



**HAL**  
open science

## Entretien avec le Professeur Guillaume Thiery par Raphaël Minjard

G. Thiery, R. Minjard

### ► To cite this version:

G. Thiery, R. Minjard. Entretien avec le Professeur Guillaume Thiery par Raphaël Minjard. In *Analysis*, 2020, 4, pp.122 - 125. <10.1016/j.inan.2020.07.005>. <hal-03491198>

**HAL Id: hal-03491198**

**<https://hal.science/hal-03491198v1>**

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 CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Entretien

Entretien avec le Professeur Guillaume Thiery par Raphaël Minjard\*

Interview with Guillaume Thiery by Raphaël Minjard

Guillaume Thiery<sup>1</sup>, Raphaël Minjard<sup>2</sup>

1. Réanimation, CHU de Saint-Étienne, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France
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 Guillaume Thiery**, vous êtes Pr de Médecine Intensive Réanimation et chef de service de réanimation polyvalente au CHU de St Etienne ; vous faites partie du Conseil d'Administration de la Société de Réanimation de Langue Française et participez aux activités du Collectif PsyRea. Dans votre expérience professionnelle vous avez créé un service de réanimation à l'hôpital de Sarajevo et dirigé le service de réanimation du CHU de la Guadeloupe

**Raphaël Minjard** : Pour commencer, pourriez-vous définir ce qu'est être médecin réanimateur aujourd'hui ?

**GT** : En premier lieu, être réanimateur c'est prendre en charge des patients qui sont en situation de détresse vitale et tout mettre en œuvre pour suppléer aux défaillances vitales qui sont susceptibles de conduire au décès. C'est notre mission première et c'est la base de notre activité quotidienne, cela consiste à prendre en charge des patients dont le décès est évitable, et faire en sorte que le décès ne survienne pas. Être réanimateur aujourd'hui, c'est à dire en 2020 et non il y a 20 ou 30 ans, c'est faire la même chose mais en prenant en considération les conséquences physiologiques, psychologiques, sociales, familiales de cette démarche. En d'autres termes c'est éviter le décès grâce à la médecine de réanimation, mais en minimisant les conséquences délétères sur l'individu et son environnement.

Au quotidien, la caractéristique principale de notre exercice est un travail d'équipe ; donc différent d'une consultation médicale en tête à tête avec un patient et un médecin ; et différent des activités hospitalières classiques. La notion de travail d'équipe se décline à l'intérieur et à l'extérieur du service de réanimation. À l'intérieur, l'équipe est composée d'un grand nombre de personnes (une centaine de personnes dans mon service par exemple), et c'est de la bonne coordination de ces personnes que dépend la qualité du soin. À l'extérieur, la réanimation est au

centre de l'hôpital d'aujourd'hui, avec un état d'interdépendance très prononcé. Beaucoup d'activités à l'hôpital ne seraient pas possible sans un service de réanimation. Et à l'inverse, un service de réanimation sans ses correspondants (radiologues, chirurgiens, biologistes, autres spécialistes...) ne pourrait pas fonctionner.

Donc le réanimateur aujourd'hui, pour moi c'est avant tout cet individu au sein d'un ensemble, avec le souci permanent de produire le juste soin au moindre coût, le coût étant le coût physiologique et psychologique.

**RM :** Un individu qui a aussi une tâche de coordination, ou qui doit faciliter la coordination entre les différents membres de l'équipe ?

**GT :** Oui, qui a même avant tout une tâche de coordination, on a coutume de dire que dans un service de réanimation, le soin dépend à 80% de l'équipe soignante et à 20% du médecin.

Donc effectivement, le réanimateur est au centre de cette coordination, et il est garant aussi de la fluidité, de ce qui se passe entre les équipes paramédicales et les équipes médicales, de ce qui se passe dans la réanimation à l'intérieur, et la réanimation à l'extérieur, de la façon dont les familles peuvent interagir avec nous. Il est véritablement garant de cela.

**RM :** Vous disiez, dans un premier temps, la tâche c'est d'éviter la mort, et alors pourquoi dans un premier temps, est-ce qu'il y a un deuxième temps ? Est-ce qu'il y a une autre manière d'envisager le travail de réanimateur ?

**GT :** Oui, dans la mesure où l'activité ne se résume pas à prendre en charge quelqu'un qui va mourir et faire en sorte qu'il ne meure pas. Si on se limitait à cette définition-là, on serait des super-secouristes, mais notre exercice quotidien ne se réduit pas du tout à quelqu'un qui tombe, à qui on fait un massage cardiaque et qu'on sauve de l'arrêt cardiaque. Ça c'est 1% de notre activité.

Les autres 99% c'est faire de la médecine mais dans un contexte rapide et aigu. C'est à dire examiner les patients, réfléchir aux signes qu'ils présentent, établir une démarche diagnostique, envisager les thérapeutiques possibles, peser le bénéfice et les risques de ce que l'on propose. La technique, les appareils, même les suppléances d'organes ne sont là que pour servir une démarche médicale.

**RM :** Oui, aujourd'hui on parle de *Médecine Intensive Réanimation*, alors qu'avant on parlait de *Réanimation*, ou de *Soins intensifs*, et du coup on entend aussi dans l'appellation finalement le terme *Médecine* qui vient au-devant.

**GT :** Absolument, ça c'est aussi une particularité française en réanimation, car dans beaucoup de pays on dit *Intensive care*, c'est-à-dire *Soins intensifs*. Et alors en France il a été assez récemment, pour de multiples raisons, choisi d'ajouter *Médecine intensive*, effectivement pour ajouter une dimension médicale si on peut dire un peu par opposition à la dimension technique.

**RM :** Il semble que dans ces services la dimension technique prend une très large place et qu'on

pourrait quasiment s'y confondre, c'est-à-dire ne voir que l'aspect technique et technologique du travail de la réanimation.

**GT :** C'est effectivement un écueil fréquent dans la façon dont on aborde la réanimation, qui consiste à l'envisager par le prisme des machines, des boutons, des tuyaux, et de tous les outils techniques. Cette dimension technique existe bien sûr. Incontestablement elle est nécessaire, mais c'est un outil qui ne doit pas faire oublier les dimensions médicales et humaines, c'est-à-dire la prise en charge du patient en tant qu'individu, dans son histoire médicale, dans son environnement, personnel, son passé, sa famille, son cadre de vie. D'ailleurs, plus on avance dans l'histoire de la réanimation, plus on essaie de tendre vers des techniques dites « non invasives », c'est à dire plus légères, consistant plus à accompagner l'organisme qu'à le contraindre.

Donc je pense que cette dimension à deux niveaux est vraiment indispensable pour comprendre ce qu'est la réanimation aujourd'hui.

**RM :** Oui, on entend assez peu parler du vécu psychique des patients réanimés, de leur histoire, et par rapport à ce que vous dites ça me faisait penser que, bien souvent, c'est le corps d'abord, en tout cas les aspects somatiques aigus. Potentiellement aussi parce que les durées de séjour sont courtes, du coup peut-être que ces aspects psychiques n'arrivent que dans un deuxième temps. Comment les équipes, mais aussi les patients, vivent ce moment, de la réanimation, du réveil ? Comment sont accompagnés ces vécus-là ?

**GT :** La réanimation c'est une expérience hautement traumatisante pour les patients. Pour de nombreuses raisons. D'abord parce que s'ils sont en réanimation c'est qu'il y a une menace qui pèse sur leur pronostic vital, donc ils sont potentiellement devant une situation qui peut conduire au décès. Ensuite parce que l'environnement de réanimation est extrêmement stressant : il y a du bruit, il y a de la lumière, des environnements techniques qui sont assez hostiles, il y a de nombreuses choses invasives qui sont faites, des choses qui font mal, en tout cas qui ne sont pas agréables.

Donc pour tous les patients qui font l'expérience d'un séjour dans un service de réanimation, c'est un événement traumatisant. Et finalement, si 80% des patients survivent à la réanimation, c'est parfois au prix d'un traumatisme psychologique parfois important. On sait que plus de la moitié des patients développent des stress post-traumatiques après la réanimation, donc c'est incontestablement pour les patients un tournant dans leur vie, au moins pour ces deux raisons-là.

Si l'on regarde l'histoire de la réanimation, d'ailleurs, cette perspective-là apparaît clairement. La réanimation est née dans les années 1950, pendant une épidémie de polio en Europe du Nord. Pendant les trente premières années de la réanimation on s'est rendu compte qu'on pouvait - grâce à la technique, à la connaissance, surtout grâce à l'assistance respiratoire - sauver des patients qui seraient morts dans d'autres circonstances. C'était déjà quelque chose d'assez inédit. Et on ne tenait pas compte du coût physiologique et encore moins du coût psychologique qui en résultait.

Et puis, à partir des années 1980 environ, on s'est rendu compte qu'on pouvait peut-être faire

aussi bien mais de façon moins invasive. C'est là qu'ont été développées les « techniques non-invasives », comme la ventilation non invasive ; faire plutôt de l'évaluation hémodynamique par échographie plutôt que par l'intermédiaire de cathéters dans les vaisseaux sanguins, dialyser plus tard que ce que l'on faisait. Ce mouvement est encore en cours, depuis une trentaine d'années, qui consiste à diminuer le coût physiologique pour les patients.

Puis, un peu plus récemment, on a compris qu'il fallait aussi diminuer le coût psychologique, social, familial du séjour en réanimation. On vit maintenant une période de maturité dans notre spécialité qui a soixante-dix ans à peu près, où on essaie non seulement de limiter les impacts physiologiques mais aussi psychologiques, et de prendre en compte dès le départ le fait que le séjour en réanimation va être une expérience traumatisante pour les patients. Cet accompagnement qui est nécessaire, a complètement changé en vingt ou trente ans, puisque maintenant il est indissociable du soin de réanimation ou du soin technique.

**RM** : Comment s'est-on rendu compte de ce coût psychique ou de ce coût psychologique ?

**GT** : Quand on a commencé à suivre des patients après la réanimation, et à s'interroger sur leur vécu du séjour en réanimation, on s'est rendu compte que beaucoup de patients avaient une restitution correcte de leur état physiologique, de leur état médical, mais que beaucoup de patients n'arrivaient pas à reprendre une vie personnelle et familiale normale, n'arrivaient pas à reprendre leur métier, leurs activités, y compris des patients jeunes qui étaient guéris d'un point de vue somatique, mais qui n'étaient pas encore ou pas du tout aptes à reprendre la vie qu'ils avaient avant. On a dès lors intégré cette dimension à notre manière de prendre en charge les patients, en ce sens que le but n'était pas seulement que les patients puissent sortir vivants de réanimation, mais qu'ils puissent retourner à une vie qui soit satisfaisante pour eux.

**RM** : C'est intéressant ce que vous amenez parce que ça donne l'impression que finalement, la réanimation est assez mal connue de l'extérieur, en tout cas de l'extérieur du service, si ce n'est au travers de ce que vous décrivez, c'est-à-dire d'un service qui peut avoir une facilité d'utiliser l'ensemble des services de l'hôpital pour les besoins des patients, et du coup je me disais à la fois j'ai l'impression que les soignants de l'hôpital connaissent mal ce qui se passe en réanimation, mais encore moins le grand public. On a le sentiment que ce qui est connu de la réanimation c'est essentiellement les 1% dont vous parliez tout à l'heure, c'est-à-dire de pouvoir sauver la vie d'une personne, et puis c'est tout. À quoi cela tient finalement ?

**GT** : Effectivement ce constat je le partage aussi : la réanimation est très mal connue, non seulement du grand public, mais même probablement à l'intérieur de l'hôpital et dans le monde médical. Cela reste quelque chose d'assez mystérieux, qui combine une vision un peu fantasmée d'un univers auquel on n'a pas accès facilement, des images simplifiées par le cinéma ou la télévision et une difficulté à appréhender ce qui se joue médicalement. Là-dessus chacun y met ses propres représentations. On y plaque volontiers une vision simpliste et réductrice, qui est sans doute normale compte tenu de la complexité de la réanimation. Par exemple il y a une idée assez simple répandue dans le monde hospitalier, qui consiste à dire : quelqu'un est en état critique, on le réanime, et le danger est derrière lui et les choses reprennent comme avant. Une expression qu'on entend beaucoup c'est le concept de « *faire passer un cap* ». Comme si, il y avait un petit ruisseau au travers du chemin, on saute par-dessus le ruisseau, et la vie reprend son cours de

l'autre côté du ruisseau. Cette idée est fautive bien sûr parce qu'elle ne tient pas compte de l'impact de la maladie aiguë et du séjour en réanimation sur le patient, pour les raisons que j'ai citées plus haut, c'est à dire qu'un séjour en réanimation, même chez un patient jeune, même s'il n'est pas très long, c'est bien plus qu'un cap à passer, c'est un cap et ensuite une pente très longue à remonter avant de retourner à un état satisfaisant.

Et puis il y a aussi le fait que les réanimations ont été pendant longtemps des endroits fermés : les familles n'y avaient pas ou peu accès, il fallait s'habiller de surblouses, de gants, de charlottes avant d'y rentrer. Cela a contribué à créer l'image d'un lieu d'un autre monde, un endroit clos, surprotégé, ultra technologique, dans lequel on entrait très difficilement, duquel parfois on ne sortait pas.

**RM** : C'est comme si la réanimation ouvrait directement sur le rapport à la mort, à l'énigme que peut représenter la mort., Peut-être qu'il se passe au niveau du groupe, ce qui se passe au niveau de l'individu, c'est-à-dire que les questions qui sont des questions qui nous touchent trop profondément ou trop violemment, on tendance à être écartées, ce qui fait qu'il y aurait comme une forme d'accord collectif de se dire qu'on ne parle pas forcément de ce qui se passe dans la réanimation, justement parce que ça traite des questions relatives à la fin de l'existence.

**GT** : Oui, absolument, la question de la mort est au centre de tout le projet de réanimation. Parce que par essence, la réanimation se bat pour l'éviter. Mais aussi parce que, lorsqu'on ne peut pas l'éviter, c'est-à-dire chez un patient sur cinq en moyenne, beaucoup d'efforts sont faits pour l'accompagner. Le fait que la réanimation soit l'endroit où se joue le « pire », entraîne une fascination et une répulsion mélangées. Cela renvoie donc chacun à son propre rapport à la mort. Bien sûr, aborder la mort de façon technique ou physiologique évite de se confronter à la peur qu'elle suscite. Mais pour autant le rapport reste ambigu entre les professionnels de la réanimation et la mort. Il est fait d'un mélange de déni (faire comme si on pouvait l'éviter), de sentiment de pouvoir (celui d'éviter la mort), et de vulnérabilité : annoncer un décès par exemple reste une épreuve dans laquelle le médecin ou le soignant s'expose en tant qu'individu et pas seulement en tant que soignant. Donc en effet, cette méconnaissance qui entoure la réanimation n'est pas étrangère au mystère de la mort.

**RM** : Vous parliez de cet impact traumatique sur la vie du sujet, du coup on peut aussi entendre que la réanimation va laisser des traces dans la vie du sujet, voir même plus de traces que la maladie dont le sujet était atteint, et du coup je me demandais de quels moyens est-ce que vous disposez, pour accompagner justement ce vécu psychique et ses différents traumatismes.

**GT** : On a fait de nombreux progrès au cours des vingt dernières années.

La première chose c'est qu'on s'efforce de limiter toutes les nuisances dont on sait qu'elles sont traumatisantes pour le patient : le bruit, la lumière 24h/24, des gestes douloureux. On essaye de limiter toutes ces agressions, inévitables pour certaines, mais évitables pour d'autres.

La deuxième chose c'est qu'on a compris qu'il fallait considérer le patient non pas uniquement dans la dimension d'identité physiologique menacée, mais dans toute son histoire et de tout ce qu'il est comme individu et comme sujet. On s'intéresse dès qu'un patient arrive en réanimation, à

son histoire, comment il vit, quelle est sa famille, quels sont ses souhaits, quel est son environnement. Ça ne se traduit pas forcément en actes immédiats, mais ça se traduit de façon très nette dans l'approche du patient. C'est-à-dire que reste toujours présent, et beaucoup plus qu'avant, l'idée que sous ces machines et sous ces tuyaux le patient est quelqu'un, avec un nom, qui a deux chiens, qui faisait du footing le dimanche... des choses qui le raccrochent à la vraie vie.

Troisième dimension, on a compris, enfin tout le monde ne l'a pas encore compris mais j'espère que ça viendra, que c'était essentiel d'avoir des psychologues dans les services de réanimation. Au tout départ, dans la phase aiguë du séjour en réanimation, en général, le patient n'est pas accessible à un entretien, donc il n'est pas accessible au psychologue. En revanche, les familles le sont. On porte une attention très particulière aux familles dès le début. Les familles peuvent désormais venir dans les services de réanimation 24h/24, leur présence est même souvent souhaitée. Pour les patients il y a cette phase, que vous évoquiez tout à l'heure, qui est la phase du réveil après un coma ou simplement une sédation prolongée. Dans la phase de réveil, les patients deviennent ou ne deviennent pas accessibles à un entretien, il y a cette phase du réveil qui est un peu compliquée dans laquelle le patient est éveillé mais pas nécessairement conscient de lui-même ou de son environnement, encore « déconnecté » si je puis dire. À ce stade de l'éveil, il y a une place importante pour un travail d'accompagnement, de réassurance. Bien sûr la présence des familles à ce moment est importante, comme tout ce qui peut rendre l'environnement plus familier. La musique par exemple, des photographies de personnes proches. Nous réfléchissons à faire venir des animaux de compagnie pendant cette période-là par exemple. Il s'agit pour le patient de se réapproprier en tant qu'individu. Il s'agit aussi, un peu plus tard, de s'approprier ce temps qu'il n'a pas vécu, c'est-à-dire celui du coma ou de la sédation. Pour cela nous mettons en place un journal de bord, c'est-à-dire un cahier dans lequel tout le monde peut écrire au fil des jours les choses du quotidien. Ce peut être les proches comme les soignants. Le principe est de permettre au patient de combler le trou que constituent dans sa mémoire, les jours passés dans le coma sous sédation.

**RM :** Donc ce que vous nous dites c'est que l'accompagnement psychologique des patients se fait dans un premier temps auprès de la famille, puis auprès du patient, dans l'accompagnement de sa récupération, de sa restauration, ou réorganisation, du réveil jusqu'à la sortie de la réanimation.

**GT :** Bien sûr dans cette phase de réappropriation, le rôle du psychologue est capital. Et il l'est sans doute après la sortie si possible. La moitié des patients ayant été hospitalisés en réanimation présentent des symptômes de stress post-traumatique. Et une proportion importante des familles également. Cet aspect du traitement de réanimation a été négligé pendant longtemps et le reste parfois. Pourtant on sait que même parmi les patients qui récupèrent physiquement la totalité de leurs capacités, près de la moitié ne peuvent reprendre une vie sociale, familiale ou professionnelle normale tant le traumatisme psychologique peut être important.

**RM :** Finalement, la réanimation est à la fois un lieu mystérieux et obscur ; ce sont des services qui ont une place extrêmement importante dans la vie de la société. On le voit d'ailleurs dans une épidémie comme celle que l'on traverse aujourd'hui.

**GT :** L'épidémie de COVID-19 montre à quel point les services de réanimation sont essentiels.

Cette épidémie a mis un coup de projecteur inattendu sur notre spécialité. On a réalisé d'un coup que sans service de réanimation, l'organisation de la prise en charge de cette maladie était impossible. C'est, au miroir grossissant, ce qui existe au quotidien dans les hôpitaux : beaucoup d'activités ne sont pas possibles sans service de réanimation : il n'est pas possible de développer de la chirurgie lourde, de la chirurgie carcinologique, de la transplantation d'organe, de l'hématologie, de prendre en charge des infections graves sans un service de réanimation. De même les services d'urgence, dont on sait combien ils sont sollicités dans l'organisation des soins aujourd'hui, sollicitent constamment les services de réanimation pour y admettre les patients les plus sévères. Donc la réanimation est vraiment un élément absolument central du fonctionnement hospitalier d'aujourd'hui. C'est aussi un des seuls services où l'on est certain d'avoir un médecin 24h sur 24, pour assurer une prise en charge médicale comme aborder une réflexion éthique.

À l'échelle de la société, et l'épidémie soulève aussi la question de la place que l'on veut donner à la réanimation dans le système de soins : quelles dépenses est-on prêts à y consacrer, combien de lits est-on prêts à ouvrir, quels personnels est-on prêts à y mettre ? Le Royaume Uni a fait par exemple des choix très différents de ceux de l'Allemagne, en termes de nombre de réanimations et de moyens affectés dans les services de réanimation. La question est à la fois économique et éthique : avons-nous les moyens économiques d'un nombre de lits très élevé dans le pays ? Et si nous avons une capacité d'accueil en réanimation très élevée, est-ce que cela voudrait dire que tous les patients pourraient y être admis ? Si non, comment choisir les patients qui y auraient accès ? Hors période d'épidémie, c'est l'organisation du système de soins qui est questionnée. Il ne serait probablement pas souhaitable de considérer qu'une hospitalisation en réanimation puisse être proposée à tout le monde : comme nous l'avons dit tout à l'heure, une hospitalisation en réanimation chez certains patients fragiles, très âgés ou dont l'espérance de vie est faible s'apparente à de l'obstination déraisonnable, et ce quel que soit le nombre de lits dont on dispose. Cette question s'est beaucoup posée au sujet de l'épidémie de COVID. En effet, il a été choisi par un grand nombre d'équipes de ne pas admettre en réanimation des patients âgés ou trop fragiles. Ce refus d'admission « à priori » en a choqué certains, et nous n'étions nous-mêmes pas très à l'aise avec cette limite. Mais cette limite s'est avérée avoir du sens, pas tant en termes de juste allocation des moyens, mais surtout pour les patients eux-mêmes, la maladie étant tellement grave et les séjours en réanimation tellement longs que ces patients ne pouvaient pas tirer un bénéfice, en raison des conséquences physiologiques que j'évoquais tout à l'heure.

**RM** : Oui, vous amenez les points politiques, éthiques, et finalement organisateurs de la société, et puis ce dont vous parlez aussi c'est la question des limites, limites qui sont parfois complexes si on se réfère aussi aux réanimations comme par exemple la réanimation neurologique, avec des patients qui sont cérébrolésés, extrêmement fragilisés et qui vont nécessiter des soins pendant de nombreuses années, qui posent aussi des questions de société et d'organisation de société.

**GT** : Comme nous venons de le dire, l'épidémie actuelle met cela en lumière mais cette problématique existe dans de nombreuses situations hors épidémie. Le problème des patients cérébrolésés est très emblématique par exemple. Cela nous pousse à réfléchir en même temps sous l'angle de l'individu et sous l'angle de la collectivité.

La première façon, qui est collective, qui est de dire : si j'admets en réanimation tel patient qui

est très fragile ou dont les chances de survie sont faibles, et qui va utiliser un lit pendant trois ou quatre semaines, est-ce que je prive d'autres patients plus jeunes ou de meilleur pronostic d'un accès à la réanimation ? Ça c'est une question collective. C'est la question de la justice distributive, qu'on a l'habitude de se poser de façon plus ou moins aiguë.

On peut aussi la poser de façon individuelle, c'est-à-dire ce même patient, est-ce que ce séjour en réanimation lui rend vraiment service, est-ce que, s'il survit, sa vie après ces quatre semaines de réanimation va être conforme à ce qu'il souhaiterait ? Cette façon d'aborder la question touche à la question de l'obstination déraisonnable, consubstantielle de l'idée même de la réanimation.

On est donc en permanence dans cette tension entre l'individu et la collectivité, et entre l'obstination déraisonnable et le bénéfice qu'un patient peut tirer d'un séjour en réanimation.

**RM** : Ces questions-là sont-elles posées collectivement dans le travail quotidien ?

**GT** : Elles sont posées collectivement, et quotidiennement. C'est absolument indispensable.

Collectivement, parce que ce n'est pas possible d'aborder ces questions-là seul, on peut les aborder seul dans sa propre réflexion et son éthique personnelle, mais d'un point de vue plus pratique et opérationnel il faut que la décision soit collective.

Et puis il faut qu'elle le soit quotidiennement parce que la situation d'un patient en réanimation évolue très vite avec le temps, et la situation un lundi peut être extrêmement différente que celle qu'elle était le vendredi précédent. Le projet thérapeutique peut changer, et donc le bénéfice que le patient peut attendre de ce projet thérapeutique peut changer. Donc ça fait partie de l'activité quotidienne, exactement au même titre que la façon dont on règle le ventilateur ou dont on met les antibiotiques.

**RM** : En vous écoutant, une image me venait : j'imaginai la réanimation comme un lieu extrêmement sensible, et qui réagit extrêmement vite, à la fois de l'intérieur par l'état des patients et la façon de s'organiser pour eux, et en même temps de l'extérieur dans le rapport justement à cette société qui évolue, qui se transforme, qui fait évoluer aussi ses connaissances, la technologie et cætera. Mais je voyais ce service comme quelque chose de très fragile, d'une grande sensibilité, fragile au sens de sensible, et notamment comme la sensibilité des patients à cet endroit-là, mais aussi dans cette proximité de la vie et de la mort, où il se joue des choses extrêmement fines, peut-être à l'image des dosages de certaines molécules qui doivent être extrêmement précis, pour permettre à quelqu'un de passer un cap très difficile.

**GT** : Oui, je pense que l'on a cette fragilité, au cœur de la question essentielle de la mort quotidiennement. D'ailleurs, ce n'est probablement pas par hasard si les lois d'éthique, en particulier la Loi Leonetti en 2005, s'est très fortement inspirée des réflexions des réanimateurs. Un des éléments déclencheurs était les réflexions de réanimateurs au sujet de la façon dont les décès survenaient en réanimation. Je pense que l'on n'est pas forcément en avance sur la société, mais qu'on est un marqueur très fort de l'évolution de certaines valeurs éthiques au sein de la société.

La même chose se dessine autour des valeurs d'autonomie par exemple. La société évolue depuis trente ou quarante ans vers davantage d'autonomie. Dans les services de réanimation, toutes les décisions éthiques, les décisions de limitation thérapeutique, ou les décisions autour des greffes d'organe, du prélèvement d'organe, sont en prise directe avec ces évolutions de la société, avec ce que veulent les patients, avec ce que veulent les familles.

Je pense que même si, la réanimation reste un lieu très mystérieux, mal connu du grand public, elle reste quand même très liée à la façon dont la société évolue dans ses valeurs fondamentales.