (Le donneur de cœur était-il vraiment mort? Le cœur a-t-il été pris sans le consentement du donneur? Comment définir la mort?)

1968: Harvard Medical School propose une définition de la mort cérébrale, ce qui rend plus facile la collecte des organes.

1973: Une décision de la Cour suprême des États-Unis permet aux femmes de se faire avorter. (Est-ce que les femmes ont le contrôle absolu sur la reproduction? Quels sont les droits de l'enfant à naître?)

1976: Le coma irréversible de Karen Ann Quinlan conduit à la première affaire judiciaire sur le maintien de la vie et invoque le droit à mourir et les soins palliatifs. (Quelle est la signification de la vie? Qui décide?)

1978: Louise Brown, le premier "bébé in vitro", est né. Discussions sur "la fabrication de bébés dans des tubes à essai".

1981: La Mort est définie comme «la cessation irréversible de la fonction cardio-respiratoire ou la cessation irréversible de tout le cerveau, y compris du tronc cérébral».

1982: L'affaire Baby Doe: où les parents refusent la chirurgie de leur bébé – né avec le syndrome Down - dans le cadre de soins néonataux - une décision confirmée par les tribunaux. (Est-ce que quelqu'un a le droit de décider que la vie d'un bébé n'est pas digne d'être vécue?)

1982: Barney Clark, la première personne transplantée avec un cœur mécanique, causant des souffrances. (Est-ce que prolonger la vie doit être la seule préoccupation?)

1987: Le cas d'une mère porteuse refusant d'abandonner le bébé qu'elle a porté pour un couple, qui obtient le droit de visite. (Qu'est-ce qui détermine un parent?)

1990: Projets sur le génome humain proposant - la cartographie et le séquençage du génome humain. Premier essai de la thérapie du gène humain en clinique. (Perspectives d'avenir: manipulations?)

1990: Discussion et opposition à l'introduction des aliments et cultures génétiquement manipulés.

1993: Des chercheurs de fécondité clonent avec succès des embryons humains. (Des bébés à la carte?)

1994: Une femme italienne donne naissance à l'âge de 62 ans. (Est-il acceptable d'aider les femmes post-ménopausées d'avoir des enfants?)

1994: L'État de l'Oregon accepte le suicide assisté par vote populaire.

1995: Une préoccupation concernant l'utilisation des armes chimiques et biologiques.

1996: La brebis Dolly est clonée. (Qui a le droit de créer la vie?)

1998: Les scientifiques établissent des cultures de cellules souches embryonnaires humaines qui peuvent se développer en cellules spécialisées. Controverses en ce qui concerne l'importance des implications morales des embryons.

1999: Des essais de vaccins contre le VIH soulèvent des questions sur l'utilisation de placebos dans les essais cliniques menés par les pays riches.

1999: La mort de Jesse Gelsinger dans l'expérience de la thérapie génique soulève d'autres questions sur la protection des personnes humaines.

2000: Le projet complet de l'ensemble du génome humain soulève des questions quant à l'avenir.

2002: Les Pays-Bas deviennent le premier pays à légaliser l'euthanasie.

2005: Terri Schiavo meurt après un procès sur le «droit à mourir», approuvé par la Cour suprême des États-Unis.

Source principale: Le Baltimore Sun

QUEL EST LE RÔLE DE L'ÉGLISE DANS L'ENSEIGNEMENT DE LA BIOÉTHIQUE?

Quand Dieu a créé Adam et Eve, il les a placés dans un jardin et les a bénits. Il leur a dit: «Soyez féconds, multipliez-vous, remplissez la terre, rendez-vous en maîtres, et dominez les poissons des mers, les oiseaux du ciel et tous les reptiles et les insectes.» (Gn1:28).

Quand Dieu a créé Adam et Eve, il les a placés dans un jardin et les a bénits. Il leur a dit: «Soyez féconds, multipliez-vous, remplissez la terre, rendez-vous en maîtres, et dominez les poissons des mers, les oiseaux du ciel et tous les reptiles et les insectes.» (Gn1:28).

L'Église catholique a compris depuis longtemps ce passage à la fois comme une référence à l'intendance unique de l'Homme sur la nature et une justification pour la poursuite de la science.

L'Église n'est pas et n'a jamais été hostile au progrès scientifique et médical en soi. En effet, de plus en plus d'historiens analysent la contribution unique qu'a apportée l'importance accordée par le christianisme sur la raison d'être humaine au développement des arts et des sciences dans la culture occidentale. Même le fléau stéréotypé sur ce dossier - la controverse Galileo - est maintenant reconnu à être beaucoup plus compliqué que ce que la plupart d'entre nous ont appris à l'école secondaire.

Bien que l'Église ne soit pas contre le progrès scientifique et biomédicale, elle conteste néanmoins régulièrement les scientifiques et les médecins avec son enseignement, qui est lui-même fondé sur la foi et la raison. Le rôle

de l'enseignement de l'Église en matière de bioéthique est important car la science n'est pas moralement neutre. Cette nouvelle peut être surprenante pour beaucoup puisque la science et la médecine prétendent être des disciplines objectives.

Dans son encyclique, *Sauvé dans l'espoir*, le Pape Benoît XVI retrace l'histoire du mouvement scientifique commençant au dix-septième siècle avec Francis Bacon. Une nouvelle ère a émergé avec l'agitation créée autour du Nouveau Monde et d'une série de découvertes scientifiques. La base de cette nouvelle ère était «la nouvelle corrélation entre expérience et méthode qui permet à l'homme d'arriver à une interprétation de la nature conforme à ses lois et donc pleinement à atteindre «Le triomphe de l'art sur la nature''' (no. 16). Mais comme toute autre activité humaine, les préjugés de la science et de la médecine sont teintés par les bagages moraux de leurs praticiens. Pour tous les progrès et avancement que nous avons réalisés dans les siècles suivants, nous avons également payé notre part de destruction de la vie humaine au nom de ce progrès. Peu importe les promesses offertes, la science ne peut pas



utiliser n'importe quel moyen pour atteindre ses objectifs souhaités.

Le Pape Benoît, comme son prédécesseur le Pape Jean-Paul II, reconnaît la tentation de la science à réduire l'être humain à l'état d'objet matériel à analyser, expérimenter, et manipuler selon la méthode empirique. La science ne peut pas nous offrir le sens de la vie ni révéler la dignité de l'être humain. La raison humaine est toujours confrontée à ses limites face à ces questions. Dans notre zèle pour l'accomplissement scientifique et le progrès médical, nous pouvons être aveugle à ce fait.

Dans la tradition catholique, la foi guérit la raison, la purifie et la renforce. Il n'y a pas de contradiction entre les deux. Le pape Benoît en a parlé avec éloquence lors de sa première encyclique, Dieu est Amour. Il a écrit: «La foi, spécifiquement par sa nature est une rencontre avec le Dieu vivant - une rencontre ouvrant de nouveaux horizons s'étendant au-delà de la sphère de la raison. Mais c'est aussi une force purificatrice pour la raison. Du point de vue de Dieu, elle la libère de ses aveuglements et, par conséquent, l'aide à en extraire le meilleur d'elle-même» (N ° 28). C'est donc le rôle que joue l'enseignement de l'Église en matière de bioéthique. L'enseignement de l'Église, fondé sur la révélation de Jésus-Christ, témoigne de la dignité de l'être humain contre toute procédures qui traitent les hommes, les femmes et les enfants comme de simples moyens au progrès humain. Quand l'Église aborde les questions de bioéthique, elle est guidée par quelques principes de base.

Premièrement, l'Homme a une dignité unique contrairement aux autres créatures sur la terre. Comme le Concile Vatican II a enseigné, l'Homme est la seule créature créée par Dieu «pour elle-même» (Constitution pastorale sur l'Église dans le monde moderne, non. 24). Le statut unique de l'Homme est d'une part le résultat de sa création à l'image et à la ressemblance de Dieu (Gn1,27) et d'autre part sont aspiration à la communion avec lui. Deuxièmement, Dieu est le Seigneur et l'auteur de la vie. Lui seul donne le don de la

vie. Toute personne a le droit d'accepter ce cadeau. Chaque homme, femme et enfant a le droit fondamental à la vie.

Enfin, contrairement à l'opinion publique, le corps humain n'est pas une simple coquille ou une agglomération de cellules et d'organes à utiliser à notre guise. L'être humain n'est pas réductible à l'aspect extérieur du corps. Les catholiques croient plutôt que l'être humain est un composite holistique du corps et de l'âme. La combinaison des deux fait part de la complexité de l'être humain. Ce qui atteint l'un ou l'autre affecte la personne d'une certaine manière - que ce soit le péché dans l'âme ou la modification génétique du corps. Essayer comme nous pouvons, nous ne sommes pas différents.

L'Église rappelle constamment aux hommes et aux femmes de leur dignité intrinsèque et leur responsabilité morale d'enfants de Dieu. Tout en encourageant le progrès de la science et de la médecine au service de l'être humain, l'église ne reste pas silencieuse lorsque la dignité est oubliée. Même si elle respecte l'autorité que les scientifiques et les médecins ont dans leur propre domaine, l'Église sera toujours en garde contre la recherche qui rejette la dignité humaine. Par exemple, même si les thérapies de cellules souches sont prometteuses, nous ne pouvons pas tolérer ces formes de recherche qui détruisent la vie humaine dans ses premiers stades pour acquérir ces cellules souches. C'est à l'encontre de la dignité de l'être humain.

Dans *Sauvé dans l'espoir*, le pape a mis en garde, «Si au progrès technique ne correspond pas un progrès dans la formation éthique de l'Homme, dans l'évolution de l'Homme, alors ce n'est pas un progrès, mais une menace à l'Homme et au monde» (n. 22). La mission de l'Église en matière de bioéthique, est donc pas différente de sa mission dans le monde, qui est la propagation de l'Évangile- le message de qui nous sommes et qui nous sommes appelés à être en le Christ.

Fr. Thomas Petri O.P.

LES VOIX DE LA CRITIQUE



Dr Werner Arber, le directeur de l'Académie pontificale des Sciences et un généticien lauréat du prix Nobel, reconnaît que dans certains domaines l'approche du Vatican reste problématique. Il travaille en tant que conseiller au Vatican sur les questions de développement scientifique et fournit régulièrement des recommandations sur les zones de chevauchement entre la science et la foi.

S'adressant à CNN, Dr. Arber dit qu'à la place de traiter directement les conflits entre la science et la Bible, les scientifiques comme lui vont souvent les éviter: «Je ne propose pas certains sujets que je considère comme tabou. Sauf si l'on nous le demande, nous ferions mieux de ne pas les mentionner.» En particulier, Arber n'est pas à l'aise avec l'insistance du Vatican sur le fait que les préservatifs ne sont pas la bonne façon de prévenir la propagation du VIH / sida, que selon lui, c'est «irréaliste».

Selon Jeremy Webb, rédacteur en chef du magazine New Scientist, la rapidité de développement des sciences bio-

logiques apporte de plus en plus de conflits avec le Vatican. Webb pense en particulier aux techniques de reproduction - comme la fécondation in vitro (FIV), et le don d'ovules et de sperme - que l'Église considère comme des méthodes impropres à la procréation. Webb dit à CNN que «l'église se base sur des enseignements âgés de 2000 ans et essaye de les appliquer à un monde moderne, ce qui aboutit à toutes sortes de dilemmes moraux». Webb doute qu'il y ait un changement significatif dans l'attitude fondamentale du Vatican en ce qui concerne la contraception sous Pape François et croit que cela demeurera un point de friction entre les sciences biologiques et l'Église. «Les catholiques croient que tout ce qui menace la sainteté de la vie - y compris la contraception - est mauvais. C'en est une barrière et il y en aura toujours une.»

Dr. Werner Arber est optimiste, le Vatican finira par se rapprocher aux preuves scientifiques: «J'ai de l'espoir, mais - comme Galileo - cela prendra son temps.»

Source: CNN

CE QUE LA BIBLE NOUS DIT (GENESIS 3)



- 1 La rupture de l'alliance Le Serpent était le plus tortueux de tous les animaux des champs que l'Eternel Dieu avait faits. Il demanda à la femme: Vraiment, Dieu vous a dit: «Ne mangez du fruit d'aucun des arbres du jardin!»?
- 2 La femme répondit au Serpent:
- 3 Nous mangeons des fruits des arbres du jardin,
- 4 excepté du fruit de l'arbre qui est au milieu du jardin. Dieu a dit de ne pas en manger et de ne pas y toucher sinon nous mourrons.
- 5 Alors le Serpent dit à la femme:
- 6 Mais pas du tout! Vous ne mourrez pas!
- 7 Seulement Dieu sait bien que le jour où vous en mangerez, vos yeux s'ouvriront et vous serez comme Dieu, choisissant vous-mêmes entre le bien et le mal.
- 8 Alors la femme vit que le fruit de l'arbre était bon à manger, agréable aux yeux, et qu'il était précieux pour ouvrir l'intelligence. Elle prit donc de son fruit et en mangea. Elle en donna aussi à son mari qui était avec elle, et il en mangea.
- 9 Aussitôt, les yeux de tous deux s'ouvrirent et ils se rendirent compte qu'ils étaient nus. Alors ils se firent des pagnes en cousant ensemble des feuilles de figuier.
- 10 Au moment de la brise du soir, ils entendirent l'Eternel Dieu parcourant le jardin. Alors l'homme et sa femme se cachèrent de l'Eternel Dieu parmi les arbres du jardin.
- 11 Mais l'Eternel Dieu appela l'homme et lui demanda: Où es-tu?
- 12 Celui-ci répondit: Je t'ai entendu dans le jardin et j'ai eu peur, car je suis nu; alors je me suis caché.
- 13 Dieu dit: Qui t'a appris que tu es nu? Aurais-tu mangé du fruit de l'arbre dont je t'avais défendu de manger?
- 14 Adam répondit: C'est la femme que tu as placée auprès de moi qui m'a donné du fruit de cet arbre, et j'en ai mangé.
- 15 L'Eternel Dieu dit à la femme: Pourquoi as-tu fait cela? C'est le Serpent qui m'a trompée, répondit la femme, et j'en ai mangé.
- 16 Puis il dit: Voici que l'homme est devenu comme l'un de nous pour le choix entre le bien et le mal. Maintenant il ne faut pas qu'il tende la main pour cueillir aussi du fruit de l'arbre de la vie, qu'il en mange et qu'il vive éternellement.
- 17 Alors l'Eternel Dieu le chassa du jardin d'Eden pour qu'il travaille le sol d'où il avait été tiré.
- 18 Après avoir chassé l'homme, il posta des chérubins à l'est du jardin d'Eden, avec une épée flamboyante tournoyant en tout sens pour barrer l'accès de l'arbre de la vie.



L'ÉPREUVE DE LA LIBERTÉ

- 396 Dieu a créé l'homme à son image et l'a constitué dans son amitié. Créature spirituelle, l'homme ne peut vivre cette amitié que sur le mode de la libre soumission à Dieu. C'est ce qu'exprime la défense faite à l'homme de manger de l'arbre de la connaissance du bien et du mal, " car du jour où tu en mangeras, tu mourras " (Gn 2, 17). " L'arbre de la connaissance du bien et du mal " (Gn 2, 17) évoque symboliquement la limite infranchissable que l'homme, en tant que créature, doit librement reconnaître et respecter avec confiance. L'homme dépend du Créateur, il est soumis aux lois de la création et aux normes morales qui règlent l'usage de la liberté. Le premier péché de l'homme
- 397 L'homme, tenté par le diable, a laissé mourir dans son cœur la confiance envers son créateur (cf. Gn 3, 1-11) et, en abusant de sa liberté, a désobéi au commandement de Dieu. C'est en cela qu'a consisté le premier péché de l'homme (cf. Rm 5, 19). Tout péché, par la suite, sera une désobéissance à Dieu et un manque de confiance en sa bonté.
- 398 Dans ce péché, l'homme s'est préféré lui-même à Dieu, et par là même, il a méprisé Dieu : il a fait choix de soi-même contre Dieu, contre les exigences de son état de créature et dès lors contre son propre bien. Constitué dans un état de sainteté, l'homme était destiné à être pleinement " divinisé " par Dieu dans la gloire. Par la séduction du diable, il a voulu " être comme Dieu " (cf. Gn 3, 5), mais " sans Dieu, et avant Dieu, et non pas selon Dieu " (S. Maxime le Confesseur, ambig. : PG 91, 1156C).
- 399 L'Écriture montre les conséquences dramatiques de cette première désobéissance. Adam et Eve perdent immédiatement la grâce de la sainteté originelle (cf. Rm 3, 23). Ils ont peur de ce Dieu (cf. Gn 3, 9-10) dont ils ont conçu une fausse image, celle d'un Dieu jaloux de ses prérogatives (cf. Gn 3, 5).
- 400 L'harmonie dans laquelle ils étaient, établie grâce à la justice originelle, est détruite ; la maîtrise des facultés spirituelles de l'âme sur le corps est brisée (cf. Gn 3, 7) ; l'union de l'homme et de la femme est soumise à des tensions (cf. Gn 3, 11-13) ; leurs rapports seront marqués par la convoitise et la domination (cf. Gn 3, 16). L'harmonie avec la création est rompue : la création visible est devenue pour l'homme étrangère et hostile (cf. Gn 3, 17. 19). A cause de l'homme, la création est soumise " à la servitude de la corruption " (Rm 8, 20). Enfin, la conséquence explicitement annoncée pour le cas de la désobéissance (cf. Gn 2, 17) se réalisera : l'homme " retournera à la poussière de laquelle il est formé " (Gn 3, 19). La mort fait son entrée dans l'histoire de l'humanité (cf. Rm 5, 12).

CATÉCHISME DE L'ÉGLISE CATHOLIQUE

L'ÉPREUVE DE LA LIBERTÉ

LE DON DE SPERME

est une pratique qui permet à un homme de donner son sperme afin qu'un enfant puisse naître par insémination d'une femme qui n'est pas son partenaire sexuel. Le donneur peut faire ce don dans un cadre institutionnel tel une clinique ou une banque du sperme, ou de façon artisanale dans un cadre privé. Les principaux bénéficiaires du don de sperme sont les couples hétérosexuels souffrant d'infertilité masculine, les couples de lesbiennes et les femmes célibataires. Même si un donneur de sperme est considéré comme le père naturel ou biologique de chaque enfant produit à la suite de son don, il n'est généralement pas destiné à être le père légal. Plusieurs pays, tels que la Suède, la Norvège, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, la Suisse, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, et autres, ne permettent pas l'anonymat du don de sperme, généralement basé sur le principe que l'enfant a le droit de connaître ses origines biologiques.

Le catholicisme s'oppose officiellement au don de sperme et l'utilisation de sperme de donneur car cela compromet l'unité sexuelle de la relation conjugale et invoque l'idée «que la procréation d'un être humain est le fruit de l'acte conjugal symbolique de l'amour entre époux. »

Source:Wikipedia

Le don d'ovule et FIV

Une donneuse d'ovules est une femme qui fournit en général plusieurs ovules à des fins de procréation médicalement assistée (PMA) ou bien pour la recherche biomédicale sur les cellules souches. Aux fins de PMA,

la donation d'ovules implique le procédé de fécondation in vitro étant donné que les ovules sont fertilisés en laboratoire.; plus rarement, des ovules non fécondés peuvent être congelés et conservés pour une utilisation ultérieure. Le don d'ovules est la reproduction en tiers dans le cadre de la PMA.

Auparavant, des milliers de femmes stériles, les hommes célibataires et les couples homosexuels n'avaient que l'adoption pour devenir parents. Cette percée scientifique a établi des normes et a changé les perspectives pour tous ceux qui étaient incapables d'avoir des enfants pour des raisons d'infertilité ou un risque élevé de transmettre des maladies génétiques. En d'autres termes ça pourrait être appelé «l'adoption d'ovule».

La fécondation in vitro (FIV) est un processus par lequel un ovule est fécondé par le sperme hors du corps: in vitro («dans le verre»). Le processus implique un suivi, une stimulation des ovaires, une ponction ovocytaire (retrait des ovocytes) puis une mise en contact avec le sperme, préparé techniquement pour améliorer sa qualité spermatique, avec les ovocytes dans un liquide le tout en laboratoire. Les embryons sont mis en culture de 48 heures à 6 jours ensuite plusieurs embryons sont transférés dans l'utérus de la même femme ou l'utérus d'une autre, avec l'intention de réussir à établir une grossesse.

Aujourd'hui, la FIV est pratiquement un mot commun. Mais il n'y a pas si longtemps, c'était une procédure mystérieuse pour l'infertilité qui produit

ce que l'on appelait des «bébés éprouvettes». Louise Brown, né en Angleterre en 1978, était le premier bébé à être conçu en dehors du ventre de sa mère.

Contrairement au procédé plus simple de l'insémination artificielle - dans lequel le sperme est placé dans l'utérus et la conception se produit autrement normalement - la FIV consiste à combiner des ovocytes et des spermatozoïdes en dehors du corps dans un laboratoire. Une fois qu'un ou plusieurs embryons se soient formés, ils sont alors placés dans l'utérus. La FIV est une procédure complexe et coûteuse; seulement environ 5% des couples souffrant d'infertilité l'utilisent.

La FIV peut être soit totalement illégale (par exemple en Italie, Allemagne, Autriche) ou légale que si anonyme et gratuite (par exemple en France); légale que si anonyme, mais les donneuses d'ovules peuvent être dédommagées (par exemple en Espagne, République tchèque, Grèce); légale que si non anonyme, mais les donneuses d'ovules peuvent être dédommagées (par exemple, le Royaume-Uni). Conformément à la Convention Européenne des Droits de l'Homme l'anonymat d'une donneuse d'ovules viole le droit de l'Homme à connaître son origine.

Le don d'embryon est, comme son nom l'indique, le don d'embryons restants après les traitements de FIV d'un couple, à une autre personne ou un couple. Les embryons créés pour un couple, en utilisant une donneuse d'ovules, sont souvent mis à disposition pour le don à un autre couple si le premier couple choisit de ne pas les utiliser.

Certains dirigeants chrétiens indiquent

que la FIV est acceptable (mais ils doivent s'assurer qu'aucun des embryons fécondés ne sont jetés dans le processus). Plusieurs couples chrétiens qui ne peuvent pas avoir d'enfants peuvent donc opter pour la FIV, avec le sperme du mari et l'ovule de la femme selon l'enseignement de leur église. Cependant, la question est plus compliquée avec le don d'ovules.

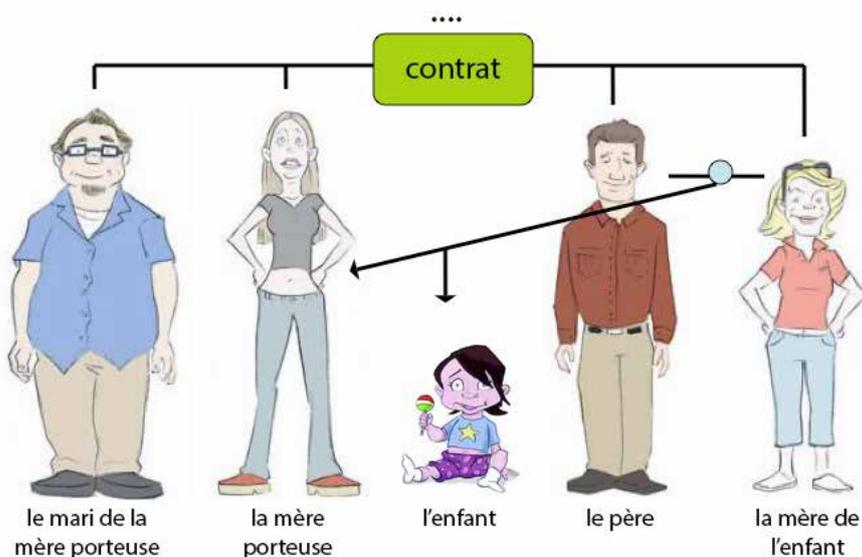
Les théologiens catholiques sont préoccupés par toutes les FIV utilisant des dons d'ovules et de sperme parce qu'elles sont considérées comme perturbatrices de l'acte naturel de concevoir un enfant, et «compromettent le lien conjugal et l'intégrité de la famille». Les théologiens encouragent alors les couples infertiles à envisager l'adoption à la place.

Source:Wikipedia

LES SENTIMENTS D'UNE FEMME QUI ENVISAGE LE DON D'OVULES (extraits)

...

Quel était mon problème, alors? Était-ce mon égo? Il y avait notamment des traits de famille, je sentais que je voulais transférer par mes gènes, des atouts évidents hérités par mes nièces que je ne voulais pas que mon enfant manque. Je me demandais aussi si je serais capable de m'attacher correctement avec un enfant qui n'avait aucune ressemblance de famille. Le reconnaitrai-je comme le mien? Je ne pouvais pas m'empêcher de penser aux innombrables fois que j'avais pris un enfant dans mes bras et dit: "Il a tes yeux!" ou «elle ressemble à son père.» L'utilisation des ovules



d'une autre femme exclurait la possibilité de repérer les fossettes de mon frère en mon enfant, ou la façon que ma grand-mère utilisait une machine à coudre. J'imaginai des amis et parents marcher sur des œufs ou mettre les pieds dans le plat ou juste essayer d'être gentils par rapport à la ressemblance familiale : «C'est drôle, elle te ressemble, même si elle est, tu sais, pas, euh ...»

La généalogie était également un élément: J'ai toujours chéri entendre les histoires de guerre de mes grands-parents et regarder leurs photos granuleuses. Que penserait un enfant, né d'un don d'ovule, de ses ancêtres s'ils ne sont pas liés par le sang? «Devons-nous leur dire?» ... Nous avons décidé qu'il serait faux de garder le secret. Comment pourrions-nous leur apprendre d'être honnête si nous les trompons?

Bien sûr, ils seraient toujours en mesure de retracer leurs ancêtres du côté de Richard, mais ça ne m'impliquerait pas - ni tous mes traits merveilleux ... Je ne sais pas pourquoi j'étais si obtuse. Aucune de ces préoccupations n'a jamais troublé ma sœur et ses magnifiques fils adoptifs, à ma connaissance. De plus, le parent que

j'ai le plus aimé et dont j'ai reçu le plus d'attention et d'affection était ma belle-mère, aujourd'hui décédée, avec qui je ne partageais pas une cellule chromosome, gène ou sang. Les apparences étaient un sujet de préoccupation. Après tout, il a été prouvé que la vie est plus facile si vous êtes séduisant, et je voulais le meilleur pour mon enfant. Alors qu'en Amérique - plutôt écœurant - vous pouvez choisir votre donneuse en regardant sa vidéo, et je crois que vous payez un supplément pour les ovules des plus jolies femmes et les plus instruites. En Europe, vous n'êtes pas censé vous occuper de ces aspects. La santé actuelle de la donneuse et les antécédents médicaux de sa famille sont les facteurs importants - à juste titre. Une amie proche de Richard avait offert ses ovules. C'était une offre incroyablement gentille et généreuse, mais je préfère de loin l'idée d'une donneuse anonyme. J'ai senti que je me sentais mal à l'aise d'avoir une amie autour de mon enfant produit de ses ovules. Ça pourrait bien être une question de la propriété, si ce n'est que dans mon imagination.

...

J'avais lu des entrevues avec des bébés des éprouvettes à l'âge adulte

qui se sentaient en colère ou déprimés en pensant aux circonstances cliniques entourant leur conception. Mais pouvais-je vraiment prendre ces sensibilités en compte? Après tout, je n'ai jamais, de ma vie, questionner les circonstances de ma propre conception ...

Sur un moniteur j'ai observé deux embryons agrandis mener doucement leur chemin en moi. Deux semaines

plus tard, Richard et moi, nous nous réjouissons prudemment de mon test de grossesse positif. Quatre semaines après, j'ai eu un ultrason à Londres et j'ai écouté le bruit boum-boum-boum de deux battements de cœur ...

Nous avons hâte de rencontrer nos bébés, quels qu'ils soient.

Briony Walker

(14 May 2011 The Guardian)

L'HISTOIRE DE CATHY (extraits)

Quand j'ai commencé à penser à faire un don de mes ovules j'ai parlé aux médecins et fait des recherches sur l'Internet, mais les informations sur les risques sont noyées sous toutes les données fournies par les individus et les entreprises à la recherche de jeunes ovules ...

J'ai été anéantie par la perte de ma fécondité et de mes nouveaux problèmes hormonaux. J'étais en colère par la façon dont la clinique de fertilité m'a traité lorsque j'ai eu besoin d'un suivi après le don d'ovules. Les médecins m'ont fait croire que les effets secondaires finiraient par disparaître et que mon corps retrouverait son état normal. ... Ce n'est toujours pas le cas. Mon corps n'est pas normal. Je continue à prendre des médicaments pour réguler mes hormones. Je ne serai plus jamais normale. J'ai donc ressenti le besoin de prévenir les autres jeunes femmes que le don de vos ovules n'est pas sans risque comme tout le monde s'accorde à le faire croire. Il y en a des risques et de très graves!

J'ai grandi dans des familles d'accueil et travaillé fort avec l'espoir qu'une famille voudrait de moi.

Je n'ai jamais été payé pour mes ovules. J'ai offert mes ovules il y a quelques années à de bons amis croyant naïvement que c'était ma façon de faire partie d'une famille avec qui j'aurai même un lien génétique! On m'avait promis que je ferais toujours partie de la famille et de la vie de l'enfant. Je voulais donner à mes amis ce que je n'ai jamais eu -une famille. J'ai

pensé, «Quand est ce que j'aurais une chance pareille de faire une énorme différence dans la vie de quelqu'un?» - en plus je ferais partie d'une famille.

J'ai donné mes ovules à mes amis parce que je sais ce que signifie d'aspirer à la famille. J'ai dû faire quelques tests de maladies génétiques, tests de santé, et une séance de conseil par téléphone. La séance de consultation était sur mon historique et comment le don d'ovules pourrait affecter mes amis. Ce n'était jamais à propos de mes besoins psychologiques. J'ai produit un surréels nombres de 47 ovules. Au début, je me sentais fière. Maintenant que je suis mieux informée, je suis en colère contre les médecins qui ont risqué ma santé en me faisant produire le double de la quantité normale d'ovules ...

Immédiatement après la récupération des ovules, j'ai souffert de saignement et de l'inconfort. Je suis devenue sévèrement déprimée au point où j'avais besoin d'antidépresseurs, qui n'ont pas aidé ma santé mentale. Depuis je n'ai plus eu mes règles.

Par conséquent je prendrai des médicaments pour contrôler mes hormones pour le restant de ma vie. Mes règles sont irrégulières. Ma



santé mentale, liée à mes hormones, continue d'être un problème. Mes ovaires demeurent élargis et je serai probablement jamais en mesure de concevoir naturellement, voire pas du tout ...

Mes amis m'ont promis que je pourrais avoir les embryons restants, mais ils ont depuis changé d'avis. Ils ont changé d'avis à propos de beaucoup de choses.

Mes amis ont décidé que je ne fais plus partie de leur famille. La femme ne peut pas supporter le fait que son fils me ressemble. Elle est dévastée qu'elle n'ait pas de lien génétique avec son fils. Elle souhaitait qu'il ressemblerait plus à son père pour ne pas lui rappeler qu'il n'est pas le sien. Je ne sais pas à quoi elle s'attendait quand elle a pris mon ADN. Je ne fais plus partie de la vie « de mon neveu » après l'avoir aimé depuis plus de deux ans. Je suis obligée de poursuivre le blog du père pour le voir grandir. Je ne leur aurais jamais donné mes ovules si je savais que je ne ferais pas une partie de la vie de l'enfant.

A un moment donné, je n'étais plus capable de

supporter ma dévastation et mes sautes d'humeur drastiques jusqu'au point que j'ai tenté de mettre fin à ma vie. J'ai donné mes ovules dans le but de réparer les cœurs brisés de personnes que j'aime - ainsi que le mien. Ce que j'ai reçu en retour était un trouble hormonal, une dépression majeure, une stérilité, et une autre famille qui m'abandonne pour des raisons que je ne comprends pas. Je souhaite retourner dans le temps pour épargner mon corps, ma fertilité, mon esprit et mon cœur.

Le don d'ovules n'est pas anodin comme j'étais amenée à croire. Cela a sérieusement affecté chaque aspect de ma vie. Je pleure souvent la perte de mes amis, ma famille, le petit être humain ayant la moitié de mon ADN et ma capacité d'avoir un jour mes propres enfants génétiques. Si vous songez à faire un don de vos ovules pour une raison quelconque - NE LE FAITES PAS ! Ça ne vaut pas la peine!.

D'un film documentaire par le Centre de bioéthique et de la culture

QU'EST-CE QUE C'EST LA GESTATION POUR AUTRUI?

La gestation pour autrui, c'est quand une femme porte l'enfant d'un couple qui veut avoir un bébé et le leur remet à la naissance.

Il y a deux sortes de gestation pour autrui:

A. Maternité de substitution traditionnelle :

Une gestation traditionnelle, c'est là où une femme qui est inséminée artificiellement avec le sperme du père. Elle porte alors le bébé et le livre aux parents pour l'élever. Une mère porteuse traditionnelle est la mère biologique de l'enfant, car son ovule a été fécondé par le sperme du père. Un donneur

de sperme peut également être utilisé pour une maternité de substitution traditionnelle. Dans ce cas l'ovule de la mère porteuse est fécondé avec le sperme d'un donneur.

B. Maternité de substitution gestationnelle :

Grâce à la Fécondation In Vitro (FIV), il est désormais possible de récolter des ovules de la mère, les fertiliser avec le sperme du père, et placer l'embryon dans l'utérus d'une mère porteuse.

La mère porteuse porte alors le bébé jusqu'à la naissance. La mère porteuse n'a aucun lien génétique avec l'enfant parce que son ovule n'a pas



été fécondé. La mère porteuse est appelée la «mère de naissance ». La mère biologique, cependant, est la femme dont l'ovule a été fécondé. Un embryon peut également être créé en utilisant des ovules de donneuse et les spermés de donneur.

Qui utilise des mères de substitution?

Une femme peut décider d'utiliser une mère de substitution pour plusieurs raisons: Elle a peut-être essayé de tomber enceinte avec une variété de techniques de reproduction assistée, ou a des problèmes avec son utérus ou souffre d'une condition médicale qui la met à risque.

Les mères porteuses ont également rendu la parentalité possible pour les personnes qui ne pourraient pas être en mesure d'adopter un enfant. Les raisons pourraient inclure: leur âge, l'état matrimonial ou leur orientation sexuelle.

Par exemple, lorsque les hommes gais utilisent la maternité de substitution traditionnelle, l'un d'eux utilise son

sperme pour féconder l'ovule de la mère porteuse par insémination artificielle. La mère porteuse porte alors le bébé et le remet à la naissance. Un couple gay peut également choisir une donneuse d'ovules, fertiliser cet ovule puis implanter l'embryon dans une mère porteuse.

La compensation monétaire peut faire part de ces arrangements. Si la mère porteuse reçoit une rémunération au-delà du remboursement des frais médicaux et autres, l'arrangement est considéré comme une gestation pour autrui commerciale; sinon, c'est considéré altruiste. Le don d'ovules comme la maternité de substitution sont interdits en Allemagne, en Autriche, en Suisse et d'autres pays. Par contre c'est autorisé au Royaume-Uni, la Belgique, les Pays-Bas, la Grèce, la Russie, l'Ukraine, Israël, l'Australie, le Canada et dans 18 états des Etats-Unis. En Inde la gestation pour autrui est déjà devenue une entreprise mondiale!

Source: Web MD

UNE MÈRE PORTEUSE ÉCRIT:

«Nous ne sommes pas riches ... mais c'est une façon pour notre famille de redonner généreusement.» J'ai été une mère porteuse trois fois (jumeaux en février 2007 et un petit garçon en juin 2008), et ce mois-ci je suis sur le point d'accoucher de mon quatrième bébé de substitution. Le meilleur moment c'est lorsque vous livrez le bébé aux parents qui le voient pour la première fois. A cet instant vous savez que vous l'avez fait pour les

bonnes raisons.

Mais il y a beaucoup de sacrifices qu'une mère porteuse fait. Il y a les injections d'hormones que mon mari a dû m'aider à prendre pendant les trois mois, avant le transfert de l'embryon, puis durant presque le premier trimestre. En raison des différentes lois, dépendant de l'Etat dans lequel nous vivons, sur la gestation pour autrui, vous pourriez être contraint de ne pas quitter l'Etat. Mon mari a



dû refuser une promotion dans un autre Etat, et j'ai raté Noël avec mes beaux-parents lors de mon 3ème trimestre avec les jumeaux parce que mon médecin ne m'a pas autorisé à voyager.

Je suis l'une des personnes chanceuses qui est une «bonne» mère porteuse. Chaque embryon que les médecins ont transféré a abouti à un bébé en bonne santé et à terme. C'est rare. Après ma première fois comme mère porteuse, j'ai attendu trois années et j'ai travaillé sur mon site web de gestation pour autrui car je voulais le faire une fois de plus. Addictif n'est pas le bon mot, mais la capacité d'aider quelqu'un d'autre est un très beau sentiment.

Quant à remettre l'enfant je sais instinctivement que je ne suis pas du type à s'attacher au bébé. J'ai toujours considéré la gestation

pour autrui comme un long projet de baby-sitting. Je vais accoucher n'importe quel jour maintenant et je suis excitée à l'idée que les parents soient présents. Ce n'est pas du tout triste pour moi. Je n'ai aucun regret - je suis juste contente d'avoir pu y participer. Nous ne sommes pas riches. Nous ne serons jamais en mesure de faire un gros don pour un hôpital, mais c'est la façon que notre famille a de redonner à la société généreusement. Sans notre aide, il y aurait quatre enfants de moins dans le monde. Nous apprenons à nos propres enfants comment se sacrifier pour les autres et à être généreux.

Rayven Perkins,

32, Austin, Texas, mariée, mère d'une fille (10) et d'un garçon (11)

INTERNATIONAL ESSAYER D'OUVRIR L'OUEST, AUX MÈRES PORTEUSES D'INDE

La clinique de mères porteuses en Inde à Mumbai loue une chambre dans un bidonville à la disposition des mères de substitution pour mener les fœtus des clients de la clinique à terme. Divya, 28 ans, une mère porteuse pour un couple Australien dans leur quarantaine, est à son septième mois de grossesse. Ce n'est pas le premier bébé que Divya porte qui n'est pas le sien - en 2010 elle en a porté un pour un couple indien. Elle est l'une des millions de mères porteuses qui aident à générer 24,8 milliards de roupies de chiffre d'affaires chaque année et avec environ 3 000 cliniques qui offrent la fécondation in vitro, et qui font de l'Inde la capitale des mères porteuses du monde. Puisque la maternité de substitution est légale, mais non réglementée, des porteuses comme Divya

sont soumises à l'exploitation par les intermédiaires, les cliniques et les futurs parents d'après les défenseurs de la santé des femmes.

La gestation pour autrui ou la pratique de porter un bébé pour quelqu'un d'autre, peut être gestationnel, la mère porteuse est implantée avec un œuf fécondé sans aucun lien génétique, ou traditionnelle, la mère porteuse est inséminée artificiellement et est génétiquement liée à l'enfant. L'Inde n'a pas de lois sur le trafic des mères porteuses - que des lignes directrices en vrac que les spécialistes considèrent faibles et terriblement inadéquates. Sans une loi, il n'existe aucune disposition pour faire face à tout ce qui pourrait aller mal. En 2008, par exemple, un couple japonais avait dédommagé une mère porteuse indienne



pour mener leur bébé à terme. Ce couple a divorcé avant la naissance du bébé. Bien que le père voulait l'enfant, la législation indienne ne permet pas aux hommes célibataires d'adopter, ainsi donc bébé Manji est resté dans un hôpital à Jaipur pendant deux ans jusqu'à la résolution de la garde. En octobre dernier, un couple australien a abandonné un de leurs jumeaux nés d'une mère porteuse à Delhi parce qu'ils avaient déjà un enfant du même sexe. Et à Mumbai, Ravi Kapoor et Divya, futurs parents, affirment que le coût total de la grossesse de substitution s'est avéré être deux fois et demi plus chère que les 1 000 000 roupies (environ \$ 16 100) prévus.

La disponibilité des mères porteuses, les installations médicales propres, la présence d'une grande population anglophone et l'accent que porte le gouvernement sur le tourisme médical ont attiré des milliers de couples étrangers en Inde depuis que la maternité par substitution a été légalisée en 2002. Aujourd'hui, les principales cliniques du pays supervisent entre 100 et 300 grossesses de substitution par année. «Dans cette affaire, le bébé est le produit. La mère porteuse est le moyen de production. Même ceux qui s'occupent de la mère porteuse le font jusqu'à ce que le produit soit livré », dit Ranjana Kumari, directrice du Centre de recherche sociale à but non lucratif, qui travaille sur la cause des femmes. «La mère porteuse est considérée comme un déchet après la livraison.»

«Je parle au bébé tout le temps», dit Divya en hindi, en touchant son ventre bombé, le geste de protection universel des femmes enceintes. «Ma mère disait que le bébé te comprend et ressent ta douleur. Ainsi, il s'attachera mieux à toi quand il grandit.» Une seconde plus tard, elle se mord les lèvres. «J'oublie toujours qu'il ne sera pas avec moi dans quelques mois,» dit-elle avec un rire nerveux.

Divya dit que les neuf mois de grossesse, le travail acharné de l'accouchement et le bilan physique et mentale que le corps subit durant la grossesse ne sont pas suffisamment compensés par la rémunération qu'elle reçoit de sa clinique. La clinique à Delhi lui donne 3000 roupies par mois pour couvrir son «alimentation et bien-être». Mais la majorité est prise par des intermédiaires qui relient les femmes comme Divya aux cliniques. Par conséquent elle se retrouve avec à peine 1300 roupies, qui ne suffisent même pas à payer les frais de scolarité de son fils de 8 ans.

Malheureusement pour Divya, elle collabore avec une clinique moins connue à Delhi et ne reçoit pas de prestations. Elle vit dans un bidonville de 3m2 en bois, chiffons et feuilles de plastique; jusqu'au sixième mois de sa grossesse, elle nettoie la maison et cuisine pour sa famille de quatre. Seulement récemment, elle a interrompu ses tâches quotidiennes et s'est installée dans une maison fournie par la clinique, où elle reçoit des soins médicaux durant ses derniers mois de grossesse. «Ça sera la fin du monde à la clinique si je n'accouche pas d'un bébé en bonne santé,» dit-elle. «Et, contrairement aux mères porteuses dans les cliniques de luxe, je suis payée uniquement 200 000 roupies après l'accouchement. Seulement la moitié de ce qu'elles gagnent ».

La maternité de substitution est ou-

verte dans l'Ouest depuis la fin des années 1970, lorsque le premier «bébé-éprouvette» est né en Angleterre. De nombreux pays, comme l'Angleterre et l'Australie, ont interdit la commercialisation des mères porteuses pour des raisons éthiques, religieuses et médicales comme l'ont fait certains États des États-Unis. Ceux qui n'ont pas interdit la pratique s'assurent que l'industrie est rigoureusement réglementée. Sauf pour l'Inde.

Ici, la commercialisation des mères porteuses a été autorisée depuis plus d'une décennie, mais sans réglementation gouvernementale. Les mères porteuses doivent accepter les conditions données par les cliniques leur donnent. Divya, comme beaucoup de mamans de substitution en Inde, est analphabète. Soucieuse pour les fonds, elle a signé le contrat par empreinte digitale, sans savoir ce que le «truc rédigé en anglais» signifiait. Une étude réalisée en 2013 par le Centre de recherche sociale à but non lucratif a constaté que 88% des mères porteuses interrogées à Delhi et 76% à Mumbai ne connaissaient pas les termes de leur contrat. En fait, 92% des mères porteuses de Delhi n'en avaient même pas une copie.

Aujourd'hui, les contrats de mères porteuses excluent généralement la mère porteuse même et sont généralement conclus entre la clinique et les parents intentionnels, qui sont libres d'accepter toutes les conséquences de leur décision, dit Gita Aravamudan, auteur du livre publié fin 2014 «Fabriquant de bébé: L'histoire indienne de la maternité par substitution.»

Malgré tous les obstacles, de nombreuses femmes choisissent d'être des mères porteuses parce que le salaire fait une différence pour leurs familles. «

Jind se trouve à environ 145 km au nord de Delhi, un district rural dans l'état de Haryana tristement célèbre pour son sex-ratio dans l'état de Haryana. Divya et son mari ont déménagé de Jind à Delhi il y a une dizaine d'années à la recherche d'emplois plus lucratifs. Deux ans après ils se sont installés dans un bidonville en Gadhi où ils ont rencontré Rahman Bhai. Rahman Bhai, un flatteur, leur a expliqué les aspects techniques des mères porteuses. Une grande partie du rôle de l'intermédiaire est de convaincre les femmes que ce qu'elles font n'est pas immoral. Ces intermédiaires - non officiellement affiliés aux cliniques, travaillant souvent dans la clandestinité - sont en grande partie invisible sur le papier.

En 2009, le beau-père de Divya a contracté la tuberculose et son mari s'est blessé la main en travaillant comme ouvrier de construction. Divya, qui jusque là avait été une femme au foyer, sentait qu'elle avait besoin de s'investir et d'aider financièrement sa famille financièrement. Après plusieurs séries de don d'ovules à sa clinique de Delhi, elle a eu son premier bébé en tant que mère porteuse en 2010. Après la naissance de l'enfant, elle a été payée 35 000 roupies pour ses services. Elle a appris plus tard que Rahman Bhai avait fait presque autant juste en jouant l'intermédiaire.

Divya accouchera du bébé qu'elle porte en mars. C'est probablement la dernière fois qu'elle sera une mère porteuse puisque la plupart des cliniques veulent des mères porteuses dans leur mi-vingtaine. Mais sa sœur Durga de 23 ans est une candidate potentielle. Divya dit «les législateurs m'ont déçu, mais j'espère qu'ils encadreront de meilleures lois au moment où Durga s'apprête à entrer dans l'entreprise.»

L'ÉGLISE CATHOLIQUE ET LA GESTATION POUR AUTRUI

L'Église catholique est pour la vie, cela ne signifie pas simplement «ne pas tuer» et «soutenir activement» la vie, mais cela signifie aussi être ouvert à une nouvelle vie. L'Église veut donc évidemment soutenir le désir de parentalité des couples mariés, conformément aux préceptes de Dieu sur la procréation. Ainsi toutes les technologies, qui sont conçues pour aider les mécanismes que Dieu nous a donnés pour la procréation, sont parfaitement acceptables, selon l'Église. Les femmes et les hommes peuvent par exemple prendre des traitements ou se faire opérés pour améliorer leur fertilité ou leurs capacités sexuelles.

Cependant, l'Église rejette l'idée que les enfants peuvent être créés par la technologie et distribués dans un marché. Les enfants sont un don de Dieu résultants d'une relation sexuelle - au lieu d'être produit comme un

objet ou une chose. D'après l'Église, toute procédure de reproduction excepté l'aide aux relations sexuelles ou à la grossesse d'un couple marié, engagé définitivement à être les parents de cet enfant, n'est pas concevables.

Cela comprend tout, de la création d'un enfant dans un laboratoire à l'utilisation d'une mère porteuse. Le fait que certaines personnes ne soient pas en mesure d'être des parents biologiques est pénible, mais l'Église revendique que c'est une des vérités difficiles que nous devons endurer si nous croyons que les enfants sont un cadeau de Dieu avec leur propre dignité intrinsèque - plutôt que des objets que nous avons le droit d'acheter sur le marché libre.

Charles C. Camosy, PhD

LES SOINS PRÉNATAUX, LA SÉLECTION D'EMBRYONS ET LES TESTS GÉNÉTIQUES

Échographie obstétricale c'est l'application de l'échographie médicale à l'obstétrique, dans laquelle l'échographie est utilisée pour visualiser l'embryon ou le fœtus dans l'utérus de sa mère. La procédure est un soin prénatal standard, car elle donne une série d'informations concernant la santé de la mère et du fœtus, le développement de la grossesse, et de plus amples informations sur le bébé. Le sexe du fœtus peut être découvert par échographie dès 11 semaines de gestation.

Le dépistage d'anomalie

Dans certains pays, des analyses échographiques routine de grossesse sont effectuées pour détecter les anomalies congénitales avant

la naissance du bébé. Certaines anomalies détectées par ultrasons peuvent être traitées par un traitement médical in utero ou en soins périnataux. En revanche la détection d'autres anomalies peuvent aboutir à un avortement. Probablement le dépistage le plus courant est la Clarté nucale pour déterminer le syndrome de Down. 91% des fœtus atteints présentent ce défaut; 5% des fœtus signalés par le test n'ont pas le syndrome de Down. L'échographie peut également détecter les anomalies des organes fœtaux. Habituellement les échographies, pour ce type de détection sont fait autour la 18ème et la 23ème semaines de gestation.



DPI

Le Diagnostic génétique Préimplantatoire (DPI) est un test de dépistage utilisé pour déterminer si les troubles génétiques ou chromosomiques sont présents dans les embryons produits par fécondation in vitro (FIV). Des études ont montré que jusqu'à 50% des embryons pouvaient présenter des anomalies chromosomiques. Le DPI diagnostique les embryons avant qu'ils ne soient transférés dans l'utérus. Ainsi les embryons sains peuvent être sélectionnés pour le transfert à l'utérus.

Le DPI peut être recommandé pour les couples subissant une FIV lorsque:

- l'un ou les deux partenaires ont des antécédents de troubles génétiques héréditaires
- l'un ou les deux partenaires sont porteurs d'une anomalie chromosomique
- la mère est à un âge avancé
- la mère a fait plusieurs fausses couches

Source: Penn Medicine

NGS

Connor, un bébé en bonne santé, est entré dans l'histoire. Il est le premier enfant né suite à la décision des

parents de faire un dépistage complet des génomes d'un lot de leurs embryons fécondés in vitro pour des anomalies, afin de choisir le plus sain pour l'implantation.

Bien que les chercheurs se soient arrêtés de séquencer le génome du garçon, la percée est la preuve que cela pourrait être fait - potentiellement inaugurant une ère de bébés sur mesure.

La FIV compte entre 1 et 5 pour cent de toutes les naissances dans les pays développés, mais elle est très inefficace. On estime que 80% des embryons ne s'implantent pas ou résultent en une fausse couche, alors que seulement un tiers des cycles de FIV aboutissent à une grossesse réussie, en grande partie en raison d'anomalies du nombre de chromosomes que l'embryon possède.

«Si vous prenez une femme au début de sa trentaine, environ un quart de ses embryons seront anormaux. Pour une femme au début de ses quarantaine, cela va en concerner trois-quarts», explique Dagan Wells à l'Université d'Oxford, qui a fondé la nouvelle technique. Le problème est que de nombreux embryons anormaux semblent normaux sous un microscope. «Nous avons besoin de

meilleures façons de travailler pour sélectionner l'embryon que nous devrions implanter», dit Wells. Pour le faire, il a d'abord pris des cellules de sept embryons âgés de cinq jours et extrait leur ADN. Il a ensuite utilisé une technique appelée séquençage de nouvelle génération (NGS) pour évaluer le nombre de chromosomes dans chaque cellule. Il s'agit de

fragmenter l'ADN pour que l'ordinateur puisse lire les fragments et prédire l'origine de chaque chromosome. La séquence d'un génome entier peut être lu de cette manière - même si l'équipe de Wells ne l'a pas fait. Ils étaient simplement intéressés par la proportion de l'ADN provenant de chaque chromosome.

Source: New Scientist (2013)

TESTS GÉNÉTIQUES (EXTRAIT DE L'INTRODUCTION À UN ESSAI)

La question des tests génétiques est à la une de nouveau avec Angelina Jolie qui choisie d'avoir une double mastectomie parce qu'elle porte le gène BRCA. Sa mère et sa tante sont mortes à un jeune âge à cause de la maladie.

«Après neuf mois de soins prénatals inquiétants et approfondis, le jour de rencontre avec votre enfant est là. Le travail est long et pendant des heures vous endurez contraction après contraction dans la salle d'accouchement. Le moment de découvrir que vous avez un fils arrive enfin; dix doigts, dix orteils et les poumons apparemment en bonne santé par le cri que vous entendez. Il est ensuite rapidement repris à la nurserie et une goutte de sang de son talon est placée dans une machine qui en quelques secondes décodera toute son génome. Bientôt l'avenir de votre fils sera gravé dans la pierre; il a une espérance de vie de 30,2 années et a 99% de chance de mourir d'insuffisance cardiaque. Ainsi, votre fils a été étiqueté comme un malade et il est maintenant obligé d'exister au sein d'une classe inférieure de la société, ce qui l'interdira de poursuivre ses rêves. La société a fait preuve de discrimination contre votre nouveau bébé se basant uniquement sur son ADN. Une nouvelle forme d'eugénisme est né «.

C'était la scène d'ouverture du film de science-fiction qui date de 1997 appelé «Bienvenue à Gattaca». En outre de pousser les limites de l'imagination humaine, la science-fiction peut servir d'avertissement à un futur découlant d'un abus de l'humanité. La scène d'ouverture de naissance dans ce film se transforme rapidement en une réalité potentielle. De nos jours, tout le génome d'une personne peut être décodé et en un instant, la personne sait si elle est susceptible à la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, le cancer, ou d'autres facteurs qui menacent la vie. Les partisans de séquençage génétique croient que c'est le Saint Graal de soins médicaux et vantent des phrases comme «médecine personnalisée» et «une réduction significative des coûts des soins de santé.» Il y a un mouvement rapide vers cet objectif grâce à l'expansion proposée de dépistage néonatal des quatre-vingt-quatre conditions, dont la plupart ne sont pas comprises ou n'ont pas de traitement connu.

Michele Stopera Freyhaut

MODIFICATION DE L'EMBRYON MITOCHONDRIAL VA-T-ON TROP LOIN?

Le parlement du Royaume-Uni a récemment (février) adopté une nouvelle législation afin de permettre, sous licence, la création d'embryons fécondés in vitro avec le matériel génétique provenant de trois personnes, dans le but de surmonter le problème de la maladie mitochondriale héréditaire. C'est le premier pays au monde à permettre une telle manipulation génétique, conduisant à ce que la presse appelle «bébés aux trois parents».

Pour comprendre, il faut savoir que l'ADN qu'un individu reçoit de ses parents se compose de deux types. Tout d'abord, l'ADN nucléaire – qui est contenu dans les 46 chromosomes du noyau de chaque cellule (23 chromosomes de chaque parent)-. Cet ADN nucléaire détermine les caractéristiques individuelles (par exemple la couleur des cheveux, la taille, etc.). Ensuite, il y a des infimes quantités (moins de 0,1%) de l'ADN contenues dans de petites structures appelées mitochondries dans le cytoplasme de chaque cellule. Comme le cytoplasme d'un embryon est dérivé du cytoplasme de l'œuf de la mère, tout l'ADN mitochondrial hérité vient de la mère.

Cet ADN, contrairement à l'ADN nucléaire, ne détermine pas les caractéristiques personnelles, il contrôle le fonctionnement des mitochondries. Les mitochondries nous renseignent sur comment la nourriture et l'oxygène sont utilisés pour les besoins énergétiques de la cellule. Ils sont comparés à de mini-centrales permettant à chaque cellule de fonctionner correcte-

ment. Lorsque l'ADN mitochondrial est défectueux, les bébés meurent prématurément de problèmes cardiaques ou à cause d'autres défaillances d'organes et/ou de muscles. L'ADN mitochondrial défectueux est présent dans tous les œufs maternels, ainsi tous les enfants nés de femmes atteintes seront affectés dans une mesure plus ou moins importante.

Les progrès technologiques faisant l'objet de ce projet de loi sont le résultat de la recherche qui a développé deux méthodes différentes pour remplacer les mitochondries défectueuses par des mitochondries saines. Il est important de bien comprendre les deux techniques car elles ont des implications éthiques différentes. La première, appelée Transfert Pronucléaire, implique la création de deux œufs fécondés, un de la mère affectée et un d'une autre femme en bonne santé. Le noyau de l'œuf en bonne santé est retiré et le noyau de l'œuf affecté est placé dans le cytoplasme en bonne santé. Ce nouvel œuf est ensuite implanté par FIV dans la mère affectée. Cette méthode implique évidemment la destruction d'un ovule fécondé sain pour avoir un bébé en bonne santé. Une deuxième technique est appelée Transfert Maternel d'Axe. Il s'agit ici de transférer le noyau d'un ovule affecté dans le cytoplasme d'un ovule sain avant fécondation. Cette technique a moins d'implications éthiques car il n'y a pas de destruction d'un ovule fécondé, mais cela implique encore une FIV et exige un don d'ovules d'un individu sain.

Le débat éthique autour de la modification de la loi n'implique pas seulement le sort des œufs fécondés mais des questions plus larges sur les responsabilités par rapport au changement du patrimoine génétique de la descendance des individus nés grâce à cette technique, tous porteurs de ce nouveau ADN mitochondrial. La modification de la lignée germinale (patrimoine génétique des générations futures) est un seuil critique dans le progrès scientifique auquel la législation européenne s'oppose (Directive Européenne sur les Essais Cliniques 2001/20 / CE: «Aucun essai de thérapie génique ne peut être réalisé s'il se traduit par des modifications de la lignée germinale des individus. »). Le parlement britannique a détourné cette directive en acceptant des traitements sous licence sans essais cliniques.

Un membre du comité de bioéthique NBCW l'a comparé à la division de l'atome car, une fois accomplie, on ne peut revenir en arrière.

La modification de la loi est intervenue après une période de consultation publique au cours de laquelle il était clair qu'il y avait un important soutien public, mais beaucoup de questions ont été soulevées tant par des individus que par l'église. Le Conseil National des Femmes Catholiques a envoyé ses commentaires, disponibles à qui souhaite en prendre connaissance.

Davantage d'informations peuvent être obtenues auprès du site web Centre Anscombe pour la Bioéthique (www.bioethics.org).

Dr. Mary McHugh, MD

LES PRINCIPAUX ARGUMENTS EN FAVEUR ET CONTRE LE DIAGNOS- TIQUE PRÉ-IMPLANTATOIRE

Par Dr. Regula Ott



Le terme «Diagnostic Pré-Implantatoire» (DPI) s'applique à l'analyse du matériel génétique des embryons le troisième jour après fécondation. L'analyse est effectuée à l'extérieur du corps de la femme. Une exigence du DPI est la fécondation in vitro.

Le terme «**Diagnostic Pré-Implantatoire**» (**DPI**) s'applique à l'analyse du matériel génétique des embryons le troisième jour après fécondation. L'analyse est effectuée à l'extérieur du corps de la femme. Une exigence du DPI est la fécondation in vitro. Une telle démarche n'est pas nécessaire en cas de **Diagnostic Prénatal** (**DPN**), où l'état de santé de l'embryon ou du fœtus est testé à l'intérieur du corps de la femme. Le DPN est effectué à un stade plus tardif que le DPI (entre 10 et 18 semaines de la grossesse).

Au moment où le DPI est effectué - trois jours après la fécondation- l'embryon se compose de 6 à 10 cellules et a plus ou moins la taille d'un point. Avec le DPI on peut savoir si l'embryon porte le gène spécifique d'une maladie héréditaire porté par un seul gène. Ces maladies rares sont dites monogénétiques, normalement la majorité des maladies sont influencées par l'interaction d'un grand nombre de gènes ainsi que par des facteurs environnementaux. Une des maladies monogénétiques les plus courantes en Europe est la fibrose kystique avec un taux de probabilité de 1 sur 2500. Cette maladie conduit entre autres à des troubles respiratoires graves et chroniques et à une espérance de vie diminuée. D'autres maladies héréditaires basées sur un seul gène sont par exemple la Chorée de Huntington ou la Myopathie Myotubulaire. La Chorée de Huntington se déclare lors de la quarantaine ou la cinquantaine et conduit à la dégénérescence des cellules nerveuses spécifiques laissant une espérance de vie entre 5 et 20 ans. Le gène défectueux de la Myopathie Myotubulaire engendre chez les garçons l'absence de maturation des cellules musculaires ce qui leur est

fatal dans les premières semaines de vie. Si un couple est porteur d'une de ces maladies graves, un embryon non affecté peut être sélectionné grâce au DPI.

Une autre application du DPI est la **sélection des chromosomes**. Il sera testé si les chromosomes sont régulièrement présents dans une version double ou si on se trouve en présence de trois versions d'un chromosome (trisomie) ou d'une seule version (monosomie). Dans la majorité des cas de trisomies ou monosomies, l'embryon meurt pendant la grossesse. Environ 50% des fausses couches sont dues au nombre trop élevé ou trop bas de chromosomes de l'embryon. Mais la sélection des chromosomes peut aussi révéler le sexe de l'embryon.

Une application du DPI souvent interdite par la loi est la sélection des embryons en fonction du type tissulaire. Les cellules souches du cordon ombilical sont prélevées peu après la naissance afin d'en faire don à -par exemple- un frère plus âgé affecté par une leucémie. En laissant faire le hasard, c'est-à-dire sans un DPI suivi d'une sélection la compatibilité est de seulement 25%. Les personnes sans lien de parenté peuvent rarement devenir donateurs. Les médias nomment cette technique « bébé sauveur » ou « bébé de concepteur » car ils suggèrent que ces bébés sont des « bébés pansement » ou « bébés d'urgence » et parlent de reproduction humaine à but thérapeutique.

Les arguments en faveur ou contre l'application du DPI sont actuellement intensément discutés dans différents pays en raison d'éventuelles révisions des lois qui permettraient le DPI. Voici une brève présentation des principaux arguments des deux parties. On ne

se centre pas ici sur la détermination du sexe ou sur la sélection en fonction du type tissulaire, car ces deux applications sont plus controversées, on ne traite que de la détection de maladies ou de la sélection de chromosomes.

Le principal argument de ceux qui sont contraires au DPI se base sur le mérite de la protection de l'embryon. Selon eux, cette protection démarre avec la conception et ne peut être discutée (on ne peut prendre en considération ni la situation de la femme ni celle du couple). Par conséquent, on ne peut soutenir le DPI qui sélectionne un embryon car d'autres embryons non implantés seront rejetés.

Ceux qui souhaitent autoriser le DPI sous certaines conditions seraient, dans la plupart des cas, d'accord concernant le mérite de protection de l'embryon. Cependant, ils considèrent que ce mérite peut être contrebalancé par d'autres aspects. Par exemple la souffrance du couple peut être considérée comme plus importante que le mérite de la protection de l'embryon si celle-ci est insupportable pour eux. Dans ce cas, le DPI renforce l'autonomie de la femme ou du couple, parce qu'elle / ils peut/peuvent décider par elle-même / par eux-mêmes ce que représente pour elle/eux une souffrance insupportable. Les familles touchées par de telles maladies héréditaires les connaissent bien et peuvent estimer assez précisément ce qu'est la vie avec un enfant malade.

Les représentants de ceux qui souhaitent autoriser le DPI attribuent un mérite absolu de protection au plus tard au nouveau-né. Cela suppose un accroissement de ce mérite de protection lors du développement de l'embryon, ce qui est à la base d'un

autre argument qu'ils défendent : ils croient que le DPI est moralement moins répréhensible que le DPN car ils estiment que la sélection d'un embryon et le rejet des autres est faite à un stade précoce (le DPN peut entraîner un avortement).

Il existe deux positions différentes parmi ceux qui sont en faveur du DPI : (a) il y a ceux qui souhaitent appliquer la technique uniquement pour la détection d'une maladie héréditaire ; (b) il y a ceux qui souhaitent également permettre la sélection des chromosomes à celles qui subissent une fécondation in vitro.

Dans l'autre camp, ceux qui sont contre les DPI, avancent les raisons suivantes (concernant des femmes souffrant de maladies monogénétiques) : (1) crainte de discrimination sociale des personnes ayant un handicap ; (2) pression sur les femmes afin qu'elles donnent naissance à un enfant en bonne santé et, en lien avec cela, pression si un DPI ou un DPN n'a pas eu lieu ; (3) crainte d'une transmission des caractéristiques qui engendreront une sélection et / ou (4) conditions ou cadre manquants.

Les représentants d'associations et institutions catholiques se trouvent des deux côtés de la barrière par rapport au débat autour du DPI. En résumé, on peut dire que la position choisie se base sur deux opinions principales différentes : (i) on estime que le mérite de dignité absolue se fait à partir de la fécondation de l'embryon ou (ii) on considère la souffrance insupportable des femmes / du couple comme étant éthiquement justifiable.

LES CELLULES SOUCHES

Les cellules souches sont des cellules mères qui ont le potentiel de devenir n'importe quel type de cellule dans le corps. Une des principales caractéristiques de cellules souches est leur capacité d'auto-renouvellement ou de prolifération tout en maintenant le potentiel de se développer en d'autres types de cellules. Les cellules souches peuvent se spécialiser en cellules du sang, du cœur, de l'os, de la peau, des muscles, du cerveau etc. Il y a différentes sources de cellules souches, mais tous les types de cellules souches ont la même capacité à se développer en de multiples cellules spécialisées.

Cellules souches embryonnaires

Celles-ci sont obtenues à partir de tissus d'embryon humain en développement. Il y a des cellules souches dans le placenta et dans le sang qui s'y trouve.

Ces cellules ont les caractéristiques des tissus dont elles sont issues. Par exemple, celles qui sont prises du muscle de l'embryon ne peuvent se proliférer qu'en cellules musculaires.

Les cellules souches adultes

Celles-ci sont obtenues à partir de certains tissus de l'organisme adulte. L'exemple le plus couramment utilisé est la moelle osseuse. La moelle osseuse est une riche source de cellules souches qui peuvent être utilisées pour traiter certaines cancers et maladies du sang.

Découverte des cellules souches

Les scientifiques ont étudié le potentiel des cellules souches dans des embryons de souris il y a plus de deux décennies. Suite à des années de recherche, ils ont découvert les propriétés de ces cellules souches en 1998. Ils ont trouvé des méthodes pour isoler des cellules souches d'embryons humains et leur permettre de se développer en laboratoire.

Les premières études sur les cellules souches ont utilisé des embryons créés pour traiter l'infertilité à travers la FIV. Les embryons qui n'étaient plus nécessaires à cette fin, étaient offerts par les propriétaires.

Potentiel d'utilisation

La recherche sur les cellules souches s'améliore à pas de géant. Elles peuvent rapidement devenir la base pour le traitement de maladies telles que la maladie de Parkinson, le diabète, l'insuffisance cardiaque, des maladies chroniques, de paralysie cérébrale, de blessures de la moelle épinière, le remplacement ou la réparation des organes endommagés ou bien encore de réduire les risques lors d'une transplantation.

Les cellules souches peuvent également être utilisées pour le dépistage de nouveaux médicaments et toxines ainsi que pour la compréhension des malformations congénitales sans soumettre des volontaires humains aux toxines et médicaments.

D'autres ont le potentiel de réparer ou remplacer des tissus ou des cellules endommagés. Les cellules souches embryonnaires sont développées d'un ovule fécondé par un sperme. Le processus prend 4-5 jours.

Par Dr Ananya Mandal, MD

QU'EST CE QUE C'EST LA RECHERCHE SUR LES CELLULES SOUCHES?

La recherche sur les cellules souches est utilisée pour tracer les cellules à la base du développement d'organismes. Ces cellules sont cultivées dans des laboratoires où l'on effectue des tests pour étudier leurs propriétés fondamentales.

Il y a des cellules souches dans le placenta et le sang qui s'y trouve. Cependant, les embryons avortés ne sont pas la seule source de cellules souches.

La controverse entourant la recherche sur les cellules souches conduit à un débat intense sur l'éthique. Jusqu'à ces dernières années, la méthode de recherche s'est concentrée principalement sur les cellules souches embryonnaires, qui consiste à faire un prélèvement du tissu embryonnaire avorté pour obtenir un bon échantillon à étudier. Cela se fait habituellement quelques jours après la conception ou entre la 5ème et 9ème semaines.

Depuis, les chercheurs ont appliqué des méthodes d'étude plus éthiques, telles que les cellules somatiques adultes, ce qui est sans doute un progrès important dans la recherche sur les cellules souches.

Objections aux cellules souches:

«Nous ne devrions pas jouer avec la vie humaine.»

«Les êtres humains ne devraient pas essayer de jouer à Dieu»

“La recherche sur les cellules souches dans un avenir lointain pourra conduire à des connaissances sur la façon de cloner un humain. Il est difficile d'établir la véracité de ces propos, mais nous connaissons les conséquences dévastatrices d'autres programmes de recherche même partant de bonnes intentions (par exemple: la recherche nucléaire) «.

De «L'Église s'oppose à la science»:

«Dawkins a tort de croire que l'Église condamne la recherche vitale sur les cellules souches. L'Église s'oppose à la recherche – sur les cellules souches ou autre - qui implique le meurtre intentionnel d'embryons humains. La recherche des cellules souches qui ne consiste pas de tuer des embryons n'est non seulement permise par l'Église mais va jusqu'à être financée par celle-ci. L'Église a mené au moins deux conférences internationales sur la recherche des cellules souches et a également commandité des recherches sur les cellules souches adultes, menées à l'Université du Maryland School of Medicine. Cette recherche, utilisant des cellules souches adultes ou de cordons ombilicaux, a développé des traitements qui ont déjà sauvé des vies humaines. À ce jour, en dépit des milliards de dollars investis, la recherche sur les cellules souches embryonnaires n'a pas conduit à une guérison ou un traitement unique efficace. L'Église ne s'oppose pas à la recherche sur les cellules souches en tant que telle, mais s'oppose seulement à tout type de recherche qui implique de tuer des êtres humains.»

Christopher Kackzor



LA THÉRAPIE GÉNIQUE

La thérapie génique est une technique expérimentale qui utilise des gènes pour traiter ou prévenir la maladie. Dans l'avenir, cette technique pourra permettre aux médecins de traiter un trouble en insérant un gène dans les cellules d'un patient au lieu d'utiliser des médicaments ou la chirurgie. Les chercheurs testent plusieurs approches pour la thérapie génique, y compris:

- Remplacement d'un gène muté qui provoque la maladie avec une copie saine.
- Inactivation d'un gène muté qui fonctionne mal.
- L'introduction d'un nouveau gène pour aider à combattre une maladie.

Bien que la thérapie génique est une option de traitement prometteuse pour un certain nombre de maladies (y compris les troubles héréditaires, certains types de cancer et certaines infections virales), la technique reste risquée et elle est encore à l'étude pour pouvoir

assurer sa sécurité et son efficacité. La thérapie génique n'est actuellement testée que pour le traitement des maladies incurables.

Actuellement, il n'y a pas de remèdes pour les troubles génétiques, et le traitement est uniquement à titre indicatif. C'est pourquoi il y a tant d'attention sur le potentiel de la thérapie génique dans le domaine médical.

Les cellules somatiques impliquent le ciblage de ces cellules pour le remplacement de gènes, tandis que la thérapie cellulaire de reproduction consiste à remplacer des gènes défectueux dans les cellules de reproduction avec des gènes sains. Les modifications apportées dans la composition génétique des cellules somatiques ne sont que des correctives pour le patient. Par conséquent ces modifications ne sont pas héritées par les descendants de la personne traitée.

LES POURS DE LA THÉRAPIE GÉNIQUE

1. Remplacer les cellules défectueuses

Les êtres humains ont toujours été sujets à diverses maladies. Bien que plusieurs de ces maladies puissent être traitées ou soignées, il n'existe aucun remède pour les troubles génétiques, sauf si les cellules défectueuses sont remplacées par des saines grâce à la thérapie génique.

2. Éliminer la maladie

Cibler les cellules reproductrices peut être un moyen pour se débarrasser de maladies à long terme. Les personnes atteintes de maladies génétiques telles que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Huntington et la maladie de Parkinson sont parmi ceux qui ont besoin d'une thérapie génique.

LES CONTRES DE LA THÉRAPIE GÉNIQUE

1. Modifier les capacités humaines

Elle peut être utilisée pour améliorer et modifier les capacités humaines. Si c'était possible, les normes de la vie humaine seraient modifiées pour de bon.

2. Endommager des ressources génétiques

Si la thérapie génique s'effectue avec abondance à un certain point, elle pourrait changer de façon permanente le patrimoine génétique humain.

3. Accroissement des troubles

S'il y a une erreur dans le processus, le résultat pourrait entraîner des troubles graves.

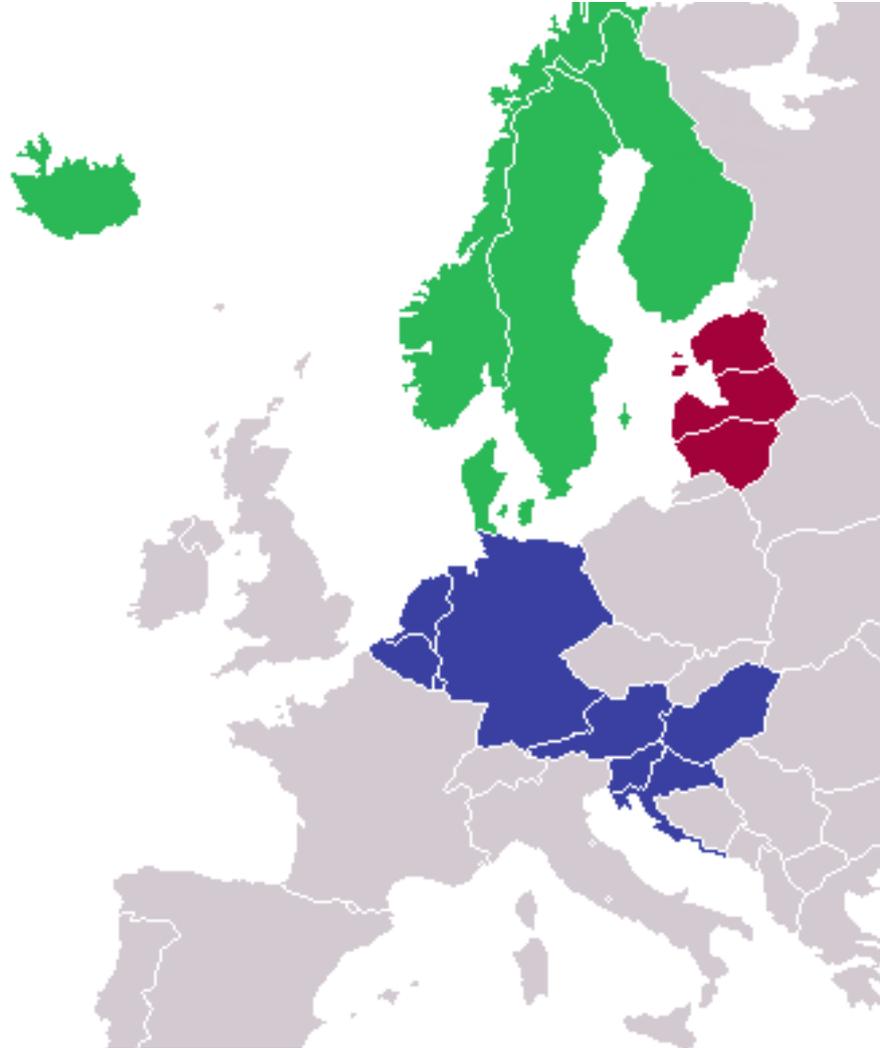
Source: Learn.genetics

LE DON D'ORGANES

est le don de tissus biologiques ou d'un organe du corps humain, à partir d'une personne vivante ou décédée à un destinataire vivant qui a besoin d'une transplantation.

Dans l'Union européenne, le don d'organes est régi par les Etats membres. Depuis 2010, 24 pays européens ont une certaine forme de consentement présumé. En 2008, le Parlement européen a voté pour une initiative visant à introduire une carte de donneur d'organes de l'UE afin de protéger le don d'organes en Europe.

Non seulement l'Église accepte la transplantation d'organes humains, mais elle reconnaît aussi le don d'organes et de sang à ceux qui en ont besoin en actes de charité et donc louable. Ces dons ne peuvent en aucun cas causer la mort du donneur.



Carte montrant la couverture des trois associations internationales de dons d'organes européenne: Balt Transplant, Eurotransplant et Scandiatransplant

Source: wikipedia

EUTHANASIE

acte par lequel on met fin délibérément à la vie d'une personne afin d'en soulager la souffrance.

Comme exemple, un médecin donne un patient atteint de cancer en phase terminale une overdose de relaxants musculaires afin de mettre fin à sa vie, cela est considéré comme une euthanasie.

Suicide assisté :

acte délibéré aidant ou encourageant une autre personne à se suicider.

Comme exemple, le parent d'une personne en phase terminale l'aide à

d'obtenir des sédatifs puissants, sachant que le patient avait l'intention de les ingérer pour se tuer. Le parent peut être considéré comme l'ayant aidé au suicide.

L'euthanasie peut être classée de différentes façons, y compris :

- **Euthanasie active:** une personne intervient délibérément afin de mettre fin à la vie de quelqu'un (par exemple en leur injectant une dose de sédatifs importante),
- **Euthanasie passive:** une personne cause la mort par abstention ou ôtant le traitement nécessaire au maintien de la vie (par exemple



non administration d'antibiotiques à quelqu'un souffrant de pneumonie).

L'euthanasie peut aussi être classée comme :

- **Euthanasie volontaire:** une personne prend consciemment la décision de mourir et demande de l'aide pour ce faire,
- **Euthanasie non volontaire:** une personne est incapable de donner son consentement (par exemple en cas de coma ou en cas de dommage grave au cerveau), une autre prend alors la décision en son nom. Ceci arrive particulièrement lorsque le patient a antérieurement exprimé son souhait en ce sens,
- **Euthanasie involontaire:** une personne est tuée contre son souhait exprimé.

Selon les circonstances, l'euthanasie volontaire et non volontaire pourraient être considérées soit comme homicide volontaire (on tue quelqu'un mais les circonstances peuvent justifier en partie cette action) soit comme assassinat.

L'euthanasie involontaire est presque toujours considérée comme un assassinat.

Différents arguments sont utilisés par les partisans et les adversaires de l'euthanasie et du suicide assisté.

EN FAVEUR:

- **Argument éthique :** on doit pouvoir librement choisir et avoir le droit de contrôler son corps et sa vie (ceci tant qu'on n'interfère pas avec les droits d'autrui). L'Etat ne devrait pas promulguer des lois empêchant les individus de choisir quand et comment ils souhaitent mourir,
- **Argument pragmatique :** l'euthanasie, en particulier passive, est une pratique déjà très répandue mais peu admise ouvertement. Il serait donc préférable de réglementer l'euthanasie.

CONTRE:

- **Argument religieux:** ces pratiques ne peuvent être justifiées au niveau religieux (beaucoup croient que Dieu seul peut mettre fin à une vie humaine),
- **Argument «pente glissante»:** la légalisation de l'euthanasie pourrait conduire à des changements imprévus et importants au niveau sociétal et de notre système de santé que nous pourrions regretter par la suite,
- **Argument d'éthique médicale:** demander à des médecins, des infirmières ou tout autre professionnel de la santé d'euthanasier ou aider au suicide d'un patient serait une violation fondamentale de l'éthique médicale,

- **Argument subsidiaire:** il n'y a aucune raison valable pour qu'une personne souffre mentalement ou physiquement car des traitements effectifs sont disponibles. L'euthanasie n'est pas une option de traitement valable, elle représente un échec médical.

Différentes pratiques:

L'euthanasie et le suicide assisté sont illégaux selon le droit anglais.

Selon les circonstances, l'euthanasie est considérée soit comme un homicide involontaire, soit comme un assassinat et est punissable par la loi (la peine maximale étant l'emprisonnement à perpétuité).

Le suicide assisté est illégal en vertu de la Loi sur le Suicide (1961) et est passible d'une peine d'emprisonnement allant jusqu'à 14 ans. Cependant, tenter de mettre fin à ses jours n'est pas un acte criminel en soi.

L'euthanasie active est actuellement légale en Belgique, aux Pays-Bas et au Luxembourg. En vertu des lois de ces pays, la vie d'une personne peut

délibérément prendre fin grâce à l'intervention d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.

Cependant, l'euthanasie n'est légale que si les trois conditions suivantes sont remplies :

- La personne a fait une demande active et volontaire de mettre fin à sa vie.
- La personne a une capacité mentale suffisante pour prendre une décision éclairée concernant ses soins.
- La personne souffre de façon insupportable et il n'y a aucune possibilité d'amélioration de son état.

Dans certains pays la loi est moins claire, avec des formes de suicide assisté et d'euthanasie passive juridiquement admis, mais l'euthanasie active reste illégale.

Certains pays admettent le suicide assisté et l'euthanasie passive (Suisse, Allemagne, Mexique et cinq états américains).

SUICIDE ASSISTÉ: UN DROIT OU UN TORT ?

Par Claire André et Manuel Velasquez

Matthew Donnelly aimait la vie mais il voulait mourir. Pendant les trente dernières années, Matthew avait mené des recherches sur l'utilisation des rayons X. A présent un cancer de la peau torturait son corps. Il avait perdu le nez, la main gauche, deux doigts de la main droite et une partie de la mâchoire. Il était aveugle et son état se dégradait lentement. La douleur était implacable et toujours constante. Les médecins lui avaient donné une année à vivre.

Allongé sur son lit, les dents serrées pour faire face à la douleur, il a demandé à ce qu'on mette fin à ses souffrances. Matthew voulait

mourir maintenant. Sa demande a été ignorée. Un jour son frère Harold, incapable d'ignorer le cri répété de Matthieu, a pris un pistolet de calibre 3.0 dans sa commode, s'est dirigé vers l'hôpital, a tiré et a tué son frère. Harold a été jugé pour assassinat.

Les progrès rapides et spectaculaires de la médecine et de la technologie nous ont donné le pouvoir de sauver plus de vies que jamais par le passé. La médecine a mis à notre disposition les moyens de guérir ou de réduire la souffrance des personnes atteintes de maladies qui étaient autrefois fatales ou douloureuses. La technologie médicale nous a donné le pouvoir de maintenir la vie (ou, comme diraient certains, de prolonger les décès) de patients dont les capacités physiques et mentales ne peuvent être



restaurées, dont les conditions ne peuvent être inversées, dont la douleur ne peut être éliminée. La médecine cherche à sauver de plus en plus de vies mais parallèlement on entend un souhait grandissant afin qu'il soit permis de mettre fin à une vie lorsque celle-ci est torturée ou détériorée. Les californiens sont invités à soutenir une initiative intitulée « Loi sur une mort humaine et digne » qui permettrait à un médecin de mettre fin à la vie d'un malade en phase terminale, à la demande du patient, après signature de documents juridiques. Selon la loi actuelle, le suicide n'est pas un crime mais aider au suicide l'est. Il y a eu une grande controverse morale pour savoir si nous, en tant que société, devrions adopter des lois permettant un « suicide assisté ». Les partisans de la légalisation du suicide assisté affirment que nous avons tous un droit moral à choisir librement ce que l'on souhaite faire avec sa propre vie tant qu'on ne porte pas préjudice à autrui. Ce droit du libre choix inclut celui de mettre fin à ses jours lorsque nous le choisissons. Pour la plupart d'entre nous, le droit de mettre fin à sa vie est un droit qu'on peut facilement exercer. Mais il existe d'autres cas où, à cause d'une maladie, d'un handicap ou d'un autre motif, la personne est dans l'impossibilité de mettre fin à sa vie de manière digne. Lorsque celle-ci demande à être aidée dans l'exercice de ce droit à mourir, ce souhait doit être respecté.

En outre, nous avons l'obligation de soulager les souffrances et respecter la dignité de tout être humain. Il existe dans nos hôpitaux aujourd'hui des personnes atteintes de maladies en phase terminale, souffrant atrocement ce qui les empêche d'avoir un comportement humain digne. Ils ne peuvent s'attendre qu'à plus de souffrance, de dégradation, de détérioration. Lorsque ces personnes vous supplient de mettre fin à leur douleur et à leur indignité, il est cruel et inhumain de leur refuser. La compassion exige notre coopération.

Ceux qui s'opposent à toute mesure permettant le suicide assisté arguent que la société a le devoir moral de protéger et de préserver toute vie. Permettre d'aider détruire une vie viole un droit fondamental : le

respect de la vie humaine. Une société engagée à préserver et à protéger la vie ne peut demander à certains de la détruire.

Les adversaires au suicide assisté déclarent en outre que la société a le devoir de s'opposer à toute législation qui menace la vie de personnes innocentes.

Les lois approuvant le suicide assisté comportent inévitablement une telle menace. Si le suicide assisté est autorisé sur la base de la compassion ou de la pitié, qu'est-ce qui va nous empêcher de « contribuer à » et peut-être pousser activement vers la mort celui dont la vie nous paraît inutile ou indésirable ? Qui va prévenir les parents « incommodés » par un malade de le convaincre de demander « volontairement » sa mort ? Que vont devenir les personnes qui, une fois signée une demande de mourir, changent d'avis mais, en raison de leur condition, sont incapables de faire connaître leur volonté ?

Une fois que nous accepterons que seule la vie d'une certaine qualité est digne d'être vécue, où allons-nous nous arrêter ? Lorsque nous dévalorisons une vie, nous dévalorisons toutes les vies. Qui parlera en faveur de l'enfant sévèrement handicapé ou de la femme sénile ? Enfin, il est soutenu que pénaliser l'aide au suicide équivaudrait à violer les droits d'autrui. Médecins et infirmières pourraient se trouver « sous pression » afin de coopérer dans le suicide d'un patient. Pour satisfaire le désir d'un patient souhaitant mourir il est injuste d'exiger que d'autres aillent à l'encontre de leurs convictions profondes.

L'aide au suicide est quelque chose qui nous touche en faisant appel à notre compassion, à l'obligation de soutenir les choix individuels et à l'autodétermination.

Mais l'autre côté de la médaille est également important car on nous parle de respect fondamental de la vie et de risque de se lancer sur une pente glissante qui entraîne un respect pour la vie diminué.

Avec la législation qui se profile à l'horizon, nous sommes obligés de choisir ce que sont nos valeurs principales et de voter.

MODIFICATION DE L'ÊTRE HUMAIN: (CERTAINS CONCEPTS)

L'amélioration humaine (Human enhancement –HE) se réfère aux tentatives ponctuelles ou permanentes d'aller au-delà des limites actuelles du corps humain avec des moyens naturels ou artificiels.

Modifications plus ou moins importantes – à aujourd'hui ou pour demain

Les produits cosmétiques (maquillage) sont des soins utilisés pour améliorer l'aspect ou l'odeur du corps humain. Ce sont généralement des mélanges de composés chimiques, certains étant dérivés de sources naturelles alors que beaucoup d'autres sont synthétiques.

L'Université d'Andante sur le thème: "Pourquoi la bioéthique? Des questions de bioéthique auxquelles nous sommes confrontées aujourd'hui" aura lieu du 12 au 16 août 2015 à Vienne en Autriche. L'inscription se fait directement sur notre site www.andante-europe.net

L'Implant est quelque chose qui est placé, généralement par voie chirurgicale, dans un corps vivant, comme un tissu greffé ou un dispositif médical, tel qu'un stimulateur cardiaque ou des dents.

La modification corporelle est la modification délibérée de l'anatomie ou de l'apparence physique humaine. Elle est souvent faite soit pour améliorer l'apparence esthétique, la performance sexuelle, ou en tant que rites de passage, ou croyances religieuses, pour signaler l'appartenance à un

groupe ou une affiliation, ou bien pour créer de l'art corporel, pour choquer ou faire part d'une simple expression de soi, parmi d'autres raisons.

La chirurgie de réattribution ou réassignation sexuelle est la procédure chirurgicale par laquelle l'apparence physique et la fonction des caractéristiques sexuelles existantes d'une personne transgenre sont modifiées pour ressembler au sexe auquel la personne s'identifie.

La neurostimulation est une activation thérapeutique d'une partie du système nerveux au moyen de microélectrodes. Les électrodes sont utilisées pour ajuster un tissu excitable dans le but de soit restaurer une sensation, comme un implant cochléaire pour l'audition, ou bien contrôler un organe, tel qu'un stimulateur cardiaque.

Le génie génétique est le processus d'ajout manuel d'un nouveau ADN à un organisme. Le but est d'ajouter un ou plusieurs nouveaux caractères qui ne sont pas déjà présents dans cet organisme.

Source: wikipedia



Envoyez, s'il vous plaît, vos réactions, vos commentaires ou vos textes supplémentaires à la rédactrice du Magazine d'Andante:

mette.bruusgaard@gmail.com

Magazine layout:
Sebas2 (the Netherlands)
Sebastiaan J. Kosterman