

ÉTUDES SUR LA PRIÈRE POUR AUTRUI : CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES, ÉPISTÉMOLOGIQUES ET ÉTHIQUES¹

INTERCESSORY PRAYER STUDIES : A METHODOLOGICAL, EPISTEMOLOGICAL,
AND ETHICAL CRITIQUE

Serge Larivée²
Université de Montréal

Geneviève Turcotte
Université de Montréal

En 1872, la *Contemporary Review* de Londres publie un article intitulé *The prayer for the sick : Hints toward a serious attempt to estimate its value*. Son auteur, qui a préféré garder l'anonymat, propose d'évaluer les effets de la prière sur la santé; il suggère de cibler deux hôpitaux dont les patients souffrent d'une maladie au taux de mortalité connu; l'un des hôpitaux servirait alors de groupe expérimental et l'autre, de groupe contrôle. Trois à cinq ans plus tard, la comparaison du nombre de décès dans les deux hôpitaux aurait constitué l'indice d'efficacité de la prière. Cette proposition mettait en quelque sorte la prière sur le même pied que n'importe quel traitement : l'évaluation des effets de la prière pouvait être soumise aux critères de la science. Pour l'auteur de la proposition, ceux qui croyaient ne pas perdre leur temps en priant Dieu auraient ainsi l'occasion de démontrer aux incroyants le pouvoir réel de la prière. Les théologiens de l'époque ne voyaient pas les choses de la même façon et un long débat entre les tenants de la science et ceux de la religion s'en est suivi. Les religieux accusèrent d'entrée de jeu l'auteur de la proposition de faire le jeu du diable et de regarder la spiritualité à travers le prisme de la science. À leurs yeux, la longévité du christianisme et la persistance de la pratique de la prière sont des « faits » qu'on ne peut pas ignorer. Qui plus est, l'idée même d'un groupe contrôle jette du discrédit sur la proposition : ne pas prier pour des personnes malades est à leurs yeux tout à fait immoral. Enfin, il est impensable de vouloir mesurer la sagesse de Dieu en lui imposant une ligne de conduite. Au total, les théologiens de l'époque conclurent que les croyances religieuses ne pouvaient être soumises à un examen scientifique ou vérifiées sur la base d'expériences contrôlées. De toute façon, la croyance se passe de faits, même si l'efficacité de la prière est, pour les croyants, un fait (Brush, 1975; Hammer, 2005; Turner, 1974).

C'est dans le cadre de ce débat que Galton (1872) publia ce qu'on tient pour la première recherche empirique sur l'efficacité de la prière. En fait, ce fut l'occasion pour Galton de publier des statistiques cumulées

1. Nous remercions D. Baril, M. D. Beaulieu, C. Braün, I. Écuyer-Dab, F. Filiatrault, H. Genge, A. Quiviger et J.-P. Roux dont les commentaires judicieux ont permis d'améliorer sensiblement le texte.
2. Adresse de correspondance : École de psychoéducation, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-6111 poste 2522. Télécopieur : (514) 343-6951. Courriel : serge.larivee@montreal.ca

depuis plusieurs années. Il émettait alors l'hypothèse que pour des personnes exposées aux mêmes risques de maladies, celles pour lesquelles on priait devaient vivre plus longtemps que les autres. Or, contrairement à son hypothèse, les personnes pour lesquelles on priait le plus, soit la monarchie — les offices de l'Église anglicane incluent systématiquement des prières pour la santé des membres de la famille royale —, vivaient moins longtemps comparativement aux autres. Citant une étude de Guy, Galton constate que la longévité moyenne des souverains était de 64,04 ans, celle des membres de l'aristocratie de 67,31 ans et celle de la bourgeoisie de 70,22 ans. D'autre part, les membres du clergé (69,49), une catégorie de citoyens pour lesquels la prière constitue une activité quotidienne importante, ne vivaient pas significativement plus longtemps que les avocats (68,14) ou les médecins (67,31).

Quelque 135 ans plus tard, il semble bien que beaucoup d'individus aient recours encore à la prière en vue de prévenir d'éventuels problèmes ou de résoudre un problème de santé. Des dix thérapies « alternatives » les plus utilisées aux États-Unis, la prière pour soi et la prière pour autrui arrivent en tête de liste (Masters, Spielmans, & Goodson, 2006). Un sondage du réseau de télévision CNN, effectué en 1996, montre que 82 % des Américains croient que la prière pour soi peut guérir des maladies. De plus, 73 % des Américains croient que la prière pour autrui aide à la guérison et 64 % souhaitent que leurs médecins prient avec eux (Ameling, 2000). L'étude d'O'Connor, Pronk, Tan et Whitebird (2005) sur les thérapies alternatives montre que 47,2 % des sujets prient pour leur propre santé et que 90,3 % d'entre eux croient que la prière contribue à leur guérison.

Dans les études, la prière a deux dimensions : la prière pour soi et la prière pour autrui. La prière pour soi est une activité spirituelle qui demande à Dieu d'aider à mieux vivre, alors que la prière pour autrui consiste à demander des faveurs à Dieu pour quelqu'un d'autre. Dans le cadre de ce texte, nous nous intéressons à la prière pour autrui. Nous exposons les données empiriques disponibles. Nous présentons la méta-analyse de Master, Spielmans et Goodson (2006) concernant les effets de la prière pour autrui sur la santé ainsi que cinq autres études qui ne font pas partie de cette méta-analyse (Benson et al., 2006; Conti, Matthews, & Sireci, 2003; Harkness, Abbot, & Ernst, 2000; Leibovici, 2001; Sicher, Targ, Moore, & Smith, 1998). Nous soulèverons ensuite un ensemble de critiques méthodologiques et épistémologiques. Dans la discussion, nous évoquons enfin des considérations éthiques et les relations, toujours difficiles, entre science et religion.

RECENSION DES RECHERCHES

Pour avoir accès aux études pertinentes, nous avons consulté les bases de données PsycINFO, Medline et Current Contents à l'aide des mots clés : *intercessory prayer*, *distant prayer* et *distant healing*. Nous avons pu ainsi répertorier 208 écrits scientifiques sur la prière pour autrui publiés de 1988 à 2008 (voir Figure 1). L'étude qui suivit celle de Galton, n'est parue qu'en 1979; il faut attendre 1988 pour d'autres publications sur le sujet. De 1988 à 1998, 12 publications ont été recensées. Les études sur le sujet ont ensuite connu un essor considérable. Le pic a été atteint en 2001-2002, années au cours desquelles 77 études ont été publiées, pour redescendre à 39 en 2003-2004, puis à 28 en 2005-2006 et à 30 en 2007-2008.

Nous avons par la suite retenu uniquement les études qui répondaient aux deux critères suivants : a) des prières faites à l'occasion d'un problème de santé physique ou psychologique et b) la présence d'un groupe de « prière » et d'un groupe contrôle. Cette stratégie a permis d'identifier 26 études, dont 14 font partie de la méta-analyse de Master et al. (2006) sur les effets de la prière pour autrui (voir les études avec un astérisque dans la liste des références). Les résultats des différentes variables dépendantes de chaque étude ont été conjugués afin de déterminer la taille de l'effet.

Pour les 14 études incluses dans la méta-analyse et comprenant 3 965 sujets, la taille de l'effet n'est pas significative ($g = .100$). Qui plus est, lorsque l'étude controversée de Cha, Writh et Lobo (2001) est retirée — nous y reviendrons plus loin — la taille de l'effet devient nulle ($g = .012$), confirmant ainsi l'absence totale d'effet de la prière pour autrui. Aucune variable modératrice (les caractéristiques des participants, la répartition des participants entre le groupe contrôle et le groupe expérimental, la fréquence des prières et la durée de l'intervention) n'influence significativement les résultats.

Parmi les 12 autres études qui ne font pas partie de la méta-analyse de Master *et al.* (2006), nous avons exclu quatre thèses de doctorat dont la lecture des résumés ne contredit pas la conclusion de la méta-analyse, ainsi que trois articles publiés dans une autre langue que l'anglais ou le français. Il reste donc cinq études.

Sicher *et al.* (1998) ont mené une étude sur les effets de la prière pour autrui chez les individus ($N = 40$) atteints du sida répartis au hasard entre le groupe contrôle et le groupe bénéficiant de prière. Les intercesseurs provenaient de différents groupes religieux et devaient prier chaque jour, une heure par jour, pendant dix semaines. Six mois après l'intervention, on

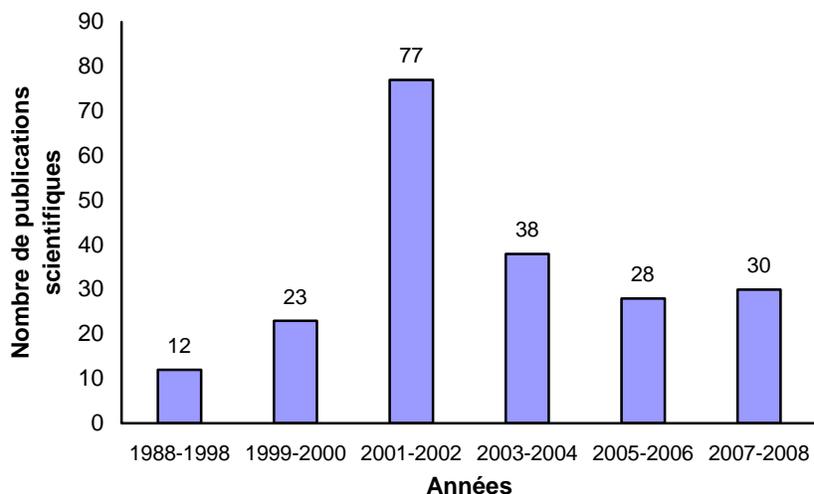


Figure 1. Nombre de publications scientifiques sur la prière pour autrui entre 1988 et 2007.

observe chez les bénéficiaires une diminution significative des symptômes (0.1 vs 0.6 par sujet, $p = .04$), de la sévérité des symptômes (.8 vs 2.65, $p = .03$), du nombre d'hospitalisations (.15 vs .6, $p = .04$), des jours d'hospitalisation (0.5 vs 3.4, $p = .04$), des visites chez le médecin (9.2 vs 13, $p = .04$) et une augmentation générale de l'humeur (résultats au *Profile of Mood States* -26 vs 14, $p = .02$) chez le groupe de prière comparativement au groupe contrôle.

L'effet de la prière pour autrui a également été évalué auprès de 84 patients affligés de verrues (Harkness, Abbot, & Ernst, 2000). Les patients ont été assignés de façon aléatoire entre le groupe contrôle et le groupe expérimental. Le groupe expérimental bénéficiait de six semaines de prière en plus du traitement habituel. Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les groupes pour les variables mesurées : le nombre et la taille des verrues, le niveau d'anxiété et de dépression des sujets. Les auteurs émettent l'hypothèse que les patients n'étant pas certains de recevoir le traitement, cela a pu diminuer leur réceptivité à la prière et affecter l'habileté des intercesseurs. Les auteurs s'appuient sur l'article de Targ (1997) qui émet plusieurs hypothèses pour expliquer des résultats non significatifs de la prière pour autrui. Selon Targ (1997), les chercheurs devraient demander aux sujets s'ils croient qu'ils font partie du groupe de prière; cette information devrait être considérée comme une variable potentiellement médiatrice de l'intervention.

Leibovici (2001) a évalué les effets de la prière pour autrui auprès de patients ayant une infection du sang. Les 3393 patients, répartis au hasard

entre le groupe contrôle et le groupe expérimental, ignoraient qu'ils participaient à une étude sur la prière pour autrui. Résultats : le nombre de jours d'hospitalisation et la durée de la fièvre sont significativement plus courts chez les patients du groupe expérimental comparativement à ceux du groupe contrôle ($p = .01$ et $p = .04$, respectivement). Le taux de mortalité n'est toutefois pas différent entre les deux groupes ($p = .4$).

Conti, Matthews et Sireci (2003) ont mesuré l'effet de la prière pour autrui et de la visualisation positive auprès de 95 patients volontaires ayant des problèmes rénaux; ils voulaient vérifier si les effets obtenus sont dus aux attentes des sujets ou au traitement. La moitié des participants ont été informés que des intercesseurs priaient pour eux et l'autre moitié qu'ils étaient l'objet de visualisation positive. Par la suite, chacun des deux groupes est divisé aléatoirement en trois sous-groupes : un tiers bénéficiait de prières, un tiers de visualisation positive et un tiers ne bénéficiait ni de l'une ni de l'autre. Vingt variables dépendantes, mesurant des éléments de la santé physiologique et psychologique des sujets, ont été évaluées. Après quatre semaines d'intervention, les analyses ont indiqué des tailles d'effets moyennes nulles autant pour les variables médicales ($X = -.08$; $X = -.12$; $X = -.11$) que pour les variables psychologiques ($X = -0.06$; $X = -.07$; $X = .01$). Les auteurs notent toutefois une faible taille de l'effet ($-.22$) pour les dix variables psychologiques chez des sujets qui croyaient bénéficier de la visualisation positive, comparativement aux sujets qui croyaient bénéficier de la prière pour autrui.

Dans leur étude connue sous le nom de STEP (*Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer*), Benson et al. (2006) ont étudié l'effet de la prière pour autrui auprès de patients souffrant d'une maladie coronarienne. Les patients ($N = 1\ 802$), provenant de six hôpitaux américains, étaient répartis au hasard en trois groupes : 604 étaient l'objet de prière sans le savoir, 597 n'en bénéficiaient pas mais, à l'instar du premier groupe, n'en étaient pas sûrs, et 601 étaient l'objet de prière en étant certains de l'être. En vue d'obtenir des résultats valides, tous les patients des deux premiers groupes ainsi que les médecins traitants ignoraient ceux pour qui on priait. Notons au passage que ce type de protocole en double aveugle constitue le *nec plus ultra* de la démarche scientifique. Durant l'étude, trois groupes de chrétiens recevaient chaque soir une liste de patients pour lesquels ils devaient, pendant deux semaines, demander à Dieu la réussite d'une intervention chirurgicale et un rétablissement rapide et sans complications. Les analyses statistiques montrent l'absence de différence entre les deux premiers groupes : les prières à leur intention n'ont eu aucun effet sur les conditions postopératoires des patients. Autrement dit, lorsque les patients ignorent si effectivement on a prié pour eux, la prière à leur intention n'a aucun effet. Cependant, chez les patients qui savaient que l'on allait prier pour eux

(groupe 3), les risques de complications ont augmenté de façon significative. Les chercheurs émettent l'hypothèse que ces patients ont pu avoir subi un stress supplémentaire en s'imaginant que leur condition devait être désespérée, puisqu'on priait pour eux.

CRITIQUES

Nous discuterons d'abord de l'étude de Cha et al. (2001), considérée comme contestable, puis nous formulerons quelques critiques méthodologiques et épistémologiques.

Un cas de fraude

Lors de la présentation de la méta-analyse de Masters et al. (2006), nous avons signalé l'impact du retrait de la recherche de Cha et al. (2001) sur la taille de l'effet qui est passé de 0,100 à 0,012, montrant on ne peut mieux l'absence d'effets de la prière pour autrui. Qu'est-il arrivé? En septembre 2001, le *Journal of Reproductive Medicine*, une revue de calibre international, publie l'étude de Cha et al. (2001) qui, semble-t-il, apporte la première preuve des effets de la prière pour autrui sur un problème de santé, dans ce cas-ci, l'infertilité. Dans cette étude, on demande à des chrétiens répartis dans trois pays (Australie, Canada et États-Unis) de prier pour des femmes coréennes fréquentant une clinique de fécondation *in vitro*. Un premier groupe de fidèles priait en tenant dans leurs mains la photo des femmes, un deuxième groupe priait pour que les prières du premier groupe réussissent et un troisième groupe priait pour la réussite de celles des deux premiers groupes. Les résultats indiquent que 50 % des femmes ayant bénéficié de prières sont devenues enceintes contre 26 % de celles du groupe contrôle. Le protocole de recherche comporte toutefois plusieurs bizarreries. Premièrement, 20 des 219 patientes (9 %) de l'échantillon initial ont été éliminées par les auteurs en raison d'un problème de transmission de courriel, et ce, sans plus d'explications. Deuxièmement, les auteurs ne justifient à aucun moment le choix d'un protocole de recherche aussi complexe. Troisièmement, les auteurs n'ont aucune donnée sur les croyances des participants. De plus, les auteurs n'ont pas évalué l'impact éventuel des prières pour soi des sujets ou celles de leurs familles et amis (Flamm, 2002). Si on pense que la prière a un effet, on devrait le vérifier.

Cette étude et toutes les études qui rapportent des résultats positifs posent également problème sur le plan théologique : 1) Comment expliquer que seulement 50 % des femmes du groupe de prière deviennent enceintes? Comment expliquer que Dieu choisisse certaines femmes plutôt que d'autres? 2) Dieu aurait-il choisi cette étude pour révéler son existence? 3) Les technologies de reproduction artificielle ne vont-elles pas contre la volonté de Dieu (Flamm, 2004)? Finalement, l'un

des auteurs (Wirth) a déjà été reconnu coupable de fraude et d'usurpation d'identité. Il n'a pas de diplôme de médecine, comme il le prétend, mais une maîtrise en parapsychologie et un diplôme en droit. En novembre 2004, Daniel Wirth a plaidé coupable à toutes les accusations d'activités frauduleuses portées contre lui et a été condamné à cinq ans de prison (Flamm, 2005; Marino, 2004). Le second auteur, Kwang Cha, refuse de répondre aux questions à propos de la fraude et continue de défendre l'étude et la méthode employée par Wirth. En janvier 2007, Cha fut accusé de plagiat (Flamm, 2007) et de pratique illégale de la médecine en Californie. Le troisième auteur, Rogerio Lobo, a retiré son nom de l'étude en décembre 2004, affirmant ne pas y avoir participé. En août 2007, Cha a intenté une poursuite contre Flamm alléguant la tenue de propos diffamatoires à son égard. Le 23 avril 2008, un juge de la Cour supérieure de Californie a innocenté Flamm. Les propos de Flamm étaient certes durs, a estimé le juge, mais ils étaient vrais, et sur cette base la poursuite en diffamation n'était pas justifiée. La vérité semble donc constituer une défense imparable. Cette décision du juge est une victoire pour la science et la liberté de parole (Court dismisses Cha suit, 2008; Randi, 2008).

En somme, cette recherche a mis les éditeurs de la revue dans l'embarras. L'Université Columbia et *The Journal of Reproductive Medicine* ont commis une erreur en publiant cet article; ce manque de rigueur scientifique a causé un préjudice à la science en général (Flamm, 2004; 2005; 2006). Même si l'article a été retiré du site Web de la revue, le mal est fait, puisqu'il figure toujours dans PubMed-Medline et est souvent cité comme preuve du pouvoir surnaturel de la prière. Par exemple, dans son manuel, *Health Psychology*, Sanderson (2004) souligne certes le faible échantillon de l'étude de Cha et al. (2001), ce qui ne l'empêche pas d'affirmer que « malgré tout, cette recherche suggère une autre façon à partir de laquelle la religiosité peut conduire à une meilleure santé » (p. 141).

Critiques méthodologiques et épistémologiques

Outre le fait de s'interroger sur la pertinence des études sur la prière pour autrui, quelques auteurs (Halperin, 2001; Shermer, 2006; Targ, 2002) ont soulevé des faiblesses méthodologiques particulièrement lorsque les résultats des recherches concernées confirment l'efficacité de la prière; ils ont également formulé des critiques qu'on pourrait qualifier d'ordre épistémologique ou philosophique.

Sélection des sujets

Une des principales difficultés réside dans la constitution, au moyen de l'assignation ou autrement, de groupes contrôle et expérimental comparables, ce qu'admettent Harris *et al.* (1999) et Palmer *et al.* (2004).

Même si la variable dépendante est la même, les sujets risquent de différer sur le plan de la foi, de la religion, des croyances, des rituels religieux, du soutien social, du niveau d'anxiété, etc.

D'autre part, il est difficile d'obtenir, sur le plan du traitement, un vrai groupe contrôle (Marston, 2006). En effet, même si officiellement on ne prie pas pour les individus du groupe contrôle, comment s'assurer que personne (par exemple, les membres de la famille et les amis) ne prie pour eux? Si tel est le cas, ces prières pourraient-elles contaminer les résultats de l'étude? Par ailleurs, quand une guérison survient, comment s'assurer qu'elle repose davantage sur la prière que sur les traitements? Dans les études expérimentales, si le nombre de sujets est élevé et le principe de la randomisation respecté, ces problèmes ne se posent pas. Enfin, les prêtres et les pasteurs des diverses religions n'incitent-ils pas leurs fidèles à adresser leurs prières à Dieu pour que celui-ci vienne en aide à tous ceux qui sont dans le besoin, y compris, par le fait même, les malades du groupe contrôle?

Mesure des résultats

Les mesures des résultats (variables dépendantes) doivent être précisées. La mort est une variable dépendante sans équivoque et le nombre de jours d'hospitalisation constitue une mesure quantitative. Le besoin d'intervention cardiaque ou l'administration d'antibiotiques sont, par contre, des variables plus subjectives. Les systèmes de pointage des scores obtenus par les patients doivent être validés et reproductibles. Certains auteurs utilisent des qualificatifs tels que bon, intermédiaire ou mauvais pour évaluer les effets des interventions ou accordent des points entre 1 (excellent) et 10 (catastrophique) pour mesurer les variables (Byrd, 1988; Harris et al. 1999). Ces critères d'évaluation sont intuitifs et non validés. Enfin, prendre en compte un grand nombre de variables augmente les chances que des différences significatives apparaissent, alors qu'il pourrait n'y avoir en fait aucune différence réelle entre les groupes.

Intervention

Trois éléments doivent être considérés dans l'évaluation de l'impact de l'intervention : les définitions opérationnelles, le type d'intercesseur et la durée de l'intervention.

Les définitions opérationnelles de l'intervention. Si l'on situe la vérification de l'efficacité de la prière sur le terrain de la science, il faut, à l'instar des autres traitements médicaux, disposer d'une définition opérationnelle de la dose « prière » (Ragle, 2006). Cette opérationnalisation doit se traduire, par exemple, en termes de fréquence, d'intensité et de tradition religieuse. Combien d'individus en prière

constituent une dose? Quels types de prières sont utilisés? Les prières chrétiennes, juives ou musulmanes s'équivalent-elles (Sicher et al., 1998; Walker, Tonigan, Comer, & Kahlich, 1996)? À qui les prières s'adressent-elles? Dieu, Jésus, les anges, un saint ou une force universelle? Quel est le temps accordé à la prière? Est-ce qu'une prière de trois minutes équivaut à trois prières d'une minute ou à six prières de trente secondes? La durée des séances de prière dans l'étude de Sicher et al. (1998) est d'une heure par jour, tandis que dans celle de Palmer et al. (2004), elle n'est que de quelques minutes. Ces définitions opérationnelles constituent des variables modératrices, sans lesquelles il est difficile de déterminer si la prière est efficace.

Par ailleurs, il subsiste quelque difficulté à définir la spiritualité. Les doctrines et les pratiques religieuses diffèrent selon les affiliations religieuses. On peut en outre penser que les comportements considérés comme adéquats ou inadéquats à cet égard diffèrent d'une religion à l'autre. Il existe également plusieurs mesures possibles de la religiosité. Une personne peut se qualifier de très religieuse (religiosité subjective) sans faire preuve de comportement religieux (religiosité objective). Un individu peut ne pas fréquenter de lieu sacré (religiosité organisationnelle) mais prier en privé (religiosité non organisationnelle). Il existe aussi plusieurs autres mesures possibles telles que le degré d'adhésion d'un individu aux doctrines d'une religion (croyance religieuse), le degré de connaissance des pratiques et des comportements inhérents à une religion, ainsi que leur signification (Lee & Newberg, 2005). Plusieurs chercheurs ne fournissent aucune donnée à cet égard (Collipp, 1969; Harris et al., 1999; Mathai & Bourne, 2004; Palmer et al., 2004).

Les intercesseurs. Que sait-on de leur motivation et de l'importance de la prière à leurs yeux? Comme les prières peuvent avoir lieu en groupe ou individuellement (Aviles et al., 2001), y a-t-il une différence entre ces deux modalités? Les affiliations religieuses des intercesseurs doivent être identifiées. Qu'arriverait-il si les résultats montraient une différence significative entre les intercesseurs chrétiens et juifs? Quelles sont les implications théologiques et sociales d'une telle étude comparative? De plus, qu'en est-il du nombre d'années d'expérience des fidèles qui prient? Certains individus sont-ils naturellement doués pour la prière?

La durée de l'intervention. Déterminer le moment approprié pour évaluer les progrès des participants est difficile. Certaines études avec un protocole de recherche relativement court ou avec peu de sujets peuvent ne pas montrer d'effet. Il n'est pourtant pas difficile d'obtenir des corrélations statistiquement significatives lorsqu'une recherche quantitative est effectuée auprès d'un grand nombre de personnes et sur une longue période de temps (Leibovici, 2001). En effet, plus le nombre de sujets est

imposant, plus il est facile d'obtenir des corrélations qui se révèlent à la fois statistiquement significatives ($p < .05$) et réellement insignifiantes (Gendreau, 2001) ou des résultats significatifs qui ne sont pas nécessairement dus à l'intervention orante (Lee & Newberg, 2005).

Mécanisme causal

Sauf erreur, aucun mécanisme d'action de la prière pour autrui n'a été établi. En l'absence de mécanisme d'action clair, l'interprétation des résultats appelle la prudence (Harris et al., 1999; Palmer et al., 2004). Par ailleurs, même si les auteurs se défendent d'étudier Dieu comme médiateur des résultats de leurs études, il n'en demeure pas moins qu'il est le mécanisme causal suggéré implicitement dans la majorité des études sur la prière pour autrui. Dans le cas de résultats positifs, les auteurs affirment que cela ne prouve en rien l'existence de Dieu. Pourtant, une prière est l'acte par lequel on s'adresse à Dieu pour lui faire une demande. Le problème est alors d'assumer que non seulement Dieu écoute les prières des intercesseurs mais y répond. Or, l'essence d'une demande n'est-elle pas d'être acceptée ou refusée? Dieu peut-il opérer de façon probabiliste? Est-ce que les actes de Dieu peuvent se conformer aux paramètres de la science? Cela signifie-t-il que les pouvoirs de Dieu sont soudainement restreints? Il est clair pour la majorité des religions que Dieu ne suit pas les lois de la nature ou des probabilités. Dans la prière, Dieu est imploré et non pas contrôlé ou testé. Cependant, si Dieu est omniscient et tout-puissant, il ne devrait pas être nécessaire de l'implorer de guérir quelqu'un. La prière, selon la tradition judéo-chrétienne, est une médiation entre les humains et Dieu qui dépasse notre compréhension. Ce n'est donc pas une pratique qui se soumet à des vérifications empiriques. D'ailleurs, pourquoi la réponse de Dieu serait-elle proportionnelle au temps consacré à la prière? La théologie et la science sont des entités très différentes, tenter d'imposer à Dieu les lois statistiques ne remet-il en question son pouvoir (Chibnall, Jeral, & Cerullo, 2001)?

D'autres phénomènes sont suggérés tels que le transfert d'énergie, les vagues magnétiques ou la conscience collective. Cependant, s'il s'agit d'un transfert d'énergie entre deux personnes ou une communication télépathique entre deux esprits, pourquoi certains participants ignorent-ils qu'on prie pour eux? N'est-il pas impératif de connaître la destination de cette énergie à partir de laquelle ils communiquent (Chibnall et al., 2001)? Selon Sloan (2005), l'hypothèse d'une conscience collective réfute tout ce que les scientifiques savent à propos de l'univers. En effet, à leurs yeux, il existe seulement quatre interactions (forces) dans l'univers : les interactions nucléaires fortes et faibles, l'interaction électromagnétique et l'interaction gravitationnelle. Rien dans l'univers physique ne leur permet d'expliquer ces résultats. En fait, les chercheurs concernés par la prière

pour autrui ne peuvent identifier les variables en cause ni découvrir comment elles pourraient produire des effets.

Interprétation des résultats

Trois aspects sont ici envisagés : la testabilité des énoncés théologiques, l'interprétabilité des résultats et l'effet placebo.

La testabilité des énoncés théologiques. Le construit de la prière, présenté dans les différentes études, contredit plusieurs concepts spirituels et théologiques. Pour plusieurs religions, la prière, telle que pratiquée par les intercesseurs de ces études, n'est pas considérée comme une prière, car elle ne requiert aucune foi (Chibnall et al., 2001). L'imposition de la prière dans un cadre de recherche respecte-t-elle la dimension de la foi? En effet, advenant le cas où l'on démontrerait l'efficacité de la prière pour autrui par des résultats consistants, prédictibles et reproductibles, on quitterait le monde de la foi pour celui de la science. C'est peut-être dans cette perspective qu'il faut comprendre la réaction d'un pasteur protestant dont les fidèles ont participé à la STEP. Non seulement les résultats n'ébranlent en aucun cas sa confiance dans la prière, mais pour lui les gens qui ont la foi n'ont pas besoin d'une étude sur la prière pour savoir que celle-ci est efficace. Flamm (2006) signale que des douzaines d'articles dans des quotidiens ont tenu des propos de même nature, propos qui sont étonnamment similaires à ceux des théologiens qui, en 1872, s'opposaient à toute étude voulant vérifier l'efficacité de la prière. Les croyants qui refusent le verdict des faits doivent alors éviter la dissonance cognitive. Pour ce faire, ils multiplient les arguments qui rendent la vérification de l'efficacité de la prière pour autrui non réfutable (Popper, 1973). Par exemple, ils diront : « Dieu savait qu'il s'agissait d'une étude et il n'aime pas être testé donc il ne répond pas aux prières; Dieu préfère les prières en provenance des membres de la famille; les prières ont été exaucées, mais pas de la manière escomptée; et bien sûr — réplique classique — les voies de Dieu sont insondables » (Flamm, 2006, p. 6). C'est probablement dans cette perspective qu'il faut comprendre la réaction de certains hommes d'Église. Ainsi, Swinburne a critiqué la STEP en arguant que « Dieu ne répond aux prières que si elles sont motivées par de bonnes raisons. Ce n'est pas une bonne raison que de prier pour une personne plutôt que pour une autre simplement sur un simple coup de dés selon le protocole de l'expérience en double aveugle. Dieu n'aura pas été dupe. » (Dawkins, 2008, p. 79). Swinburne n'est pas le seul théologien à désavouer l'étude après son échec. Le révérend Lawrence est aussi d'avis que les dirigeants religieux qui ont le sens des responsabilités « pousseront un soupir de soulagement en voyant qu'on n'a pas pu faire la preuve que la prière d'intercession ait des effets » (Lawrence, 2006, p. A21). C'est la même conviction qui anime Robert Barth, directeur du Bureau de la prière de l'Église unie, pour qui la prière

peut être étudiée de manière scientifique, même si plusieurs de ses aspects les plus importants demeureront à jamais un « mystère divin » (Ragle, 2006)!

L'interprétabilité des résultats. Il est difficile d'interpréter les résultats autant positifs que négatifs. Comment comprendre les résultats non significatifs? Devrions-nous conclure que Dieu n'écoute pas les prières, que Dieu n'existe pas, qu'il a été imploré par de mauvais intercesseurs, que les mots utilisés dans la prière étaient inappropriés, que les prières devraient être récitées à un rythme différent? Aucune de ces conclusions ne semble justifiée. Certaines études mesurent les mêmes variables mais les auteurs obtiennent des résultats différents (Aviles et al., 2001; Bryd, 1988; Harris et al., 1999). Comment interpréter les résultats si certains sont significatifs alors que d'autres ne le sont pas? Est-ce que Dieu pourrait s'intéresser à certaines maladies plutôt qu'à d'autres? De plus, comment les doctrines religieuses peuvent-elles expliquer que certains individus du groupe bénéficiant de prières guérissent, alors que d'autres ne guérissent pas ou guérissent plus lentement (Masters, 2005)? Bref, la majorité des études ne tient pas compte des fondements théologiques et théoriques du phénomène étudié, ce qui produit des résultats qui peuvent s'interpréter de multiples façons sans qu'aucune s'impose.

L'effet placebo. Les facteurs psychologiques sont fortement impliqués dans le processus de guérison du corps humain. L'effet placebo est une réponse biologique amorcée au niveau du cortex cérébral, permettant l'activation des systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire. Ainsi, les résultats positifs des études sur la prière pour autrui peuvent s'expliquer par l'activité cérébrale qui pourrait influencer la physiologie corporelle et produire des effets bénéfiques sur la santé, plutôt que par l'intervention d'une entité supérieure (Larivée et Gendreau, 2005).

DISCUSSION

Rappel des résultats

Dans les études sur les effets de la prière d'intercession sur la santé, on obtient, pour la plupart, des résultats non significatifs. Lorsque l'étude de Cha et al. (2001) est retirée, la taille de l'effet évaluée par la méta-analyse de Master et al. (2006) devient presque nulle ($g = .012$), illustrant bien l'absence de résultats significatifs. La majorité des études comporte en outre des problèmes méthodologiques et épistémologiques importants tels les difficultés : a) d'identifier des groupes contrôle et expérimental comparables; b) de préciser les variables dépendantes; c) d'opérationnaliser la prière, par exemple en termes de fréquence, d'intensité et de tradition religieuse; d) d'évaluer la motivation des intercesseurs et l'importance de la prière à leurs yeux; e) de constituer un

vrai groupe contrôle; f) de déterminer le moment approprié pour évaluer les progrès des participants; g) d'évaluer l'effet placebo; h) de circonscrire le mécanisme d'action de la prière pour autrui; i) de définir la religion, la religiosité et la spiritualité; j) de tester les affirmations de la théologie concernant la réalité des faits; h) d'interpréter les résultats autant positifs que négatifs.

Science et religion : deux approches inconciliables

Dans leur tentative de concilier science et religion, certains croyants développent plusieurs arguments parmi lesquels les deux suivants sont à l'opposé l'un de l'autre : la science bien comprise mène à la religion et science et religion constituent deux ordres de connaissance dont le premier est réservé à l'examen objectif du réel et le second à l'étude des attributs de Dieu et des rapports des humains avec lui.

Probablement en partie à cause du prestige de la science, tout un chacun se réclame de celle-ci. Pour certains croyants, accorder d'entrée de jeu du crédit à la science devient en quelque sorte la voie royale non seulement pour concilier science et religion, mais aussi pour conclure que la science mène à la religion. C'est la voie suivie par la *John Templeton Foundation*, un organisme qui se consacre à la promotion de la religion. Si l'on va au bout du raisonnement menant à cette cohabitation, on pourrait conclure qu'en fin de compte, la foi religieuse invalide le recours à la vérification empirique que requiert la science. Ce faisant, on ramène le processus de la genèse des connaissances à une période préscientifique, où faute de règles méthodologiques acceptées par l'ensemble de la communauté, c'est l'autorité qui établissait les règles de procédure.

À l'opposé du premier argument, le second prône plutôt la présence de deux ordres de connaissance, l'un scientifique et l'autre théologique. À cet égard, les tenants de la démarche religieuse misent alors sur la subjectivité de l'expérience humaine, sur le fait que la science n'explique pas tout — ce qu'elle n'a d'ailleurs jamais prétendu — qu'il y a quelque chose qui nous dépasse. Que l'approche scientifique donne accès à des connaissances objectives ne signifie aucunement que la science fournit une description complète de la réalité. Mais cette limite de la science ne justifie en aucun cas qu'une autre approche puisse s'y substituer avantageusement.

La méprise sur le rapport entre la démarche scientifique et l'approche théologique perdure aussi en grande partie à cause de la confusion du vocabulaire utilisé. Par exemple, même si dans les deux approches, il est question de vérité, de toute évidence, vérité scientifique et vérité de la foi sont deux concepts antinomiques. Ainsi, lorsque Benoît XVI déclare que la notion de limbes n'a « toujours été qu'une hypothèse théologique et non

une vérité de la foi » (Pullella, 2006, p. 10), il énonce du même coup le caractère immuable — et donc, non scientifique — de cette dernière.

La science requiert des preuves observables et mesurables pour évaluer un phénomène. Dans cette perspective, les médecins sont ouverts aux nouvelles approches susceptibles d'aider leurs patients. La découverte de nouvelles connaissances conduit à de nouvelles hypothèses, à de nouvelles expérimentations et éventuellement à de nouvelles pratiques cliniques. La théologie, de son côté, privilégie les vérités dites fondamentales. Si certaines religions acceptent de modifier certains aspects de leurs pratiques, leurs fondements demeurent, pour l'essentiel, immuables. La théologie et la science opèrent de façon très différente. En effet, l'opposition entre la science et la religion porte essentiellement sur leurs méthodes respectives pour obtenir des connaissances fiables. Les vérités théologiques sont dictées par les dogmes, alors que les vérités scientifiques, fondées sur la démonstration, sont en quelque sorte biodégradables. Bref, la démarche religieuse et la démarche scientifique sont inconciliables.

Aux questions que l'humanité se pose, les théologiens peuvent apporter des réponses qui revêtent une apparence de cohérence lorsqu'il s'agit d'une question touchant le réel. Il est en effet relativement facile de trouver des réponses plausibles à presque n'importe quelle question, mais il est difficile, voire impossible, en l'absence de vérifications, de savoir laquelle est la bonne (Bricmont, 2000). La science est, par définition, ouverte à tout résultat pourvu que ledit résultat découle d'une expérimentation transparente sur le plan méthodologique et susceptible d'être reproduite. À cet égard, science et foi constituent, par définition, des territoires étrangers l'un à l'autre. La croyance en une vérité révélée, codifiée par des dogmes, relève d'une conviction qui, par définition, se passe de démonstration (Sloan, 2006).

Considérations éthiques

Plusieurs problèmes éthiques sont associés à l'étude des effets de la prière sur la santé d'autrui. Premièrement, on peut s'interroger sur la pertinence d'intervenir en faveur de patients sans leur permission. En effet, plusieurs auteurs ne cherchent pas à obtenir le consentement des participants (Collipp, 1969; Harris et al., 1999; Mathai & Bourne, 2004; Palmer et al., 2004). Les raisons de refuser de participer à une étude sont multiples : ne pas vouloir que son nom soit associé à une étude, ne pas être intéressé à une telle recherche, se préoccuper d'une éventuelle assignation au groupe contrôle, s'inquiéter des différences entre sa religion et celle des intercesseurs, être athée, etc. En fait, les chercheurs ont la responsabilité de se renseigner sur le désir de guérison des patients et sur

leur degré d'acceptation de la possibilité que certaines personnes inconnues prient pour eux (Dusek, Astin, Hibberd, & Krucoff, 2003).

Deuxièmement, les études sur la prière pour autrui soulèvent une autre question éthique courante : peut-on tester un traitement dont les effets sont méconnus? Rappelons que l'étude de Benson et al. (2006) montre que les patients qui savaient avec certitude qu'on priait pour eux ont présenté significativement plus de complications au post-test. Les chercheurs ont émis l'hypothèse d'un stress supplémentaire chez ces patients : ils ont pu s'imaginer que si l'on priait pour eux, c'est que leur condition médicale était grave. Au-delà des bonnes intentions, la prière pour autrui pourrait donc causer du tort à certains patients.

Troisièmement, les médecins s'attendent habituellement à ce que leurs recommandations soient suivies par les patients. À cet égard, Sloan (2005) soulève la question de l'ascendant du médecin sur le patient. Si un médecin prescrit à son patient certaines activités religieuses, ne brime-t-il pas la liberté du patient? Les affiliations et les pratiques religieuses relèvent de la vie privée. Même si certains effets positifs de la prière pour autrui sur la santé étaient établis, serait-il approprié qu'un médecin recommande certaines pratiques religieuses aux patients et à leurs proches?

Quatrièmement, encourager les études sur les effets de la prière pour autrui ou promouvoir ses effets positifs est contraire à l'éthique dans la mesure où quelques personnes sérieusement malades pourraient éviter de consulter ou refuser un traitement médical reconnu, comme cela se voit pour les traitements dits « alternatifs », pour ne s'en remettre qu'à la prière. Notons ici au passage que ce problème éthique n'est pas spécifique à l'étude de la prière pour autrui en tant que traitement. Il concerne aussi un grand nombre d'approches alternatives et complémentaires en médecine.

Le cinquième point porte sur les soi-disant effets bénéfiques de la religion sur la santé. Sloan et Bagiella (2002) ont vérifié cette affirmation en déterminant le pourcentage d'articles de recherches qui la soutiennent et en examinant la qualité de leurs analyses statistiques. Pour ce faire, ils ont consulté la base de données Medline à l'aide du mot clé *religion* au cours de l'année 2000. Seulement 17 % des 266 articles répertoriés concluent que la religion a des effets bénéfiques sur la santé. La moitié de ces articles ne démontre pas, à l'aide d'analyses statistiques rigoureuses, cette affirmation. Parmi ceux qui rapportent des effets statistiquement significatifs, certains n'observent pas directement le lien entre la religion et la santé, mais étudient plutôt les différences entre les groupes religieux, l'influence de la religion sur les décisions médicales ou l'augmentation des

pratiques religieuses lorsque les patients sont atteints d'une maladie. De plus, les auteurs notent plusieurs problèmes méthodologiques tels que l'absence de groupe contrôle ou l'absence de contrôle des variables étrangères ou des analyses statistiques incomplètes qui rendent les résultats non significatifs.

Les auteurs ont également répertorié deux recensions des écrits qui étudient les effets de la religion sur la santé, l'une de Luskin (2000) et l'autre de Koeing, McCullough et Larson (2001). Ces recensions mettent en lumière les effets de la religion sur les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension. Aucun des 12 articles cités par Luskin (2000) n'obtient de résultats statistiquement significatifs qui établiraient un lien entre les activités religieuses et les maladies cardiaques. Seulement quatre des 39 articles de Koeing et al. (2001) peuvent soutenir raisonnablement le lien positif entre la religion et la santé. L'ensemble de ces résultats amène Sloan et Bagiella à conclure que la majorité des études offrent peu de confirmation empirique quant aux effets des pratiques religieuses sur la santé.

Au total, ceux qui prétendent à l'efficacité de la prière pour autrui ont l'obligation éthique de démontrer la véracité de leur affirmation, ne serait-ce que pour réduire les frais reliés à la santé et aider ceux qui peuvent l'être. En effet, si les croyants ont raison, on aurait enfin trouvé une solution intéressante au problème des engorgements des hôpitaux. Il suffirait de remplir à nouveau les églises de pieux fidèles pour que dans un vaste effort de prière conjointe, tous les malades du Québec, du Canada et peut-être du monde soient éventuellement guéris.

CONCLUSION

Sur la base des études actuelles, principalement celles incluses dans la méta-analyse de Masters et al. (2006), il faut conclure que l'efficacité de la prière pour autrui n'a pas été démontrée. Plus encore, à l'instar des autres thérapies noétiques, aucun médium tangible clairement identifié dans la prière pour autrui n'est susceptible d'induire un changement de l'état de la personne pour laquelle on prie. Il n'existe en fait aucune explication biomédicale de l'effet de la prière pour autrui. Or, l'éthique médicale veut que seules les thérapies qui ont fait preuve de leur innocuité et de leur efficacité puissent être prises en considération. Science et religion sont en outre deux domaines inconciliables. Tenter de les rapprocher non seulement dilue leur essence et ne profite ni à l'une ni à l'autre, mais relève également de la tromperie. La démarche de la *John Templeton Foundation* nous illustre bien ceci. Voilà une institution qui prône l'existence de Dieu et qui entend la démontrer en finançant des recherches. Ce faisant, nous pensons qu'elle est en porte-à-faux tant sur le plan théologique que sur le plan scientifique. À l'évidence, elle ne

contribue pas au progrès des connaissances puisque tout résultat empirique contraire à leurs croyances ne modifie en rien celles-ci. Conclure alors que « les voies de Dieu sont insondables », c'est adopter une attitude qui se prémunit contre l'échec et permet de toujours retomber sur ses pieds. Les 2,4 millions de dollars investis par la *John Templeton Foundation* dans la STEP auraient certainement été plus utiles pour réduire la pauvreté ou améliorer la qualité de vie dans les pays de l'Afrique sub-saharienne et même en Occident. Compte tenu de l'absence de données probantes sur l'efficacité de la prière pour autrui, la conclusion de Masters et al. (2006) s'impose : cessons de financer ce type de recherche. Bref, on peut à bon droit estimer que l'évaluation scientifique des effets de la prière d'intercession n'est pas plus opportune que le procès de Galilée par l'instance religieuse. Un cul-de-sac dans les deux cas.

RÉFÉRENCES*

- Ameling, A. (2000). Prayer : An ancient healing practice becomes new again. *Holistic Nursing Practice*, 14(3), 40-48.
- *Aviles, J. M., Whelan, E., Hernke, D. A., Williams, B. A., Kenny, K. E., O'Fallon, W. M. et al. (2001). Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population : A randomized controlled trial. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1192-1198.
- Benson, H., Dusek, J. A., Sherwood, J. B., Lam, P., Bethea, C. P., Carpenter, W. et al. (2006). Study of the therapeutic effects of intercessory prayer (STEP) in cardiac bypass patients : A multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *American Heart Journal*, 151(4), 934-942.
- Bricmont, J. (2000). Science et religion : l'irréductible antagonisme. *Agomme*, 23, 131-151.
- Brushm, S. G. (1974). The prayer test. *American Scientist*, 62(5), 561-563.
- *Byrd, R. C. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Medical Journal*, 81(7), 826-829.
- *Cha, K. Y., Wirth, D. P., & Lobo, R. A. (2001). Does prayer influence the success of in vitro fertilization-embryo transfer? *Journal of Reproductive Medicine*, 46(9), 781-787.
- Chibnall, J. T., Jeral, J. M., & Cerullo, M. A. (2001). Experiments on distant intercessory prayer. *Archives of Internal Medicine*, 161, 2529-2536.
- *Collipp, P. J. (1969). The efficacy of prayer : A triple-blind study. *Medical Times*, 97(5), 201-204.
- Conti, M. J., Matthews, W. J., & Sireci, S. G. (2003). Intercessory prayer. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 6(4), 20-27.
- Court dismisses Cha suit, vindicates Flamm on questioned prayer/fertility study (2008). *Skeptical Inquiry*, 32(4), p. 8.
- Dawkins, R. (2008). *Pour en finir avec Dieu*. Paris : Robert Laffont.
- Dusek, J. A., Astin, J. A., Hibberd, P. L., & Krucoff, M. (2003). Healing prayer outcomes studies : Consensus recommendations. *Alternative Therapies*, 9(3), A44-A53.
- Flamm, B. L. (2002). Faith healing by prayer. *The Scientific Review of Alternative Medicine*, 6(1), 47-50.
- Flamm, B. L. (2004). Faith healing confronts modern medicine. *The Scientific Review of Alternative Medicine*, 8(1), 9-14.
- Flamm, B. L. (2005). The bizarre Columbia University "miracle" saga continues. *Skeptical Inquirer*, 29(2), 52-53.
- Flamm, B. L. (2006). One big SEEP : Another major study confirm that distant prayers do not heal the sick. *Skeptical Inquirer*, 30(4), 5-6.

* Les références précédées d'un astérisque sont incluses dans la méta-analyse de Masters et al. (2006).

Études sur la prière pour autrui

- Flamm, B. L. (2007). Third strike for Columbia University prayer study : Author plagiarism. *Skeptical Enquirer*, 31(3), 19-20.
- Galton, F. (1872). Statistical inquiries into the efficacy of prayer. *Fortnightly Review*, LXVIII, 125-135.
- Gendreau, P. L. (2001). Rechercher l'intervention. In G. Gendreau (Éd.), *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative* (p. 1-8). Montréal : Sciences et Culture.
- Halperin, E. C. (2001). Should academic medical centers conduct clinical trials of the efficacy of intercessory prayer? *Academic Medicine*, 76(8), 791-797.
- Hamer, D. (2004). *The God gene. How faith is hardwired into our genes*. New York : Archan Books.
- Hammer, O. (2005). Legitimizing new religions. *Journal of Religion*, 85(2), 356-357.
- Harkness, E. F., Abbot, N. C., & Ernst, E. (2000). A randomized trial of distant healing for skin warts. *American Journal of Medicine*, 108, 448-452.
- *Harris, W. S., Gowda, M., Kolb, J. W., Strychacz, C. P., Vacek, J. L., Jones, P. G. et al. (1999). A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary unit. *Archives of Internal Medicine*, 159(19), 2273-2278.
- *Joyce, C. R. B., & Welldon, S. M. (1965). The objective efficacy of prayer: A double-blind clinical trial. *Journal of Chronic Diseases*, 18, 367-377.
- Koeing, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York : Oxford University Press.
- *Krucoff, M. W., Crater, S. W., Gallup, D., Blankenship, J., Cuffe, M., Guarneri, M. et al. (2005). Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: The Monitoring and Actualisation of Noetic Training (MANTRA) II randomized study. *The Lancet*, 366, 211-2117.
- Larivée, S., & Gendreau, P. L. (2005). Recension de *L'effet placebo : le pouvoir de guérir*. *Revue de psychoéducation*, 34(2), 397-402.
- Lawrence, R. J. (2006). Faith-based medicine. *The New York Times*, 11 avril, A21.
- Lee, B. Y., & Newberg, A. B. (2005). Religion and health : A review and critical analysis. *Zygon*, 40(2), 443-468.
- Leibovici, L. (2001). Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection : Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 323, 1450-1451.
- Luskin, F. (2000). Review of the effect of spiritual and religious factors on mortality and morbidity with a focus on cardiovascular and pulmonary disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 20, 8-15.
- Marino, T. A. (2004). Indictment of Joseph Horvath and Daniel Wirth. *Quackwatch*, Document en ligne le 1^{er} juin, 2004 : <<http://www.quackwatch.org/11Ind/wirthindictment.html>>.
- Marston, P. (2006). The STEP prayer study. *Skeptical Inquirer*, 30(6), 65.
- Master, K. S. (2005). Research on the healing power of distant intercessory prayer : Disconnect between science and faith. *Journal of Psychology and Theology*, 33 (4), 268-278.
- Master, K. S., Spielmans, G. I., & Goodson, J. T. (2006). Are there demonstrable effects of distant intercessory prayer? A Meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 21-26.
- *Mathai, J., & Bourne, A. (2004). Pilot study investigation the effects of intercessory prayer in the treatment of child psychiatric disorders. *Australasian Psychiatry*, 12(4), 386, 389.
- *Matthews, D. A., Marlowe, S. M., & MacNutt, F. S. (2000). Effects of intercessory prayer on patients with rheumatoid arthritis. *Southern Medical Journal*, 93, 1177-1186.
- *Matthews, W. J., Conti, J. M., & Sireci, S. G. (2001). The effects of intercessory prayer, positive visualization, and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients. *Alternative Therapies*, 7(5), 42-52.
- O'Connor, P. J., Pronk, N. P., Tan, A., & Whitebird, R. R. (2005). Characteristics of adults who prayer as an alternative therapy. *American Journal of Health Promotion*, 19(5), 369-375.

- *O'Laoire S. (1996). An experimental study of the effects of distant intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3, 38-53.
- *Palmer, R. F., Katerndahl, D., & Morgan-Kidd, J. (2004). A randomized trial of the effects of remote intercessory prayer: Interactions with personal beliefs on problem-specific outcomes and functional status. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(3), 438-448.
- Popper, K. (1973). *La logique de la découverte scientifique*. Paris : Payot.
- Pullella, P. (2006, 7 octobre). Dans les limbes... Le pape ne devrait pas abolir ce concept théologique avant 2007. *Le Devoir*, p. A10.
- Ragle, B. (2006). Prayerful science. More on the relationship between prayer and healing. *Skeptic*, 12 (4), 11.
- Randi, J. (2008). Prayer and pregnancy. *Skeptic*, 14(2), 6.
- Sanderson, C. A. (2004). *Health psychology*. Hoboken, NJ : Wiley.
- Shermer, M. (2006). Prayer and healing. The verdict is in and the results are null. *Skeptic*, 12(3), 20-21.
- Sicher, F., Targ, E., Moore, D., & Smith, H. S. (1998). A randomized double-blind study of the effect of distant healing in a population with advanced AIDS. *Western Journal of Medicine*, 169, 356-363.
- Sloan, R. P. (2005). Interview with Richard P. Sloan. *Religion et Ethics newsweekly*, 844, 1-10.
- Sloan, R. P. (2006). *Blind faith : The unholy alliance of religions and medicine*. New York : St. Martin Press.
- Sloan, R. P., & Bagiella, E. (2002). Claims about religious involvement and health outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1), 14- 21.
- Targ, E. (1997). Evaluating distant healing : A research review. *Alternative Therapies and Health Medicine*, 3(6), 74-78.
- Targ, E. (2002). Research methodology for studies of prayer and distant healing. *Complementary Therapies in Nursing et Midwifery*, 8, 29-41.
- *Tloczynski, J., & Fritzschi, S. (2002). Intercessory prayer in psychological well-being: Using a multiple-baseline, across-subjects design. *Psychological Reports*, 91, 731-741.
- Turner, F. M. (1974). Rainfall, plagues, and the Prince of Wales : A chapter in the conflict of religion and science. *The Journal of British Studies*, 13(2) 46-65.
- *Walker, S., Tonigan, J. S., Comer, S., & Kahlich, L. (1996). Intercessory prayer in the treatment of alcohol abuse and dependence: A pilot investigation. *Alternative therapies*, 3(6), 79-86.

RÉSUMÉ

Depuis 2000, les études concernant l'efficacité de la prière sur l'amélioration de la santé physique et psychologique des gens pour lesquels on prie se sont multipliées. La consultation de trois banques de données (PsycINFO, Medline, Current Content) a permis de répertorier 189 publications de 1979 à 2007. Outre la méta-analyse de Master, Spielmans et Goodson (2006), nous avons retenu les études qui répondaient aux deux critères suivants: a) la prière pour autrui est utilisée pour traiter un problème de santé physique ou psychologique et b) la présence d'un groupe « de prière » et d'un groupe contrôle. L'analyse des résultats soulève plusieurs questions sur des critères méthodologiques et épistémologiques ainsi que quelques considérations éthiques. Nous discutons en outre de l'éternel antagonisme entre la démarche scientifique et la démarche théologique.

MOTS CLÉS

prière pour autrui, bien-être physique et psychologique, épistémologie, éthique, méthodologie de la recherche

ABSTRACT

Since 2000, the number of studies concerning the efficiency of prayer on the improvement of physical and psychological health of the people for whom we pray has increased. A search in three bibliographic databases (PsycINFO, Medline and Current Contents) produced a list of 189 studies published between 1979 and 2007. In addition to the meta-analysis of of Master, Spielmans, and Goodson (2006), we only retained publications that included two criteria: a) prayer for others is used for the treatment of a physical or psychological problem and b) presence of a prayer group and of a control group. A critical analysis of the results raises a set of methodological and epistemological criticisms as well as some ethical considerations. We also discuss the everlasting antagonism between the scientific and the theological points of view.

KEY WORDS

prayer for others, physical and psychological well-being, epistemology, ethics, research method
