



HAL
open science

Entretien avec le professeur Jérôme Pugin par Raphaël Minjard

J. Pugin, R. Minjard

► **To cite this version:**

J. Pugin, R. Minjard. Entretien avec le professeur Jérôme Pugin par Raphaël Minjard. In *Analysis*, 2020, 4, pp.126 - 130. 10.1016/j.inan.2020.07.006 . hal-03491188

HAL Id: hal-03491188

<https://hal.science/hal-03491188>

Submitted on 14 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Entretien

Entretien avec le Professeur Jérôme Pugin par Raphaël Minjard*

Interview with Jérôme Pugin by Raphaël Minjard

Jérôme Pugin¹, Raphaël Minjard²

1. service des soins intensifs, centre Hospitalo-Universitaire Genevois, 1205 Genève, Suisse
2. CRPPC, institut de psychologie, université Lyon 2, 69676 Bron cedex, France

Auteur correspondant

R Minjard,

CRPPC, Institut de psychologie, Université Lyon 2, 5, avenue P.-Mendès, CP11, 69676 Bron cedex, France

* retranscrit par Maud Virard

Professeur Jérôme Pugin, vous êtes chef du service des soins intensifs du centre Hospitalo-Universitaire Genevois, Professeur de médecine intensive et réanimation, Vice-Doyen de la faculté de médecine de Genève. Je vous remercie de ce temps que vous nous accordez pour échanger sur la réanimation aujourd'hui.

Raphaël Minjard : Dans un premier temps, vous pourriez peut-être nous dire ce qu'est pour vous être chef d'un service de soins intensifs, aujourd'hui, à Genève, et en Suisse ? Qu'est-ce qu'il y aurait comme particularités ?

JP : La Suisse est un pays qui a 5 réanimations dans des Hôpitaux Universitaires, 5 CHU, le CHU de Genève est le plus grand de Suisse. Cette réanimation médico-chirurgicale adulte de 36 lits s'occupe également de transplantations d'organes, de patients immunosupprimés et de dons d'organes, donc une activité très large de réanimation soutenue par une équipe de 250 médico-soignants.

Donc être chef de cette équipe c'est être chef d'une grosse équipe, et s'occuper en même temps des aspects administratifs, des aspects de gestion et également des responsabilités médicales. La fonction de Chef de Service n'est pas très différente entre la Suisse et la France, par exemple avec des mêmes champs d'action. La différence se situe peut-être dans les moyens. Mon impression est qu'on a plus de moyens et notamment plus de personnels soignants dans les réanimations Suisses qu'en France. Nous avons en Suisse une infirmière pour environ 1,5 malades la journée, et 2 malades la nuit.

RM : Ce type d'organisation est un choix politique à la fois économique mais aussi de santé ?

JP : Nos unités de service de réanimation doivent être accréditées par la Société Suisse de Médecine Intensive, qui est le pouvoir politique de santé suisse et délègue à la société savante le devoir de contrôler les unités ; notamment le nombre d'infirmières pour une certaine activité est un point qui est toujours regardé de façon très proche par notre société savante. Si l'on n'est pas dans les clous, s'il manque des infirmières, on court le risque de ne pas être accrédités et de ne pas pouvoir finalement facturer le séjour en soins intensifs, donc on a intérêt à avoir le personnel nécessaire pour faire fonctionner notre unité selon les normes suisses.

RM : Pour continuer les éclaircissements, en France aujourd'hui on parle beaucoup de Médecine Intensive Réanimation, et à Genève notamment on parle de Soins Intensifs. Comment est-ce que vous feriez la distinction ? Est-ce qu'il y a une distinction de pratiques, est-ce qu'il y a une distinction en termes de définition et symbolique ?

JP : Oui en fait les métiers sont les mêmes, on est dans le domaine historique là. La réanimation est née avec la possibilité de réanimer des organes, et notamment le cœur quand il s'arrêtait, et ces personnes qui ont pris en main ces patients les plus graves, ou après arrêt cardiaque, se sont fait appeler réanimateurs en France. Très vite en Suisse nous avons appelé les médecins qui faisaient ce type de travail, dans des Unités de Médecine Intensive, des intensivistes et il y a d'autres endroits en Suisse où l'on parle de Services de Médecine Intensive et/ou de Soins Intensifs de façon indistincte.

Mais effectivement il y a une confusion parce qu'en fait en France les Soins intensifs sont plus ce que nous on appellerait des Soins Continus avant ou après la réanimation, mais on sent bien maintenant, notamment à travers la Société de Réanimation de Langue Française, le désir d'accoler cette notion de Médecine Intensive. Et notamment dans la spécialité des médecins, des médecins qui vont se spécialiser maintenant en Médecine Intensive, auront le titre de Médecine Intensive et Réanimation.

RM : Il semble donc qu'il y ait une transformation presque historique dans une forme d'association ou d'articulation entre deux professions : celle des réanimateurs et celle des intensivistes. Je me demande si ce n'est pas la question de « l'intensif » qui fait le lien avec les soins continus, c'est-à-dire « quelque chose qui est investi de manière intensive en continu », là où la réanimation me fait penser à un geste qui peut être ponctuel.

JP : Alors c'est juste, les deux pratiques existent mais on pourrait très bien appeler le médecin d'urgences un réanimateur aussi parce qu'il en fait certainement tout autant que nous, voir plus, de réanimation ; ou même celui qui part avec l'ambulance et qui va réanimer dans la rue, est aussi quelque part un réanimateur. D'où la confusion. Je pense que l'on a besoin de reconnaître notre spécialité telle qu'elle existe aujourd'hui, et je pense que le terme le plus adéquat pour le travail que l'on fait quotidiennement dans nos unités, c'est la Médecine Intensive.

RM : L'acte de réanimer fait partie de la médecine intensive, et l'on retrouve l'acte de réanimer dans d'autres pratiques.

JP : C'est juste. Alors il y en a qui appellent Médecine Intensive, c'est ceux qui veulent mettre en avant le travail du médecin, mais moi la grande partie de mon personnel se sont des soignants, sont même des soignants qui ont fait une formation particulière en plus de la formation d'Infirmier Diplômé d'État (IDE). Ce sont des IDE qui sont spécialisés en soins

intensifs. Donc compte tenu du fait que la plus grande majorité du personnel est infirmier, on appelle ça plutôt Soins Intensifs, et moi ça ne me gêne pas du tout.

RM : Vous faites le lien avec la question de la pluri-professionnalité ; jusqu'où s'étend la pluri-professionnalité dans un service comme celui dont vous avez la charge ?

JP : Les Américains parlent de Services Ouverts ou de Services Fermés. Si l'intensiviste, le médecin chef de service a la responsabilité, c'est un Service Fermé. En Suisse on a un système où toutes les unités sont des Services Fermés. À l'intérieur de ces services fermés, il y a une pluri-professionnalité qui est importante. D'abord entre médecins, les différents types de médecin : ça va de l'externe à l'interne, au chef de clinique, et au médecins cadres, qui peuvent être universitaires ou non-universitaires.

D'un autre côté on a des infirmières, qui sont pour la plupart des infirmières formées en Soins Intensifs avec une formation qu'elles acquièrent en cours d'emploi pendant deux ans. 80% de nos infirmières sont certifiées et 20% sont en voie de certification. Donc on va prendre des infirmières dans la réanimation que si elles ont le projet, au fond, de se former comme spécialistes de Soins Intensifs. On n'a pas d'infirmières de soins généraux par exemple qui côtoient, en dehors de la formation, des infirmières de Soins Intensifs.

À côté de ça on a des aides-soignantes, on en a environ une trentaine dans le service, qui elles aussi ont une formation spécifique pour les gestes de réanimation.

À côté de ça on a des kinésithérapeutes, qui font en même temps la partie respiratoire, gestion également de la ventilation mécanique, du sevrage ventilatoire mais aussi la mobilisation des patients. Et puis on a un ergothérapeute, et on a également la présence, de temps en temps, de psychologues qui sont dans le service depuis maintenant plusieurs années.

RM : Et comment s'articulent ces différentes professions dans votre expérience ?

JP : Nous faisons un travail d'équipe ; en comparaison l'anesthésiste est souvent derrière des écrans, ne voit quasiment pas le malade, il est souvent seul, ou éventuellement avec un infirmier anesthésiste, tandis que nous on travaille en équipe. Cette notion d'équipe, de présence d'équipe dans une chambre est extrêmement importante pour nous. Nous avons des chambres à plusieurs malades, avec des interactions qui sont extrêmement fréquentes entre les différentes personnes qui travaillent dans ces unités.

Les soignants des soins intensifs ont un esprit grégaire, qui aiment se toucher les épaules et qui aiment s'entraider. Et la paire, ou le binôme, qui est pour moi le plus important et qui est le gage d'un bon soin au malade, c'est l'infirmière spécialiste en Soins Intensifs, avec un jeune médecin spécialiste en Soins Intensifs, qui peut être soit un jeune cadre, soit un chef de clinique qui a déjà terminé sa spécialité. Et c'est cette paire-là qui au fond va prendre en charge de façon la plus adéquate le malade.

À part ça il y a comme dans toutes les unités des hiérarchies, des hiérarchies infirmière, kinésithérapeute et médicale, qui ne sont pas des hiérarchies qui sont avec des responsables pour chacune de ces trois filières, mais à la tête il y a un chef de service, qui s'assure qu'il y ait une cohérence de prise en charge et de fonctionnement du service des trois filières.

RM : Donc c'est de ce binôme que partent les appels à d'autres professionnels, en fonction de l'éclairage dont ils ont besoin ?

JP : Tout à fait. Et donc même si l'on est un service dit fermé et qu'on a rapatrié tous les gestes que l'on fait habituellement en réanimation (toutes les pauses de cathéters, les pauses

d'ECMO¹, les fibroscopies bronchiques, l'échographie cardiaque et non cardiaque), on fait quand même appel à des spécialistes d'autres services du CHU pour des situations particulières. Nos relations sont très bonnes avec les autres spécialités qui viennent rapidement quand on les appelle et qui sont très intéressées par le type de malade, le type de pathologie aigüe qu'on peut voir dans leur spécialité. Là je pense aux cardiologues, par exemple, aux spécialistes de la coagulation, aux infectiologues, aux immunologues ; ce sont des consultants avec lesquels on parle quasiment quotidiennement. Avec un partage de décisions thérapeutiques, avec ces spécialités, qui souvent sont celles qui vont suivre ces malades par la suite. C'est le cas aussi de la néphrologie, c'est important qu'ils les connaissent dans leur phase aigüe.

RM : Comment pourrait-on définir l'acte de réanimer ?

JP : La prise en charge dans nos services, elle est généralement dictée par une défaillance d'un ou plusieurs organes, et on pourrait définir la Médecine Intensive comme le soutien d'organes défaillants, pendant une période de temps, au fond pour passer un cap. Je crois que si l'on est honnête, on permet surtout à des patients de survivre pendant une période difficile de leur vie, où leur pronostic vital est généralement engagé suite à une défaillance d'organe.

L'acte de réanimer, pour moi, quand j'entends réanimation, c'est généralement lié avec un collapsus cardiovasculaire par exemple, avec un arrêt cardiaque, et là on prend en charge dans l'aigu ce qui se passe, soit parce que ça s'est passé dans l'ambulance, à l'étage ou dans l'hôpital ; c'est la mise en place rapide, coordonnée, protocolée d'actes médicaux qui vont faire que ce patient - dans ce moment très aigu, où si on ne fait rien, de toute évidence il va mourir - va survivre.

RM : Ce que vous dites finalement c'est que quand un patient a été accompagné, soutenu, a passé des caps dans un tel service, est « guéri » - enfin guéri pour la réanimation -, il est pour autant au début d'un parcours hospitalier ?

JP : C'est exactement ça. Nous quand on transfère nos malades et qu'on appelle nos collègues, on a souvent la phrase : "Tu verras ce patient il va bien", mais "va bien" pour l'intensiviste, c'est peut-être encore des semaines, voire des mois de récupération de l'évènement aigu qui l'a amené aux soins intensifs. Donc les patients ne sont plus généralement avec un risque vital imminent, ils peuvent être dans des unités où l'on peut diminuer l'intensité de la surveillance et l'intensité des traitements avec des drogues dangereuses qui ne peuvent pas être données ailleurs qu'en Médecine Intensive, mais ce sont clairement encore des patients qui ne vont pas bien.

RM : Comme vous le dites, on comprend qu'il y a une forme de transformation de l'accompagnement de ces patients avec moins d'intensité, une diminution de l'accompagnement mais aussi parce que le patient va vers un mieux-être. Je voyais ça un peu comme une phase de transition ; alors comment sont pensées aujourd'hui ces phases de transition, entre la réanimation et les autres services ? Comment transite-t-on des urgences à la réanimation, puis de la réanimation vers un autre service ? Est-ce que ces transferts sont pensés par les soignants, par l'hôpital ? Comment est-ce que vous voyez les choses ?

JP : Je dirais que s'il y a un endroit où l'on peut améliorer encore les choses, c'est dans ces phases de transition et dans les transmissions de ces malades et de leurs besoins en termes de

¹ Extracorporelle Membrane Oxygénation

soins entre les différentes structures. Clairement, entre les Soins Intensifs ou la Médecine Intensive et les Soins Continus, ou d'autres services, il y a une transmission qui se fait, qui est une transmission orale par le médecin : il appelle son collègue. Il y a aussi ce que l'on appelle les notes de suite avec une note de transfert, qui va récapituler un peu le parcours en condensé du malade lors de la réanimation. Le même travail est fait également du côté infirmier avec des transmissions ciblées sur les problèmes infirmiers, plus un transfert oral également de la part de l'infirmière.

Mais au fond ce que je remarque, c'est que ces transmissions se font vraiment comme si on transmettait d'un intensiviste à un intensiviste, et pas à un médecin d'étage, et pas à une infirmière d'étage. On devrait plus considérer d'autres dimensions de la santé qui est celle aigüe qui a amené le patient en réanimation, et considérer d'autres dimensions comme par exemple la nutrition, l'élimination des escarres - tout ce qui va finalement embêter beaucoup de malades -, la force physique, la mobilisation, et donc tout ce qui va finalement être au centre du problème du malade dans sa phase de rééducation post Soins Intensifs.

Il y a également l'aspect psychologique qui généralement a été au premier plan. Souvent il y a eu une période de perte de conscience, ou de coma, qui a été soit induit par la maladie, soit induit par les soignants avec des drogues. Il y a la sortie de ce coma et le réveil qui est dans la majorité des cas je dirais un réveil pathologique, soit agité, soit délirant, et de ça finalement on parle assez peu avec nos collègues quand on transfère les malades. Je pense qu'il y a une marge d'amélioration qui est importante dans la transmission aussi de l'état psychique du malade, et de son entourage également.

RM : Une étape psychique ; vous dites qu'il y a la participation de psychologues dans le service ? Comment est vécu ce moment d'éveil par les patients, est-ce que l'on a quelques retours aujourd'hui de ces vécus, est-ce qu'il y a des perspectives de travail et d'amélioration encore d'accompagnement de l'éveil ?

JP : C'est là où je vois en fait un rôle tout à fait essentiel pour le psychologue dans le service, ou pour cet accompagnement-là. Clairement le besoin existe et malheureusement je pense que le volume de présence du psychologue - en tout cas dans notre réanimation - n'est pas suffisant pour avoir une prise en charge systématique de cet aspect-là.

RM : De nombreux personnels de réanimation, autant médicaux, infirmiers qu'aides-soignants parlent de ce besoin, et pourtant force est de constater que ce n'est pas aussi évident que ça que des postes de psychologues puissent être créés dans ces services.

Qu'est-ce qui serait selon vous les lignes de frein ou les lignes à travailler, les points de butée qui font qu'on n'arrive pas encore à se dire qu'un service de réanimation doit être doté d'un poste de psychologue, comme d'un poste de kinésithérapeute, comme d'un poste de diététicien ou autre en périphérie du soin critique médical et infirmier ?

JP : Je pense que ça tient à la tradition, à la nouveauté et puis ça tient aussi à peut-être l'absence encore d'une démonstration scientifique du bénéfice d'un tel poste. Je pense que ça ne devrait pas être très compliqué à démontrer, mais à ma connaissance ça ne l'a pas encore été vraiment. Par analogie, au fond, est-il besoin de démontrer par une étude randomisée l'utilité du parachute lorsque l'on saute d'un avion ?

Je pense que ça tient aussi à ce que les soignants ou les cadres, qu'ils soient infirmiers ou médicaux, ne sont pas tous intéressés par cet aspect. Parce que l'on peut très bien vivre avec l'idée que notre mission est essentiellement de pallier la défaillance d'organes, et une fois que ces organes ne sont plus défaillants, que le patient aille se calmer à l'étage.

RM : Oui on sent effectivement que ce que vous dites parle à la fois du besoin et en même temps d'une résistance ; on a envie mais en même temps on résiste.

Peut-être aussi que le travail des psychologues n'est peut-être pas si bien connu que ça ? On a eu l'occasion, dans cette période particulière que l'on vient de traverser autour du COVID, de voir une grande mobilisation de l'ensemble des professionnels et des psychologues aussi, mais peut-être qu'on a pu se rendre compte aussi que finalement on ne connaît pas si bien que ça la façon dont travaille un psychologue, ce qu'il peut apporter, concrètement ce qu'il peut faire dans un service, et que cette part d'inconnu-là est peut-être un des éléments qui fait résistance aussi.

JP : Oui je pense que c'est juste, et là on a restreint le rôle des psychologues pour s'occuper des patients mais on se rend compte qu'il peut être tout aussi utile pour le personnel qui vit des crises, même en dehors de la crise COVID, des crises presque quotidiennes avec certains malades, et également les proches qui sont souvent dans une détresse importante. Avoir un proche hospitalisé, ce n'est jamais quelque chose de prévu quand on arrive aux soins intensifs, c'est souvent grave, souvent le pronostic vital est engagé ; comment on vit ça, quels moyens on a pour traverser cette épreuve ? Donc nous en tant que médecins, on y met toute l'empathie que l'on peut mais finalement on n'a pas les armes que le psychologue a pour traverser cette épreuve.

RM : Donc il y aurait des choses à s'apprendre les uns et les autres, notamment entre ces professions extrêmement pointues sur le plan des connaissances médicales, et des connaissances en psychologie...

JP : Oui, je dirais que comme pour beaucoup de métiers, c'est aussi très personne-dépendante. Nous avons eu à faire à des psychologues avec lesquels leur présence était une évidence, et d'autres avec qui on n'avait pas forcément envie d'aller leur raconter une histoire clinique, les rapprocher d'un malade, parce qu'ils ne paraissaient pas vraiment adéquats dans notre structure.

RM : En effet c'est aussi une histoire de rencontre. On a évoqué un tout petit peu la crise du COVID ; c'est un événement majeur international que nous avons vécu là, comment est-ce que le service dont vous avez la charge a été traversé par cette période ? A-t-il été modifié par cette période ?

JP : On a souvent évoqué la métaphore de la vague pour décrire ce qui arrivait. Moi j'aime assez cette métaphore parce qu'une vague, elle peut juste remonter le long de la plage et puis on a le temps de courir devant la vague, elle peut déferler et à ce moment on se la prend en pleine figure, ou alors ça peut être un tsunami et alors là ça détruit tout sur le passage et après le passage il ne reste que des débris. Je pense que dans cette situation de COVID, dans le monde, il y a eu des tsunamis, il y a eu des déferlantes et nous on a plutôt vécu une grosse vague qui est arrivée sur la plage, qui est remontée très loin, mais avec la possibilité d'avoir préparé, d'avoir anticipé cette vague, notamment parce qu'on a eu connaissance de ce qui s'était passé en Italie... plus qu'en Chine. Mais l'Italie avait une dizaine de jours d'avance, et ce qu'on entendait de nos collègues italiens nous a effrayé au point qu'on a mis les moyens pour avoir toujours une vingtaine ou trentaine de lits de réanimation équipés et préparés en avance pour un afflux de malades. Alors je ne pense pas qu'on aurait pu monter au-delà de quatre ou cinq fois le nombre de malades qu'on a habituellement, mais on avait des maximums de patients qui n'étaient pas loin de 110 ou 130 patients, que l'on aurait pu prendre

en même temps et ventiler. Finalement ça n'a jamais dépassé 70 patients, mais ce qui est quand même plus du double de patients que l'on a habituellement dans la réanimation. On a donc dû s'adapter, appeler à l'aide, notamment des collègues qui connaissent le travail avec les patients endormis, qui sont les anesthésistes. Ça tombait bien parce qu'on a diminué puis très rapidement arrêté toute l'activité de chirurgie, et les anesthésistes se sont retrouvés désœuvrés. Donc on est passé de 250 personnes dans ce service à plus de 550 en l'espace de deux semaines ; on a colonisé des espaces qui n'étaient pas les nôtres, qui étaient des salles de réveil, des salles de soins postopératoires, et même des blocs opératoires, pour pouvoir y mettre des patients, des équipes. Dès le départ on savait que ça allait durer plusieurs semaines ; on a dès lors protégé les équipes avec des horaires, avec des temps de repos qui étaient tout à fait suffisants pour pouvoir revenir travailler dans de bonnes conditions.

Ceux qu'on a un peu oubliés ce sont les cadres, surtout les cadres médicaux, qui se sont donnés corps et âme, sept jours sur sept avec des horaires de seize à dix-huit heures par jour, et au fond c'est la partie du personnel qui a le plus souffert, avec un état d'épuisement à la fin de cette vague COVID.

RM : Donc il y a eu comme une pensée à la fois de développer, d'organiser, mais aussi de prendre soin du personnel. C'est intéressant ce que vous dites, ça me fait penser à ce que l'on peut mettre au travail dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle, c'est de se dire qu'une institution qui fonctionne bien est une institution qui se soigne bien. Il y a eu une vraie réflexion dès le début dans l'organisation de cette transformation du service, il y a eu une pensée dès le début du renouvellement des équipes, du repos des équipes.

JP : Oui alors il y a eu le repos des équipes mais il n'y a pas eu que ça, très vite les gens n'ont plus eu besoin de se déplacer pour manger, la nourriture venait à eux, on a également rendu les parkings gratuits. Nous sommes dans une situation où beaucoup de nos infirmiers et infirmières sont frontaliers, vivent en France et ne viennent sur la Suisse que pour y travailler ; il y a eu pas mal de problèmes de douane qui font que nos soignants, plutôt que de rentrer chez eux et de passer trois heures à la frontière, préféraient rester sur le territoire suisse, et on a mis à disposition des chambres d'hôtels, autour de l'hôpital, pour que le personnel puisse dormir la nuit ou la journée quand il faisait des horaires de nuit.

Une autre mesure est d'avoir amené sur place des masseurs pour faire des massages pendant les pauses et des hypnotérapeutes pour faire ce qu'on a appelé des « hypno-pauses » de trente minutes, qui ont été très utilisées par le personnel et très appréciées. À tel point que maintenant qu'ils sont repartis, cela manque à tout le monde.

RM : Y a-t-il une catégorie de professionnels en particulier qui a été plus en souffrance dans cette période-là ?

JP : Curieusement je dirais que ce sont les personnels du nettoyage, qui ont été mis sous une très grosse pression, et ils ont vu leur volume de travail augmenter énormément parce qu'on leur demandait de passer cinq fois dans les chambres et de tout nettoyer avec des agents corrosifs, donc aussi quelque part de s'exposer au virus, ils étaient en contact direct dans les chambres avec les patients malades. Et je pense que leur travail a été rendu plus difficile. Mais ils l'ont fait avec beaucoup de cœur, et ils sont aussi très fiers d'avoir pu participer de cette manière, d'avoir un rôle important dans cette crise ; mais je les ai vus, sur la fin, assez fatigués.

RM : Différents dispositifs ont été créés dans cette période-là, vous évoquiez les dispositifs pour prendre soin des patients, il y a eu aussi l'accompagnement des familles dans cette

période particulière et notamment des accompagnements de fin de vie ; on ne peut bien évidemment pas évoquer tous ces dispositifs... mais y a-t-il des dispositifs de cette période de crise qui seraient à la fois révélateurs de certains fonctionnements et ou dysfonctionnement des services, et en même temps peut-être des choses qui seraient à garder ou à développer, ou des dispositifs à réutiliser à d'autres moments ?

JP : Je pense que c'est important de parler de la situation de la relation avec les familles de nos malades, les proches, parce que c'est quelque chose qui a été au tout début très difficile. L'hôpital a interdit les visites aux patients COVID ; et dès la première semaine nous avons mis en place un système de visio-conférence quotidien avec les proches. On appelait les proches sur un téléphone smartphone, et comme ça on voyait les proches, ça leur donnait un visage, et eux nous voyaient. Ensuite on proposait d'apporter le téléphone auprès du malade pour que les familles puissent voir le malade, et même lui parler à l'oreille, on mettait le téléphone à l'oreille du malade et ils pouvaient lui parler. Même chez les patients qui étaient inconscients. Alors je dirais que 80 ou 90% des familles voulaient voir leurs proches mais il y avait un 10 ou un 20% qui ne désiraient pas voir leur proche dans l'état où ils se l'imaginaient. C'était trop dur pour eux d'avoir un visuel de leur proche. Mais dans l'immense majorité des cas... et j'ai des familles qui me disent maintenant "j'étais devenu « addict » au téléphone" quotidien qu'ils pouvaient avoir avec les soignants et avec leur proche. Bien-sûr, dès qu'ils étaient extubés, c'était des moments d'émotion intense, parce que à travers la vidéo-conférence ils pouvaient enfin parler, rassurer leur proche.

Donc ça c'est une chose qu'on a faite, et dès le début par contre on a refusé le dictat de l'interdiction des familles pour les situations très graves, notamment la possibilité d'une fin de vie, là on a fait venir systématiquement en présentiel les membres de la famille. Il a fallu sécuriser bien-sûr avec des mesures de protection du virus, mais on faisait venir les gens dans ces moments-là. On avait déjà eu vent du traumatisme important de « mourir seul », comme ça a été le cas par exemple en Italie, où l'interdiction persistait même au moment du décès, même après le décès, des patients italiens. Et on ne voulait pas se mettre dans cette situation.

RM : Dans l'émergence de dispositifs, est-ce qu'il y a des leçons à tirer pour le quotidien ? Est-ce qu'il y a eu certaines prises de conscience pendant cette crise qui ont modifié la pratique et qui pourraient continuer de modifier d'une certaine manière la pratique plus classique ?

JP : Oui, il y en a eu plusieurs, c'étaient des idées qui étaient déjà un peu dans l'air en-dehors de la crise COVID, qui ont été mises en place en-dehors de la crise COVID. Par exemple en nommant un référent infirmier pour chaque cellule COVID de huit à dix personnes ; c'était un petit peu le « chef de la cellule », et surtout le référent pour les collègues, qui n'étaient pas tous intensivistes, qui étaient anesthésistes, et qui est très vite devenue la référence et qui a montré l'utilité très importante de rassurer, et d'être aussi la personne qui connaissait les techniques de soins intensifs, qui savait où était le matériel, et donc ça c'est un rôle qu'on va garder maintenant pour deux chambres de quatre malades. C'est vraiment quelque chose qui a montré des aspects très positifs.

L'autre chose ça a été de faire de la mobilité ; ce sont plutôt les anesthésistes dans ce cas-là qui étaient mobiles et qui sont venus chez nous, mais beaucoup m'ont dit : "on comprend enfin pourquoi ci, pourquoi ça". Donc mieux comprendre le travail de l'autre au fond pour mieux travailler ensemble. Parce qu'il y a des zones d'intersection entre nos métiers et il y a des moments où l'on doit travailler ensemble, et on ne sait pas bien faire ça, et je pense qu'après la crise du COVID on saura mieux et on va se reconnaître, on reconnaîtra nos collègues.

Il y a aussi eu toute une simplification de beaucoup de choses. Simplification de prises en charges, simplification pour des commandes de matériel, pour l'acheminement du matériel, tout allait beaucoup plus vite, il n'y a rien qui prenait plus de 24 heures, même l'acceptation d'un protocole de recherche de la commission d'éthique prenait 24 heures, alors que le travail était tout aussi bien fait et on se dit « mais finalement pourquoi en temps normal on doit attendre deux mois pour avoir son protocole revu ? »

Le bénévolat également était quelque chose qui était peu développé, dans notre hôpital en général mais dans notre service en particulier. On a un petit peu peur des bénévoles en Suisse alors que c'est hyper développé par exemple aux États-Unis ou en Belgique. Les hôpitaux belges ne tourneraient pas bien je pense sans les bénévoles, et nous alors on a eu un bénévolat un peu particulier parce que comme l'université a fermé, les étudiants en médecine se sont portés volontaires pour venir dans les services, et nous avons eu 36 étudiants en médecine de dernière année qui sont venus et qui ont fait un travail fantastique. Que ça soit clinique, au lit du malade, d'organisation, ou dans le domaine de la recherche.

RM : En vous écoutant j'étais en train de me dire qu'on pourrait penser que cette crise-là ouvrirait vers une meilleure connaissance de la réanimation vers les professionnels de l'hôpital déjà, mais aussi vers le grand public ?

JP : Tout à fait, je pense que ça a été un coup de projecteur sur la réanimation, je pense qu'en Suisse ou en France la population ne sait pas très bien ce que fait la Médecine Intensive. On la confond souvent avec les urgences, ou avec d'autres types de métiers, l'anesthésie parce que souvent on est anesthésiste-réanimateur ; la Médecine intensive, c'est un peu un sous-marin avec un petit périscope mais on ne sait pas très bien ce qui se passe dans ce sous-marin. Sur notre porte il est écrit « entrée interdite ». La situation du COVID a donné un grand coup de projecteur, il y a eu beaucoup d'images à la télévision et de témoignages de réanimateurs ou d'infirmières en réanimation qui ont pu (enfin) parler de leur métier, qui ont pu le montrer. Le simple fait d'avoir décidé de déconfiner en fonction du nombre de lits libres en réanimation dans les départements de France, a mis le doigt sur l'importance et le goulet d'étranglement qu'est un service de réanimation pour le fonctionnement d'un hôpital.

RM : Donc la perspective pourrait être aujourd'hui de conserver une certaine ouverture qui permettrait de développer un peu cette meilleure connaissance de ces lieux jusqu'à présent encore assez fermés.

JP : Oui, c'est de naviguer en surface avec la trappe du sous-marin ouverte en fait.

RM : Est-ce que vous avez envie de dire quelque chose en particulier qu'on n'aurait pas attrapé dans l'entretien ?

JP : Je dirais qu'on peut voir des aspects positifs de cette crise. Je pense qu'elle va surtout nous préparer lors d'une prochaine crise. Soit dans le cadre d'un nouveau COVID, soit d'une autre crise sanitaire, parce que les mécanismes qui ont été mis en place l'ont été très rapidement. J'ai été impressionné par l'agilité et l'hyper-adaptabilité de mes collègues intensivistes ; de monter une réanimation en quinze jours, de chambouler tout le fonctionnement d'un hôpital. Il fallait aussi avoir une institution derrière nous, avec des directeurs, qu'ils soient directeurs médicaux, directeurs des soins, ou directeur général, et également un appui politique très fort pour que tout ça marche aussi bien que ça a marché. À Genève par exemple nous avons eu la visite du ministre de la Santé suisse, qui était pour la première fois venu dans des Soins Intensifs et il est arrivé au jour du pic de notre activité, donc il a eu vraiment la

visite de la phase la plus incroyable de cette pandémie, avec 70 patients tous dans le coma, tous ventilés mécaniquement.

Je pense que ce genre de visite doit imprégner le cerveau du ministre, et faire voir les choses différemment ensuite.

RM : Quand vous dites que ça a permis de se préparer à la perspective ou à la potentialité d'une nouvelle crise, j'étais en train de me dire que c'est comme si au fond, aujourd'hui dans nos sociétés européennes on avait comme oublié que ce genre de choses peut arriver.

JP : Oui mais en fait c'est parce qu'on a la mémoire très courte, et qu'on ne regarde pas ce qui se passe ailleurs. Il y a une situation qui nous démontre ce que je viens de dire, c'est la situation de Singapour qui avait vécu le SRAS qui était également un Coronavirus extrêmement virulent, et ça les avait tellement traumatisés qu'ils avaient mis en place un système de réponse pour une nouvelle pandémie avec un virus respiratoire grave, et simplement de l'avoir activé, d'avoir masqué tout le monde et d'avoir activé ce plan pandémique, fait que pour leur première vague, ils ont eu très peu de cas, une centaine de cas, et le virus a disparu. Il est réapparu quand ils ont ouvert les frontières et que les travailleurs notamment chinois sont revenus sur le territoire, c'est une autre histoire, mais le fait de gérer de façon hyper-efficace la pandémie de COVID vient du fait qu'ils s'étaient préparés au début des années 2000, quand ils ont eu l'épidémie de SRAS.

RM : Est-ce que ce n'est pas aussi parce que dans notre inconscient sociétal nous avons intégré le fait qu'il y ait des hôpitaux, des réanimations et que tout ça fonctionne. C'est-à-dire que l'on est dans une forme de sécurité interne qui fait que tout ce système-là a bien été intégré et que du coup la perspective d'une crise n'est pas envisageable. Je pensais au fait que lorsqu'il arrive des événements tels que des attentats, nous sommes extrêmement choqués. Mais ne sommes-nous pas aussi choqués parce que dans notre société c'est quelque chose qui n'est plus dans notre appareil psychique, parce que ça fait des générations qu'on n'en a pas eu, à la différence de pays qui vivent la guerre au quotidien et pour qui la guerre est inscrite psychiquement. Du coup dans ces états de crise-là, est-ce que ça ne viendrait pas révéler que chacun a la conscience d'un hôpital, et que du coup il est dans une sorte de sécurité parce que l'hôpital est là ?

JP : Je pense que oui c'est possible mais on a aussi vu que l'hôpital pouvait être débordé. On a bien vu l'Est de la France, la région parisienne, qui ont été sous l'eau à un moment donné et là ça donne peut-être l'effet inverse, une inquiétude de dire que notre système, qu'on pensait vraiment être à toute épreuve, est peut-être fragile, en tout cas dans certains endroits, c'est une autre possibilité.

Après je pense que ce virus a quelque chose de particulier comparé à Ébola, qui vient et qui disparaît mais qui disparaît complètement, qui peut réapparaître à d'autres endroits mais ce sont vraiment des épidémies qui vont et qui viennent, le choléra est aussi un autre exemple. Celui-là, on ne sait pas. On ne sait pas parce qu'il va probablement quand même rester autour de nous pendant un certain temps, et ça va quand même impliquer une modification de nos comportements, ce qui n'est pas le cas habituellement avec d'autres épidémies. Celui-là fait que d'ici à ce que l'on s'embrasse tous dans la rue, il sera passé un certain temps, on ne va plus prendre vraiment les gens dans les bras, on ne va plus se faire la bise en tout cas pendant un sacré moment. Et ça c'est une particularité aussi de ce virus, il nous a obligé à avoir des comportements complètement fous comme le confinement et la distance sociale ; je serais très intéressé de voir les effets à plus long terme d'imposer encore cette distance sociale par exemple.