



Marion Broucke
*Infirmière de soins palliatifs (AP-HP),
titulaire d'un master de recherche
en médecine palliative, et enseignante*

Mal mourir ou... mal soigner? Plaidoyer contre l'acharnement thérapeutique

Le mal-mourir en France est une crainte de nombreux citoyens. C'est aussi une réalité trop mal évaluée, alors que des solutions existent, qu'il conviendrait de mettre en place rapidement. L'une des causes majeures? Ce que l'on nomme couramment « l'acharnement thérapeutique ». Cette obstination déraisonnable est théoriquement interdite en France par la loi (depuis 2005), mais reste une terrible réalité pour bien des patients en fin de vie. Survivance de la toute-puissance médicale, elle conduit à pratiquer des actes de soins inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autres effets que le seul maintien artificiel de la vie.

Rappelons les trois principales finalités des actes de soins : guérir, maintenir en vie et soulager. Ces objectifs ne sont pas incompatibles entre eux et sont le plus souvent nécessairement complémentaires. Le soulagement (même si un objectif de guérison est poursuivi) est d'ailleurs encore insuffisant, j'y reviendrai dans de prochaines chroniques.

Mais lorsque malheureusement il n'existe plus d'espoir raisonnable et que la mort est inexorable, toutes les ressources disponibles doivent être consacrées à adoucir les dernières semaines, les derniers jours, les dernières heures. C'est un impératif de l'éthique du « care » (prendre soin au mieux), un droit fondamental pour le patient, un devoir pour le soignant. Mais c'est aussi une évidence économique : le coût de l'acharnement thérapeutique est un gouffre en termes de dépenses de santé. Si les arguments éthiques ne suffisaient pas, cette dimension devrait enfin pousser les décideurs à se pencher sur la question. Le coût des actes inutiles (en produits onéreux comme les chimiothérapies, en examens complémentaires,

etc.) pourrait être réaffecté à des actions plus efficaces. Et au lieu de mobiliser du temps soignant pour réaliser ces actes, ce temps pourrait être consacré à la dimension relationnelle du soin.

Les solutions existent, je le disais. Et l'une des étapes serait de mener une étude préliminaire évaluant la réalité de ce coût économique, voire du coût humain (les souffrances induites, en effet, ne sont pas négligeables).

Comment pénaliser les pratiques déraisonnables? Et récompenser la bientraitance?

Comment pénaliser les pratiques déraisonnables? Et récompenser la bientraitance? La tarification à l'activité (T2A), qui aujourd'hui est une incitation aux pratiques déraisonnables (mais lucratives), pourrait néanmoins rester le cadre. Par exemple, en modulant significativement les enveloppes budgétaires pour les services dont les pratiques déraisonnables sont avérées. L'introduction de paramètres évaluant l'obstination déraisonnable est donc indispensable. Une illustration? L'évaluation annuelle du taux de chimiothérapies dans les derniers jours de vie en cancérologie.

Il faut aussi associer infirmières et aides-soignantes aux décisions. Elles sont les principales vigies contre l'acharnement thérapeutique qui, souvent, alertent contre ces dérives maltraitantes. Bien sûr, de plus en plus de médecins y sont sensibles, mais leur nombre demeure insuffisant. Et la formation aux discussions, aux confrontations pluriprofessionnelles, doit être une priorité des prochaines années si l'on veut limiter le mal-mourir.