

Conférence 3

Dr Friederike MATTER-TANSKI (CH)

22/08/2025

Dans cette présentation, afin de faciliter la compréhension, nous avons renoncé à utiliser des formulations adaptées au genre ou une ponctuation spécifique. Le masculin générique est utilisé de manière universelle.

Friederike Matter-Tanski

Médecine personnalisée - Médecine de la personne La conception chrétienne de Paul Tournier est-elle encore d'actualité ?

1. Médecine personnalisée

Une recherche Google sur le terme « médecine personnalisée » donne notamment les résultats suivants :

[En médecine personnalisée, chaque patient doit être traité au-delà du diagnostic fonctionnel de la maladie, en tenant compte de ses caractéristiques individuelles, par exemple le code génétique]. [L'objectif déclaré d'une telle médecine de précision personnalisée est d'optimiser le traitement individuel et de rendre ainsi le système de santé plus efficace].

Je travaille dans une clinique de réadaptation (réadaptation) - les patients viennent après un séjour à l'hôpital afin de poursuivre leur convalescence, d'optimiser le traitement médicamenteux et de retrouver les capacités nécessaires pour reprendre leur vie quotidienne. Outre la cardiologie, nous disposons de services spécialisés en pneumologie, médecine interne générale, orthopédie et gériatrie.

Une patiente de 78 ans a souffert d'une endocardite il y a 5 ans, laquelle a nécessité le remplacement chirurgical de deux valvules cardiaques, la valvule mitrale et la valvule tricuspidale. Après l'opération, elle a suivi un traitement antibiotique intraveineux pendant près de six semaines dans notre établissement. Quatre ans plus tard, elle a de nouveau souffert d'une endocardite, qui a cette fois-ci été traitée uniquement par antibiotiques, sans intervention chirurgicale. Trois mois plus tard, elle a été victime d'un accident vasculaire cérébral et a de nouveau été admise en réadaptation. L'accident vasculaire cérébral n'avait laissé qu'une légère faiblesse de la main droite, mais elle présentait de nouveaux signes d'insuffisance cardiaque malgré un traitement médicamenteux maximal. En raison de l'histoire d'endocardite, une échocardiographie a été réalisée, qui a révélé une sévère sténose de la valvule aortique. Après avoir exclu une nouvelle endocardite, un remplacement valvulaire aortique mini-invasif (remplacement par cathéter) a été effectué à l'hôpital universitaire et elle est retournée en réadaptation, où elle s'est très bien rétablie. Mais six semaines plus tard, elle est revenue avec un nouveau diagnostic d'AVC. Cependant, elle ne présentait objectivement aucun nouveau déficit neurologique, la légère faiblesse de sa main droite était inchangée et ne la gênait guère. Elle ne présentait aucun symptôme cardiaque.

Cette fois encore, elle est restée six semaines chez nous, trouvant toujours une raison pour ne pas rentrer chez elle.

Pourtant, tout avait été fait dans les règles de l'art : les trois valvules cardiaques malades avaient été remplacées, l'endocardite était maîtrisée, la fonction cardiaque normalisée et la légère faiblesse de la main ne la gênait presque plus.

La médecine a fait d'énormes progrès au cours des dernières décennies ! Avec mes études et mon expérience professionnelle, cela fait près de 50 ans que je peux en suivre l'évolution. Dans ma spécialité, la cardiologie, la recherche a permis de comprendre l'origine de différentes maladies et ainsi de développer de nombreux médicaments très efficaces. Nous disposons désormais d'une large gamme de médicaments contre l'occlusion ou thrombose coronaire, contre l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et bien d'autres maladies. Nous avons des médicaments qui retardent, voire préviennent, de manière avérée l'apparition et l'évolution des maladies cardiovasculaires. Et les progrès continuent : nous pouvons réduire le taux de cholestérol avec seulement une injection deux fois par an, et il sera probablement bientôt possible de normaliser la tension artérielle aussi avec seulement une injection deux fois par an. En combinant ces deux médicaments, il serait possible de contrôler sans problème la tension artérielle et le cholestérol avec deux injections par an. L'insuffisance cardiaque reste une maladie dont le pronostic est mauvais, mais là aussi, nous pouvons influencer favorablement son évolution grâce à des médicaments de plus en plus efficaces.

De même, les techniques de diagnostic, les différentes interventions et les procédures chirurgicales ont été considérablement améliorées : par exemple, l'évaluation automatique d'un ECG est de plus en plus précise. À l'aide de certains algorithmes, il est désormais possible, sur la base du seul ECG, de déterminer la fonction cardiaque ou de prédire le risque de fibrillation auriculaire ou de mort par arrêt cardiaque.

Lorsque j'ai commencé en cardiologie, il n'existe que l'échographie unidimensionnelle (fig. 4a, q1) – aujourd'hui nous disposons d'images tridimensionnelles (fig. 4b, q1), les programmes calculent rapidement la fonction des différentes structures sans que l'examineur ait à effectuer des mesures compliquées – et grâce à la tomodensitométrie et à l'IRM (fig. 4c, q1), nous pouvons produire des images tridimensionnelles en temps réel.

Il y a 70 ans, le premier pacemaker était aussi gros qu'un caddie (fig. 5a, q2). Aujourd'hui, les pacemakers tiennent facilement dans une petite poche sous la peau ou sont implantés directement dans le myocarde (fig. 5b, q2). Ils ont des fonctions complexes qui imitent presque parfaitement le rythme cardiaque normal.

Le remplacement d'une valvule cardiaque ne nécessite plus une opération lourde (fig. 6a, q2), mais peut également être réalisé à l'aide d'une intervention peu contraignante pour le patient, à l'aide d'un cathétérisme cardiaque (fig. 6b, q2).

Lorsque toutes les interventions et tous les médicaments contre l'insuffisance cardiaque sont inefficaces, nous pouvons planter chez nos patients un système d'assistance (fig. 7a, q3) qui prend en charge une grande partie du travail cardiaque.

Après des décennies d'investigations infructueuses, il existe désormais un cœur artificiel (fig. 7b, q3). Ces coeurs artificiels ne sont pas encore autorisés partout et ne sont utilisés jusqu'à présent que comme solution temporaire en attendant une transplantation, mais les machines sont en constante évolution et amélioration. On connaît au moins un patient qui vit déjà depuis plus de deux ans avec cet appareil et il se porte bien.

On discute déjà de la possibilité que ces avancées rendent bientôt la transplantation inutile. Jusqu'à récemment c'était inimaginable. Au-delà, peut-être pourrons-nous bientôt reconstruire notre propre cœur à l'aide de cellules souches. Nous en sommes encore loin, mais il existe déjà des organoïdes construits à partir de cellules souches (qui ne servent actuellement qu'à la recherche), qui devraient être développés pour devenir des vrais organes.

Grâce à une meilleure connaissance des bases moléculaires et génétiques et à la possibilité d'influencer et de modifier la génétique, il est possible d'adapter les traitements à chaque patient afin de lui apporter une aide spécifique et personnalisée.

Associées à l'IA, les possibilités sont de plus en plus nombreuses. On tente par exemple de développer des outils diagnostiques qui, sans contact personnel, permettent au médecin de déterminer, à partir d'une photo de son patient et d'une analyse de sa voix et de son langage, si une nouvelle décompensation cardiaque est en marche. Grâce à ces outils, combinés à l'analyse de gènes et de certains biomarqueurs, intégrés dans des modèles et des scores, il est alors possible de développer des concepts permettant de déterminer le meilleur traitement individuel pour un patient. Pour ne citer qu'un exemple : le traitement antithrombotique après un infarctus est défini dans les directives des sociétés de cardiologie. Grâce à l'IA, il est désormais possible de calculer les risques individuels d'un patient et de les mettre en relation avec les mécanismes d'action des médicaments. Cela permet de mieux décider quels anticoagulants, à quelle dose et pendant combien de

temps, doivent être administrés à un patient spécifique, afin d'éviter d'une part une nouvelle occlusion vasculaire et d'autre part des complications hémorragiques.

Il ne s'agit donc plus d'un traitement standardisé selon des directives, mais d'une médecine individualisée et personnalisée (fig. 8).

Ce domaine de la médecine personnalisée comprend également de nombreuses applications qui enregistrent des paramètres vitaux tels que la pression artérielle, la fréquence et le rythme cardiaque, le taux de glucose, le poids, ainsi que le nombre de pas quotidiens et d'escaliers montés. Les paramètres enregistrés peuvent être transmis au médecin, à une équipe de conseillers spécialisés ou à l'IA afin d'établir un programme de santé spécifique à chaque personne. Il n'est plus nécessaire d'avoir un contact personnel entre le patient et le médecin : tout est communiqué virtuellement, un entretien direct n'est plus nécessaire.

À l'hôpital cantonal de Lucerne, une « **Virtual Care Unit** » (fig. 9, q4) a été mise en place, dans laquelle les patients sont surveillés en permanence, jour et nuit, à l'aide de moniteurs et d'appareils de mesure, tandis que le personnel soignant - et les médecins - restent en contact avec eux via une caméra et des écouteurs. Cela permet un meilleur contrôle et une prise de contact plus rapide, et donc une prise de décision plus rapide quant aux traitements nécessaires.

Au lieu d'un tel contact, plusieurs maisons de retraite testent actuellement « **Robody** » (fig. 10, q5), un robot soignant. Celui-ci doit encore être commandé par une personne depuis un bureau, mais ce n'est qu'un début. Actuellement, cette personne ne fait donc rien d'autre depuis son bureau que ce qu'elle ferait de toute façon dans la chambre du résident, mais on se rapproche ici de plus en plus de la « médecine personnalisée », car grâce à l'IA, nous pourrons bientôt déterminer le meilleur analgésique pour un patient souffrant de douleurs chroniques en tenant compte de son diagnostic, de son âge, de sa taille, de son poids, des résultats de radiographies, de tomodensitométries, d'IRM et d'analyses de laboratoire déjà disponibles, des paramètres vitaux actuels et des médicaments en cours, et de le faire administrer par le robot. **Les personnes ne seront alors plus nécessaires dans la « médecine personnalisée »** (fig. 11).

De nombreux systèmes d'IA constituent en effet un énorme avantage : par exemple, l'aide apportée par l'IA aux personnes aveugles, les systèmes d'appel d'urgence avec possibilité de localisation des personnes, ou encore divers programmes de traduction qui peuvent être utiles pour communiquer avec des patients parlant une langue étrangère.

Les scientifiques travaillent sur des programmes destinés à être utilisés dans le cas d'aphasie motrice : l'IA apprend ici à générer des mots à partir des pensées d'une personne, enregistrées par des électrodes placées sur sa tête, ce qui devrait permettre de mener des conversations.

Tout ce qui a déjà été réalisé a pu être démontré aux États-Unis lors d'un procès pour meurtre : grâce à l'IA, la victime a pu avoir une conversation avec son meurtrier...

Il existe également une IA pour les consultations psychologiques : le patient parle à un programme spécialement formé qui lui donne les bonnes réponses et les bons conseils, et auquel on a ajouté une voix et un visage virtuel qui peut sourire ou prendre un air inquiet. Il s'agit donc ici de simuler une psychothérapie individuelle. Cette technique serait très efficace.

De la même manière, un programme d'IA permet de se créer des amis selon ses propres souhaits, avec lesquels on peut échanger ses pensées et ses soucis. L'histoire d'un élève de 13 ans aux États-Unis, qui a discuté avec sa petite amie générée par l'IA et s'est ensuite suicidé sur les conseils de cette « petite amie », montre les conséquences que cela peut avoir.

Diagnostic personnalisé, médicaments et médecine personnalisée : nous ne cessons de nous améliorer. Beaucoup pensent qu'à l'avenir, certains problèmes pourront être complètement éliminés, que les maladies pourront être facilement évitées et que la durée de vie pourra ainsi être prolongée. Une conversation thérapeutique générée par l'IA ne pourra alors plus être influencée négativement par le stress, la fatigue ou le désintérêt du thérapeute, ni (comme on dit en psychologie) par le transfert et le contre-transfert. Cela soulève la question suivante : n'aurons-nous bientôt plus besoin des médecins, voire serait-il préférable de se passer d'eux ?

Si nous exploitons également toutes les possibilités qui nous sont offertes pour nous optimiser, nous pourrions alors parvenir à ne plus jamais tomber malades :

Dans la vieille ville de Salzbourg, dans une rue avec des bijouteries et des boutiques, très fréquentée par les touristes, se trouve un grand magasin appelé « Biognomics » (fig. 12, q6). Dans la vitrine, on peut lire en grosses lettres : « Welcome to yourself ! », « Bienvenue à toi-même ! » Dans des salles luxueusement aménagées, on peut y obtenir des conseils et trouver de nombreuses suggestions pour être en meilleure santé, plus performant, plus intelligent, plus efficace.

Ou bien encore - pourquoi ne pas essayer le « bain de forêt » ou pratiquer le yoga ? Trouver la paix dans la nature et se plonger en soi-même et se retrouver.

On dit que les personnes qui pratiquent le yoga ont de meilleurs résultats scolaires, une tension artérielle et une fréquence cardiaque plus basses, et donc un risque moindre de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral.

C'est ainsi que l'on se crée son propre programme de santé ; je fais ce qui est bon pour moi. Nous nous sauvons nous-mêmes et, au-delà, nous sauvons aussi le monde entier, nous le réinventons, nous le rendons meilleur qu'il n'a jamais été. Si nous progressons encore un peu dans la recherche, nous aurons bientôt des êtres humains meilleurs et en meilleure santé, et nous résoudrons en outre les problèmes du monde.

Ne ressemble-t-il pas à ce que nous lisons déjà dans l'Ancien Testament ? « Dieu aurait-il vraiment dit ? », murmura le serpent à Ève. Adam et Ève en conclurent : avec tout ce que nous avons déjà découvert dans ce jardin, nous pouvons le rendre encore plus beau et plus confortable pour nous ! Nous pouvons décider nous-mêmes de ce qui est bon pour nous, oui, non seulement nous savons mieux, mais nous faisons aussi mieux !

L'homme ne reste pas seulement un gestionnaire, il devient dieu, il se déifie.

Le journaliste suisse Guiseppe Gracia met toutefois en garde « contre une société qui ne sait plus que l'homme devient inhumain lorsqu'il s'élève lui-même au rang de norme suprême ».

Une patiente qui était chez nous après un infarctus souffrait de sentiments de culpabilité, car elle croyait avoir provoqué sa maladie par un comportement inapproprié. Objectivement, elle menait une vie très saine, avec une alimentation équilibrée et beaucoup d'exercice physique. Ce qui avait été mauvais restait flou. Des années plus tard, elle est revenue nous voir après un deuxième infarctus. Ses sentiments de culpabilité avaient augmenté, ses pensées tournaient uniquement autour de la question de savoir ce qu'elle avait fait de mal. Après son premier infarctus, elle avait commencé une thérapie dans laquelle elle avait appris des « exercices de pleine conscience » (exercices d'estime de soi-même). Comme ces exercices ne l'avaient pas aidée à surmonter ses doutes et ses sentiments de culpabilité, elle s'en rendait désormais responsable et se sentait en plus coupable envers son coach de pleine conscience.

Dans un ancien cantique (fig. 13, q7), Éléonore, princesse de Reuss (née comtesse de Stolberg-Wernigerode), décrit en 1867 de telles situations : « **J'ai vu les hommes, et ils cherchent tôt et tard, ils travaillent, ils vont et viennent, et leur vie est travail et peine. Ils cherchent ce qu'ils ne trouvent pas dans l'amour, l'honneur et le bonheur, et ils reviennent chargés de péchés et insatisfaits** ».

2. Analyse (Paul Tournier sur les limites de la science)

Paul Tournier a souligné dans ses nombreuses conférences et écrits (q8) :

[Les scientifiques croient pouvoir contribuer davantage au bien-être de l'humanité grâce à leur science que les rêveurs, les poètes, les philosophes et les prédicateurs. Que la science puisse le faire est un mythe, elle n'a en aucune façon libéré l'homme de sa peur. **Elle ne donne aucune réponse à la question du sens de la vie, de la maladie et de la mort.** La science peut décrire les choses, ce qui est très utile en termes de conséquences pratiques, **mais elle ne peut rien nous dire sur les choses elles-mêmes.** Comment pourrait-elle jamais être en mesure de répondre aux questions qui hantent constamment le cœur des hommes ? La science trouve en découvrant les facteurs pathogènes des maladies et en développant des remèdes efficaces pour les combattre. La guérison par la science.]

[La science libère ainsi de la pensée magique et religieuse, dans laquelle les gens croient voir dans leur maladie une punition, peut-être une punition divine. Mais elle n'apporte pas de réponse à la question du sens des choses (fig. 14b), car elle s'éloigne résolument de cet aspect. Elle laisse ainsi ses patients dans une

solitude et un abandon encore plus grand. Et P. Tournier mentionne à ce propos l'un de ses collègues malades, « qui gisait seul dans un lit d'hôpital, rongé par la peur, tandis que des médecins dévoués concentraient toute leur attention sur ses hémocultures ».]

Rappelons-nous : Paul Tournier a dit cela il y a déjà 70 ans ! À une époque où la science et la médecine étaient encore très loin de ce qu'elles sont aujourd'hui.

Comme il avait raison, encore plus aujourd'hui qu'à l'époque !

Paul Tournier a écrit (q9) : [Les gens font confiance à la science et, bien qu'ils soient convaincus que celle-ci a heureusement balayé les anciennes croyances religieuses, nous avons de plus en plus de voyantes, d'horoscopes, d'idées ésotériques, de pensées magiques concernant l'alimentation, le rythme du sommeil, les phases lunaires, les effets des cristaux].

Il poursuit : [Et enfin, le paradoxe le plus étrange réside dans le fait que la science elle-même acquiert un prestige magique. Dans les cercles athées, on parle avec complaisance du miracle de la science] (q9).

Cette affirmation est d'une actualité brûlante :

De nos jours, les gens font tellement confiance à la science qu'il leur semble impossible d'être malades. Et lorsqu'ils le sont, ou qu'ils ne guérissent pas assez vite, ils s'indignent : comment cela a-t-il pu arriver ? Quelqu'un ou quelque chose doit être responsable : l'environnement, le changement climatique, les substances toxiques présentes dans les objets du quotidien et dans l'alimentation, l'employeur qui cause tant de stress. Ou bien le médecin traitant, le thérapeute, a-t-il fait une erreur, n'a-t-il pas réagi à temps, a-t-il négligé quelque chose ? Après une opération cardiaque avec double remplacement valvulaire et pontages, il n'est plus normal d'être encore fatigué après une semaine et de ne pas pouvoir fonctionner normalement au quotidien – il y a forcément quelque chose qui n'a pas fonctionné, le médecin n'a pas prescrit les bons médicaments, ou trop de médicaments (qui sont tous fatigants) !

La patiente décrite ci-dessus voit la cause de sa maladie dans sa propre faute, qu'elle doit expier. Mais comme elle ne peut pas expier cette faute, elle est de plus en plus rongée par ses sentiments négatifs et ne peut pas se rétablir, même si tout s'est parfaitement déroulé sur le plan médical et technique. Comme le dit Eleonore von Reuss dans sa chanson : « Cette patiente a travaillé et peiné toute sa vie, mais elle n'a trouvé ni sens ni paix » (fig. 15).

Paul Tournier dit (q10) :

[Ce qui s'est développé chez nous, c'est seulement... l'organisation, la réglementation, la planification, la bureaucratie, l'économie, la mécanique et la technique anonymes et impersonnelles. Mais en ce qui concerne **le besoin de l'être humain de ne pas être traité comme une machine, mais comme une personne - de reconnaître son identité personnelle et d'avoir une relation authentique avec les autres**, bref, de vivre en communauté ..., nous sommes indéniablement sous-développés, nous sommes en régression.]

Et quelques pages plus loin : [Nous pensons que seule la raison objective peut nous permettre d'accéder à une richesse de connaissances, par l'accumulation de choses indubitables et certaines. Nous avons préféré la dureté des choses à la tendresse des personnes. Et nous avons réussi à construire un monde de choses d'une perfection extrême, mais au détriment de la personne. **C'est un monde puissant et mécanique dans lequel l'homme lui-même est dépersonnalisé**] (fig. 16).

Encore une fois, comme il avait raison – aujourd'hui encore plus qu'autrefois !

La vieille dame dont j'ai parlé au début (qui a été plusieurs fois à notre clinique avec des maladies valvulaires et un accident vasculaire cérébral) s'est finalement ouverte. Elle a deux filles attentionnées, mais elle ne veut pas les ennuyer et n'accepte donc pas leur aide. Une troisième fille est décédée de sclérose en plaques il y a des années après avoir été soignée à la maison pendant longtemps et s'être disputée avec les services de soins. Finalement, la fille a dû être admise à l'hôpital, où elle est décédée. Elle, la mère, faisait toujours tout, était toujours là pour sa fille, mais quand elle est morte, elle n'était pas là, elle était rentrée chez elle juste avant. Son mari est également mort seul, parce qu'elle s'était assoupie après avoir veillé longtemps à son chevet à l'hôpital. Elle se sent coupable - sa maladie actuelle est-elle peut-être même la punition de son comportement envers sa fille, son mari, les soignants, les autres filles pour lesquelles elle n'a pas eu le temps

? Elle a peur de rentrer chez elle car, d'une part, elle ne veut pas être un fardeau pour ses filles et, d'autre part, elle n'a pas accès aux services de soins avec lesquels elle s'est querellée. Médicalement, tout s'est bien passé, mais cette dame n'en est pas moins malheureuse, pleine de peur, d'inquiétude et de honte.

N'est-ce pas ce que veut dire P. Tournier, comme le cite son collègue Armand Vincent de Paris (q11) : « **On nous empêche de mourir, mais on ne nous aide pas à vivre** » ? (fig. 17).

3. Médecine de la personne

De quoi nos deux patientes ont-elles besoin ? Doivent-elles suivre les conseils donnés en mars dernier dans un journal romand par une psychiatre et un médecin généraliste (q12) disant : « C'est un devoir moral de rester optimiste - nous devons cultiver notre optimisme » ?

Ont-elles seulement besoin d'optimisme, doivent-elles simplement faire des exercices de pleine conscience ? NON – Elles ont besoin de personnes qui les écoutent, qui leur tiennent la main, qui les prennent dans leurs bras, qui leur montrent qu'elles les aiment, sans condition. Elles ont besoin de personnes qui prennent le temps et essaient de les comprendre. Et elles ont besoin de quelqu'un à qui elles peuvent confier leur « culpabilité », qui leur accorde le pardon et donc la libération. Elles ont besoin du réconfort du pardon. Le simple fait de pouvoir exprimer toutes ses peurs et ses inquiétudes a déjà apporté un grand soulagement à la première dame âgée. Jusqu'à présent, la deuxième patiente n'a pas exprimé ses sentiments de culpabilité et ses peurs. Elle répond aux questions en pleurant et en se détournant – elle n'a pas encore trouvé la confiance nécessaire pour s'ouvrir à une autre personne. Sommes-nous prêts, sommes-nous capables, de prendre le temps et d'attendre patiemment qu'elle s'ouvre ?

Oui, il faut une bonne technologie médicale, de bons médicaments, mais il faut aussi et surtout une attention humaine. La confiance et le courage de vivre ne se trouvent que dans des relations fiables et honnêtes.

Après un infarctus, un jeune homme avait reçu un cours d'apprentissage en ligne lui permettant de s'informer sur sa maladie cardiaque. Bien que ce patient soit informaticien et donc parfaitement familiarisé avec la communication numérique, il n'a pas voulu utiliser ce programme. Il nous a dit : « Je veux que VOUS m'expliquez ma maladie – Je veux parler à une personne, pas à une machine. »

En cardiologie, nous parlons de 8 éléments essentiels pour une vie longue et saine (fig. 18a, q13) – tout cela est très bien, mais il manque quelque chose d'essentiel : la relation humaine ! (fig. 18b). Et surtout, ce modèle ne tient pas compte de la relation à Dieu (fig. 18c-d), qui est la plus importante.

Dans les années 70, une étude a été menée en Pennsylvanie auprès d'une population d'origine italienne dans laquelle les maladies cardiovasculaires étaient très rares (Étude « Roseto »). On a découvert que les seules différences par rapport aux autres groupes de population étaient les liens familiaux étroits, la bonne entente au sein de la communauté et l'ancre dans la foi chrétienne. Ce n'est que lorsque ces personnes ont commencé à adopter les habitudes de vie d'autres groupes de population qu'elles ont également développé davantage de maladies cardiovasculaires.

Paul Tournier a déclaré (fig. 19a) : **[Nous, les êtres humains, sommes faits pour les relations, nous ne trouvons pas de sens à notre vie par nous-mêmes]**. Mais il ne parlait pas seulement des relations entre les êtres humains, il ajoutait (fig. 19b) : **[Le Christ n'est pas une idée quelconque, Il est une personne concrète, Il veut entrer en contact avec nous, avoir une relation, une communion, il s'agit d'une relation personnelle.]** Et, (fig. 19c, q14) : **[L'espérance chrétienne qui m'anime n'est pas une chose, mais une personne]**.

L'essentiel est d'avoir une relation avec ce Dieu – pas avec n'importe quel Dieu, mais avec celui qui s'est fait homme, qui a souffert pour nous et qui est avec nous dans notre souffrance.

Le catholique Thomas Haberl, journaliste à la Süddeutsche Zeitung, raconte dans un livre (q15) ce qu'un acteur atteint d'un cancer lui a confié dans un courrier : [comment, juste après avoir reçu le diagnostic accablant, il s'était précipité dans la chapelle de l'hôpital et avait pleuré amèrement. « J'ai peur, j'ai vraiment très peur », murmurait-il quand soudain, toute la pièce fut remplie d'une vibration qui contenait une phrase

réconfortante et compatissante : « **Je sais** ». Il a certes reçu le soutien de sa famille et de ses amis, mais c'était surtout ce « **Je sais** » qui l'a aidé à tenir bon].

Un autre, Christian Olding, prêtre catholique d'une paroisse de la région de Cologne, raconte dans un livre sa propre expérience (q16) : [Comment, adolescent, désespéré après le suicide de son père, il s'était rendu dans une église, mais n'y avait trouvé aucun réconfort. Finalement, il s'est retrouvé devant un crucifix et a vu le Christ souffrant. Là, il a soudain compris : « Le cadavre à demi nu sur la croix avait l'air aussi misérable que je me sentais. Le crucifié et moi avions soudain quelque chose en commun... Celui-là souffre avec moi, il est là, il me voit, il sait comment je me sens, il sait ce qu'est la souffrance »].

Dans l'Évangile selon Matthieu (Ch. 14, 22-32), nous lisons le récit des disciples de Jésus pris dans la tempête sur le lac : terrifiés, ils ne savent pas comment échapper à la tempête et craignent de périr. Que devaient-ils faire ? Ramer encore plus fort, être optimistes, écouter attentivement le bruit du vent et laisser ainsi la tempête de la peur s'évanouir en eux ? Ils sont paralysés par la peur – puis Jésus vient sur l'eau et leur dit : « **C'est moi, je suis là, n'ayez pas peur !** » La tempête s'est calmée et, en regardant Jésus et en prenant confiance, la tempête de la peur en eux s'est également calmée.

Paul Tournier dit (q17) : « **Pour moi, c'est en tout cas cette familiarité avec Jésus, sa proximité, sa présence et sa participation à ma vie que je perçois particulièrement dans les épreuves. Je crois qu'on peut tout affronter quand on se sent aimé** » (fig. 20).

L'écrivain français Paul Claudel dit : « **Jésus n'est pas venu pour abolir la souffrance, ni même pour l'expliquer, mais pour la remplir de sa présence** » (fig. 21, q18).

Lorsque mon père a été atteint d'une leucémie myéloïde aiguë et qu'il passait d'une chimiothérapie à l'autre et d'une infection à l'autre, la médecine personnalisée l'a certes aidé à survivre plus longtemps que ce à quoi on pouvait s'attendre pour un homme de plus de 80 ans. Mais pour supporter près de 5 ans de maladie, il avait besoin de relations : la relation avec sa famille, avec ses amis, mais surtout la relation avec Jésus.

Il avait connu l'amour et l'accompagnement de Jésus tout au long de sa vie et, au lieu de se concentrer sur lui-même, il se concentrat sur LUI, sur Sa présence dans la souffrance. Il regardait vers Jésus, comme les disciples dans la tempête à l'époque. Il avait acquis la certitude que Jésus était à ses côtés dans toutes les situations et qu'il connaissait mieux que quiconque le chemin à suivre. C'est ce qu'il disait aussi à ses visiteurs, qui venaient le voir pour la plupart anxieux, ne sachant pas de quoi parler. Après avoir rendu visite à mon père, ils rentraient chez eux non plus effrayés, mais réconfortés, tellement ils avaient été encouragés qu'ils revenaient volontiers et de plus en plus souvent.

Détourner le regard de soi-même, regarder Jésus et son amour – c'est ce qui a fortifié mon père dans sa vie et tout particulièrement dans cette maladie jusqu'à sa mort. Il a fait confiance à Dieu et a ainsi fait l'expérience de ce qu'un historien allemand, Jürgen Spiess, a formulé : « Dieu reste à mon côté dans la souffrance, même lorsqu'elle devient insupportable ».

Dans le cantique susmentionné, la princesse Éléonore de Reuss donne cette réponse à la peur et au trouble : « **Une paix s'est faite pour tous, ceux qui sont loin et ceux qui sont près, dans les blessures de l'Agneau de Dieu sur la croix du Golgotha** » (fig. 22, q7).

Trouver la paix, être réconforté – non pas par des exercices de pleine conscience, du yoga, des tisanes relaxantes ou une technologie encore plus performante – mais par la relation avec celui qui est au-dessus de tout, **avec le Dieu fait homme**, qui promet aide, protection, accompagnement et pardon.

Comme ce serait bien si nos deux patientes pouvaient déposer tous leurs fardeaux oppressants sur la croix de Jésus, si elles pouvaient accepter son pardon et pouvaient elles-mêmes pardonner. Comme ce serait bien pour elles de s'approprier les paroles de Jésus qui dit : « Venez à moi, vous tous qui êtes fatigués et chargés, et je vous donnerai du repos » (Matthieu 11, 28) (ill. 23a). Dans l'Évangile de Jean (8, 36), nous lisons : « Si donc le fils (Jésus) vous affranchit, vous serez réellement libres » (fig. 23b).

Aidons nos patients à vivre, au lieu de simplement empêcher leur mort ! (fig. 24)

P. Tournier dit à ce sujet (q19) : « Reconnaître Dieu, le retrouver sans cesse et mieux le comprendre, tel est, selon la Bible, le sens de notre vie », et « c'est par Dieu que toutes choses ont un sens ».

Oui, nous avons besoin d'une médecine évoluée, de technologies modernes, de bons médicaments. Les progrès réalisés au cours des dernières décennies dans le domaine médical sont une véritable bénédiction. Mais sommes-nous aussi devenus plus humains ? Nos relations avec nos patients, nos collègues, nos amis et notre famille se sont-elles améliorées ? La numérisation nous facilite beaucoup le travail, mais nous a-t-elle permis de gagner du temps pour nos patients ? Pouvons-nous **considérer un patient comme une personne et non comme un objet, un diagnostic ou un fournisseur de données**, comme Paul Tournier l'a montré ?

Il y a là une grande responsabilité. Paul Tournier cite d'autres collègues (q20) :

[L'activité des médecins est un signe de la longanimité de Dieu, qui ne veut pas la perte des hommes, mais qu'ils parviennent tous à connaître son Fils et son salut]. [Ainsi, le médecin – tout médecin, croyant ou non – est un collaborateur de Dieu]. [Notre profession est donc un ministère, un sacerdoce] (fig. 25a).

Qu'est-ce que cela signifie ? Que nous prenons la science au sérieux, que nous travaillons du mieux possible dans notre domaine et que nous nous améliorons sans cesse, oui, mais surtout que nous voyons également l'être humain, la personne derrière les tableaux cliniques passionnantes. Toutes les données que nous recueillons nous renseignent certes sur l'état d'un patient, mais elles ne nous disent pas comment il va vraiment, ce qu'il ressent, ce qui le touche au plus profond de lui-même.

Lorsque je me rends auprès d'un patient, que je l'écoute, que j'observe son attitude et ses expressions faciales, que je le touche avec mes mains pour l'examiner, que j'utilise mon stéthoscope, je peux beaucoup mieux évaluer ses douleurs, ses difficultés respiratoires, ses palpitations cardiaques et donc mieux le traiter. Pensons-nous vraiment qu'un robot infirmier peut faire la même chose ?

Je trouve également toujours utile de voir ce que les patients ont dans leur chambre : s'il y a un bouquet de fleurs apporté par la famille ou des amis, quelles photos ils ont accrochées, quels livres ils ont sur leur table de chevet. Cela permet d'engager des conversations instructives et d'en apprendre beaucoup sur les préférences, les relations et ce qui est important pour un patient. En discutant des livres qu'ils lisent, on peut également très bien évaluer leurs capacités cognitives.

Un exemple : un patient semblait toujours déprimé, renfermé, ne parlait que très peu. Lorsqu'on lui a demandé d'expliquer une grande photo de sa ferme à côté du lit, il a fondu en larmes et a parlé avec beaucoup d'émotion de sa ferme, de sa famille, de ses animaux et a dit qu'il n'avait jamais quitté sa maison, qu'il devait absolument rentrer chez lui, mais qu'il avait peur de ne plus pouvoir faire son travail. Sur le plan médical, tout allait bien et son état était stable. Nous lui avons expliqué que son cœur allait mieux qu'avant le remplacement de la valvule cardiaque défectueuse, que le processus de guérison prenait simplement un peu de temps (tout comme les fruits ont besoin de temps pour pousser et mûrir) et nous l'avons encouragé à profiter des thérapies pour reprendre des forces. Après cette conversation clarificatrice, le patient s'est épanoui, s'est engagé dans les thérapies et a pu se rétablir étonnamment rapidement. Si seulement nous lui avions mieux expliqué sa maladie et son évolution dès le début !

Paul Tournier commente (q21) : « Ce qui manque parfois, c'est un véritable dialogue entre le médecin et le patient, ne serait-ce que sur le traitement ».

Beaucoup d'entre nous ont déjà constaté que la quantité d'analgésiques et de somnifères peut être considérablement réduite lorsque l'on prend le temps pour un patient, que l'on répond à ses questions de manière compréhensible, que l'on reste à ses côtés, même lorsqu'il est en colère ou qu'il pleure. Ainsi, comme le dit Paul Tournier, [nous devenons un « **instrument de la miséricorde divine** » (fig. 25b, q20), un instrument de l'amour guérisseur de Dieu].

N'oublions pas que nous sommes des instruments de Dieu, et non Dieu lui-même ! Le biologiste et philosophe français Jean Rostand a dit : « La science nous a fait des dieux avant que nous ayons mérité d'être des hommes » (fig. 26a, q22). Et Louis Pasteur, le cofondateur de la microbiologie, disait : « Un peu de science éloigne de Dieu, beaucoup de science rapproche de Dieu » (fig. 26b, q23).

Je voudrais conclure par des extraits du livre déjà mentionné de Tobias Haberl, auteur du *Süddeutsche Zeitung*. On y retrouve certaines idées déjà exprimées par Paul Tournier il y a plus d'un demi-siècle :

- (q24) : [Je refuse de croire que le monde serait meilleur, plus beau ou plus juste sans Dieu. Je suis plutôt convaincu que bon nombre de nos problèmes ne disparaîtraient pas du jour au lendemain, mais qu'ils perdraient leur caractère effrayant si davantage de personnes s'ouvriraient à nouveau au monde parallèle et étincelant de Dieu... Où d'autres choses comptent et où d'autres lois s'appliquent. ... Où l'on n'a pas à craindre la mort, car quelqu'un d'autre est mort pour nous il y a deux mille ans. ... (q25) Il cite ici le philosophe Robert Spaemann : « Là où Dieu est nié, la raison finit par s'effondrer » ... L'être humain comme marchandise et produit ? Un mélange de modules interchangeables à volonté ? [Un monde purement fonctionnel dans lequel plus personne ne se souvient de ce qu'était et signifiait réellement le fait d'être un être humain] (q25).]
- (q26) : [Lorsque tout le monde est connecté à tout le monde à tout moment, il n'y a pas de proximité, mais de la lassitude, pas d'intensité, mais du bruit, pas de liberté, mais de la dépendance. Nous voyons bien que l'internet ne rapproche pas les gens, mais les éloigne les uns des autres, que la solidarité ne s'accroît pas, mais s'amenuise. ... Après nous avoir longtemps enrichis, la technologie s'est depuis longtemps retournée contre nous, elle nous gêne plus qu'elle ne nous aide, elle nous rend instables, anxieux et solitaires. ... À quoi ressemblera notre vie lorsque toutes les recherches en cours deviendront un jour réalité ? Sera-t-elle meilleure, plus belle, plus juste ? Ou simplement plus pratique, plus confortable et plus fluide ? Serons-nous plus libres, plus responsables et plus heureux ? Ou simplement plus abrutis, plus conformistes et plus domestiqués ? ...].

Il convient d'ajouter ici une réflexion qui m'est venue à l'esprit en lisant l'article sur le robot soignant dans une maison de retraite (même si je pense que de telles évolutions présenteront de nombreux avantages). Dans ce texte, on s'amuse manifestement du fait que les personnes âgées commencent à saluer le robot qui passe, à lui parler, à l'embrasser, parce qu'elles pensent qu'il s'agit d'un être humain réel. On s'amuse de la façon dont on peut tromper et calmer ces personnes âgées avec des moyens simples ! Cela ne montre-t-il pas même un certain mépris pour les êtres humains ? Au lieu de proximité, d'attention et d'empathie, simplement du calcul, voire un sentiment de pouvoir ?

Tobias Haberl dit à un autre endroit (q27) : [La foi chrétienne est la seule où la souffrance et la mort ne sont pas refoulées ou passées sous silence, mais prises au sérieux et acceptées. ... Alors que les gens sont poussés par le système de santé dans une jungle bureaucratique et froide, afin d'être en quelque sorte rangés ou éliminés, dans le contexte de la foi, ils sont pris au sérieux et considérés comme des êtres humains, non seulement jusqu'à leur mort, mais au-delà].

Le théologien allemand Hans-Joachim Eckstein l'exprime ainsi (q28) :

« Si nous nous appuyons sans cesse avec confiance et assurance sur les paroles de la Bible et que nous nous orientons vers Jésus-Christ, alors nous découvrirons que Jésus est le meilleur compagnon et le maître le plus expérimenté, en particulier pour ceux qui doutent, qui sont dans l'incertitude, qui se posent des questions et qui cherchent ».

« Nous, les êtres humains, sommes perdus parce que nous avons perdu Dieu, dans notre cœur, dans notre esprit, dans notre regard. **Nous, les êtres humains, sommes perdus – Jésus dit : « Je suis venu chercher et sauver ce qui était perdu »** (Luc 19, 10) (fig. 27).

Références / Quellen (q):

1. Bilder aus dem Internet über «storage.googleapis.com» und von der «KGP Bern» (Kardiologische Gemeinschaftspraxis Bern)
2. Bilder aus dem Internet (über google-Suche), u.a. aus «medmovia.com»
3. Bilder von websites der Firmen Abbott und Carmat

4. Bild aus einem Bericht über das Luzerner Kantonsspital auf der Nachrichtenseite des SRF
5. Bild aus einem Bericht über den Pflegeroboter auf der Nachrichtenseite des SRF
6. Foto des Schaufensters von Biognomics, Salzburg, aufgenommen von F. Matter
7. Text von Eleonore Fürstin von Reuss, Gräfin zu Stolberg-Wernigerode, 1867, zu finden in verschiedenen evangelischen Kirchen, Gemeinde-Liederbüchern und im Internet
8. Paul Tournier: «Vom Sinn unserer Krankheit», Herder Taschenbuch 1979 (Kurzfassung des Buches «Bibel und Medizin»). Seiten 101 – 108 paraphrasiert
9. Paul Tournier: «Vom Sinn unserer Krankheit», Herder Taschenbuch 1979 (Kurzfassung des Buches «Bibel und Medizin») – S. 106, paraphrasiert
10. Paul Tournier: «Im Angesicht des Leidens – Sinnerfahrung in dunkler Stunde», Herder-Taschenbuch, 1983, S. 139 -140, S. 151, teils paraphrasiert
11. Paul Tournier: «Vom Sinn unserer Krankheit», Herder Taschenbuch 1979 (Kurzfassung des Buches «Bibel und Medizin»). S. 20
12. «Le Temps» vom 08.03.2025, Artikel von Lamyae Benzakour und Hans Wolf
13. heart.org
14. Paul Tournier: «Im Angesicht des Leidens – Sinnerfahrung in dunkler Stunde», Herder-Taschenbuch, 1983, S. 151
15. Tobias Haberl: «Unter Heiden - Warum ich trotzdem Christ bleibe», btb – Verlag, 2024, S. 14 – 15
16. Christian Olding, «Klartext Bitte! - Glauben ohne Geschwätz», Herder-Verlag, 2017, Worte in der Einleitung (da Buch vergriffen, ist der Text aus einem Internet-Auszug genommen).
17. Paul Tournier: «Im Angesicht des Leidens – Sinnerfahrung in dunkler Stunde», Herder-Taschenbuch, 1983, S. 99
18. Zitat von Paul Claudel (1868 – 1955), evene.lefigaro.fr
19. Paul Tournier: «Vom Sinn unserer Krankheit», Herder Taschenbuch 1979 (Kurzfassung des Buches «Bibel und Medizin») – S. 138 und S. 35-36
20. Paul Tournier: «Vom Sinn unserer Krankheit», Herder Taschenbuch 1979 (Kurzfassung des Buches «Bibel und Medizin») – S. 207 + 208
21. Paul Tournier: «Im Angesicht des Leidens – Sinnerfahrung in dunkler Stunde», Herder-Taschenbuch, 1983, S. 53
22. Jean Rostand (1894 – 1977), citations.ouest-france.fr
23. Louis Pasteur (1822 – 1895), linternaute.com
24. Tobias Haberl: «Unter Heiden - Warum ich trotzdem Christ bleibe», btb – Verlag, 2024, S. 20
25. Tobias Haberl: «Unter Heiden - Warum ich trotzdem Christ bleibe», btb – Verlag, 2024, S. 21
26. Tobias Haberl: «Unter Heiden - Warum ich trotzdem Christ bleibe», btb – Verlag, 2024, S. 183 – 187, teils paraphrasiert
27. Tobias Haberl: «Unter Heiden - Warum ich trotzdem Christ bleibe», btb – Verlag, 2024, S. 172
28. Prof. Dr. Hans-Joachim Eckstein: Buch: «Sorge dich nicht, vertraue», SCM-Verlag, 2021, Seiten 5-14 (Einführung in das Thema Sorgen und Vertrauen)