

de survie sont de moins de 7%. La FDA a considéré que, dans de tels cas, l'absence d'alternative thérapeutique pouvait dispenser les expérimentateurs de consentements écrits. Un dispositif a été mis en place pour que des personnes puissent préalablement s'opposer à être incluses, le cas échéant, dans cet essai.

«Les artères coronaires de chaque patient seront clampées, et un cathéter sera posé dans l'aorte pour injecter une solution saline. Le seuil de 10°C de température corporelle devrait alors être atteint en quinze minutes environ. A ce stade, le patient sera cliniquement mort, précise, en France, *Le Quotidien du Médecin*. Les chirurgiens disposeront ensuite de deux heures pour soigner la blessure, puis le corps du patient sera reperfusé avec du sang chauffé. Les bilans cliniques de ces dix patients seront ensuite comparés à ceux de dix autres, admis dans les mêmes conditions mais qui n'auront pas bénéficié de la technique EPR. Cette dernière sera adaptée en fonction des premiers résultats obtenus puis des nouvelles séries de dix patients seront recrutées jusqu'à ce que les résultats à analyser soient suffisants.»

On imagine sans mal que cette approche thérapeutique expérimentale est à très haut risque, compte tenu notamment de la température à laquelle le corps se situera. Un tel essai conduira-t-il à une redéfinition des critères de la mort aujourd'hui basés sur l'absence de circulation sanguine et d'activité électrique du cerveau? L'affaire nourrit et exalte les imaginations. On parle immanquablement de science-fiction. La vie sera ici, dans le meilleur des cas, comme «suspendue». Une formule que ne retient pas le Dr Tisherman: il estime que cela pourrait conférer une fâcheuse dimension «science-fiction» à son expérimentation médicale; une expérimentation qui, selon lui, n'a rien de commun avec la cryogénéisation et les fantasmes de retour à la vie après la mort que ce procédé véhicule.

L'anesthésie-réanimation est une discipline qui peut faire peur. Elle peut aussi aider à faire rêver.

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

1 Benson DW, Williams GR, Spencer FC. The use of hypothermia after cardiac arrest. *Anesth Analg* 1958;38: 423-4.

2 Le texte du New Scientist est disponible à cette adresse: www.newscientist.com/article/mg22129623.000-gunshot-victims-to-be-suspended-between-life-and-death.html?page=1#.U4nrA_tOT

3 L'abstract de cette publication est disponible à cette adresse: [www.surgjournal.com/article/S0039-6060\(02\)00085-5/abstract](http://www.surgjournal.com/article/S0039-6060(02)00085-5/abstract)

carte blanche

Défense d'en parler

Quand elle entrait dans sa chambre, mon patient se renfermait encore davantage sur lui et ne parlait plus. A partir de là, c'est comme si l'atmosphère devenait de plus en plus irrespirable. Depuis des années déjà, il m'avait sobrement confié que sa femme et lui avaient ainsi pris l'habitude de s'éviter le jour, et que la nuit ils se reposaient sur leur lit commun, mais comme deux blocs de solitude séparés par une incompréhension sans fin.

Une telle situation peut surprendre: ils auraient pu se séparer mais ils continuaient à vivre ensemble. Sans doute parce que, dans leur confusion émotionnelle, ils avaient besoin d'un ordre de cette nature. Même dans les moments où je les ai rencontrés, alors que la mort menaçait, ils semblaient tous deux moins redouter cette dernière que de voir leur vie livrée à des changements de leurs habitudes.

A coups de compromis et d'aménagements divers, leur vie commune tenait donc toujours. C'est presque chaque jour qu'elle lui rendait ainsi visite en fin d'après-midi, demeurant aussi silencieuse que lui à chaque occasion où il m'a été donné de les surprendre. Certains couples ressemblent assurément à des organisations incohérentes alors qu'ils sont en réalité une alliance d'intérêts bien compris.

Mais en vertu de quoi peut-on devenir de plus en plus indifférents et de plus en plus inséparables? Durant les trois semaines qu'a duré l'hospitalisation de mon patient, j'aurais bien voulu remonter avec lui une partie de la chaîne qui les avaient amenés là et qui les liait si fortement. Mais mon appétit à penser le discours de mon interlocuteur n'a jamais été satisfait et mes interrogations sont restées sans réponse.

Je sais bien que la plupart de nos senti-

ments portent en eux leurs contraires. Comme un tissu et sa doublure, l'amour est proche de la haine, l'affection peut révéler le courroux, et la main qui caresse peut se révéler être celle qui brise. En réfléchissant à ce que ce couple me faisait vivre, je réalisais combien les sentiments humains ne sont pas changeants mais plutôt ambigus, capables du meilleur comme du pire, tendus entre leurs contradictions. J'imaginai aussi que ces deux individus avaient trouvé dans leur mode de relation le renouvellement de griefs



qui précédaient de longtemps la mise en œuvre de leur éloignement.

Et le disque du temps repasse toujours les mêmes séquences: mon patient avait probablement horreur des confidences. Il redoutait d'ailleurs peut-être tout autant ses souvenirs. Il est même possible qu'il ne savait plus très bien ce qu'il reprochait à sa femme. Sa femme quant à elle, symétriquement, gardait le même silence. Elle semblait vouloir garantir comme lui la même distance défensive.

Ces réflexions sur le détachement réciproque de ce couple m'ont amené à réaliser combien celui-ci devait aussi être analysé en termes de détachement à soi puisque les sentiments qui constituent la chair des relations ne peuvent plus être échangés. Dans une telle situation, le somaticien possède un domaine d'actions spécifique. En effet, s'il parvient à renouveler l'intérêt qu'il a pour son patient tout en respectant les éventuels refus d'entrer en matière, il peut ainsi réveiller chez ce dernier le plaisir de (s')écouter, condition nécessaire pour parvenir ensuite à se centrer sur les autres.



Dr Christophe Luthy
Département de médecine interne et réhabilitation
HUG, 1211 Genève 14
christophe.luthy@hcuge.ch