

LA CROIX

vendredi 3 mars 2023 — Quotidien n° 42559 — 2,70 €

**Ce week-end dans
«La Croix L'Hebdo»**

**Les réunions, un rituel
parfois envahissant**

Monde

**«Qatargate»:
les «amitiés» des
eurodéputés P. 8**

Religion

**Les fermetures de
comptes bancaires
des mosquées P. 16**



éditorial

Isabelle de Gaulmyn

Responsabilité

Les saisies de drogues en France ont battu un nouveau record en 2022.

Et si la drogue était l'affaire de tous ? Présentant les chiffres records pour 2022 des saisies de stupéfiants, le ministre de la justice, Éric Dupond-Moretti, a fustigé les « consommateurs insouciants ». De fait comme l'avait dit à Marseille le président de la République, « pas de consommateurs, pas de trafics ». Raisonnablement simpliste ? De par les millions qu'il draine, comme son caractère mondial, on voit bien qu'il s'agit là d'un phénomène trop complexe pour être ramené à sa seule consommation. Il n'empêche : les volumes toujours plus élevés de cocaïne ou cannabis interceptés aux frontières doivent nous faire réfléchir. Ce trafic ne fait pas que défigurer les cités et déstabiliser des adolescents en quête d'argent facile. Il tue, dans les pays de production, de transit, et aussi chez nous. Et de plus en plus : à Marseille, on compte pour l'an dernier 31 décès liés aux violences de ces trafics, 17 en Île-de-France. Sans parler des victimes collatérales, comme cette gamine de 11 ans, à Anvers, principale plaque tournante du trafic européen, tuée cet hiver simplement pour avoir été là, lors d'un règlement de comptes.

Pourtant, il y a chez ces consommateurs un déni total des conséquences de leurs actes. Notamment ceux qui appartiennent aux classes les plus élevées, hommes de communication, de la politique, du spectacle ou dirigeants d'entreprise... Ce sont parfois les mêmes qui se bouchent le nez en se plaignant de l'insécurité dans les quartiers difficiles, et qui se font livrer chez eux leur dose de cocaïne. Il ne s'agit pas de les jeter en pâture à l'opinion publique. Simplement de constater qu'ils ne peuvent se dédouaner de cette violence qui envahit nos quartiers. Certains finissent toujours par payer la note. Et pas toujours ceux qui consomment.

Fin de vie

Immersion dans
l'unité de soins
palliatifs de l'hôpital
de Houdan,
dans les Yvelines

P. 2-3

Soulager la douleur



Prise en charge de patients en fin de vie, à l'hôpital de Houdan (Yvelines), le 17 février. Delphine Le Boulaire pour La Croix

Annonces légales p. 10

Depuis 1883 - ISSN 0242-6056 - Imprimé en France : 2,70 € ; DOM : 3,55 €
Belgique : 2,90 € ; Luxembourg : 2,90 € ; Italie (Rome) : 3,40 € ; Maroc : 36 MAD

bayard

M 00140 - 303 - F - 2,70 €



La Convention citoyenne sur la fin de vie entame ce vendredi 3 mars sa 7^e session après s'être prononcée, à une large majorité, pour une évolution de la loi.

Le débat sur la fin de vie devrait être au programme d'un dîner le 9 mars à l'Élysée lors duquel le président doit recevoir plusieurs personnalités, dont les représentants des principaux cultes.

Dans l'unité de soins palliatifs de l'hôpital de Houdan (Yvelines), on continue au quotidien à prendre en charge les souffrances des malades incurables.



Des soignantes s'occupent d'un patient de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital de Houdan (Yvelines). Delphine Le Boulaire pour La Croix

En soins palliatifs, apaiser jusqu'au bout

— Pour les patients en fin de vie, la souffrance, qu'elle soit physique, morale ou existentielle, est souvent insupportable. Comment est-elle prise en charge par la médecine palliative ?

— L'équipe de l'hôpital de Houdan (Yvelines) a ouvert ses portes à *La Croix* deux jours durant pour partager son expérience.

Aujourd'hui, Francine va moins mal. Ce matin, après les soins et une séance de balnéothérapie au son de Glenn Miller, sa musique préférée, elle a enfilé son jogging fétiche. Détendue sur son lit, elle trouve même la force de raconter le parcours du combattant qui l'a amenée ici le 9 février, dans la chambre bleue de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital de Houdan (Yvelines), à l'ouest de Paris. Touchée par un cancer du

sein décelé en 2009, Francine s'est longtemps battue contre la maladie. Rayons, chimio, ablation de la tumeur : en 2017, les médecins annoncent une rémission qui lui offre quelques années de répit. Jusqu'à ce qu'elle ressente une lourdeur au ventre, du mal à respirer, une perte d'appétit, comme une énergie vitale qui s'épuise. Hospitalisée à Dreux (Eure-et-Loir), le diagnostic des oncologues est sans appel : récidive avec métastases aux poumons, au foie et au péritoine, la membrane qui tapisse l'abdomen et ses organes.

La douleur ? « Ça va, elle est supportable », assure la dame de 78 ans qui refuse la morphine qui pourrait la calmer. « Le plus difficile, ce sont les angoisses qui m'empêchent de dormir. Avant, j'avais le sommeil facile », confie-t-elle. « La souffrance est une chose très personnelle. Certains ont une totale intolérance. D'autres préfèrent endurer une dose

de douleur qui leur donne le sentiment d'être encore en vie », souligne, en aparté, la docteure Estelle Destrée, cheffe du service.

Il s'agit de mesurer l'impact de la douleur sur la vie de tous les jours, son retentissement sur les émotions.

À Houdan, comme dans toutes les unités de soins palliatifs de France, on accueille les patients dont la prise en charge est particulièrement complexe : malades atteints de cancer en phase terminale, de polyopathologies ou de déficiences d'organes qui engagent le pronostic vital, d'affections neurologiques incurables. Le service

créé en 1999 par le docteur Claude Grange dans l'aile Castille de l'hôpital dispose de 10 lits, plus un d'urgence, pour les accueillir.

« Leur point commun, c'est l'existence d'une souffrance physique ou morale – souvent les deux mêlées – réfractaire, qui a résisté jusqu'à tous les traitements, explique Pierre-Emmanuel Daubin, l'infirmier coordinateur. Notre rôle, tout notre savoir-faire est de parvenir à la faire, sinon disparaître, du moins à la soulager pour préserver le plus possible de qualité de vie. »

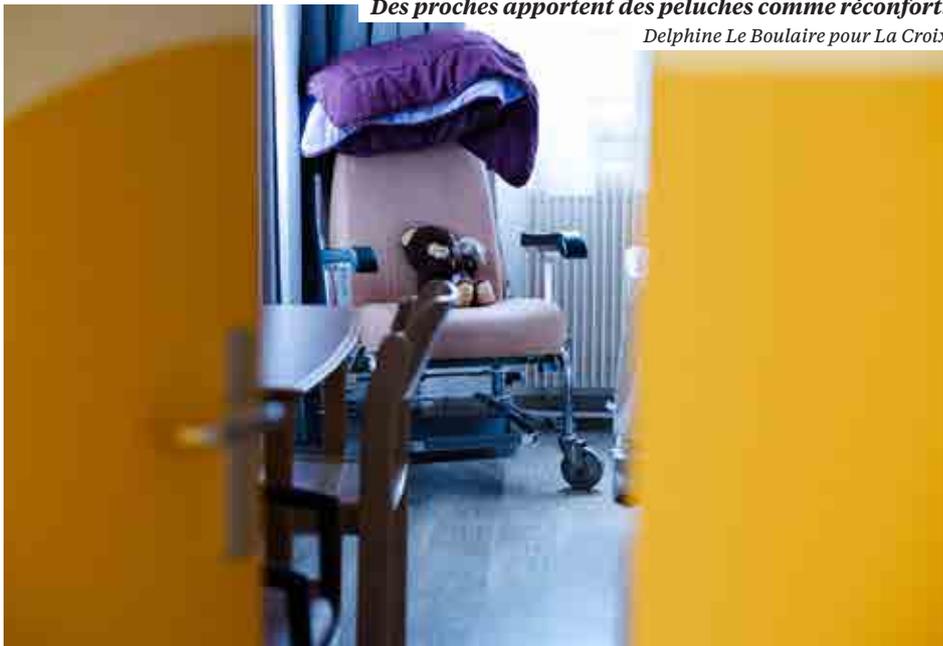
Avant d'y parvenir, il faut suivre un processus précis. « D'abord, poser le bon diagnostic, rappelle la docteure Destrée. Car la douleur est un symptôme, le signe de la maladie, un signal d'appel pour le patient. Voilà pourquoi, en soins palliatifs, la clinique est primordiale. On ausculte, on cherche, on tente de comprendre pour trouver le bon moyen d'améliorer le confort du pa-

tient. » La première étape consiste à identifier où le patient a mal, avec quelle intensité, quelle durée. Il s'agit de déterminer les facteurs déclenchants, de mesurer l'impact de la douleur sur la vie de tous les jours, son retentissement sur les émotions. « Pour cela, il faut être à l'écoute de ce que dit le malade mais aussi de ce qu'il montre, qui est évalué par différentes échelles, dont celle dite "algoplus", à par- ●●●



Des proches apportent des peluches comme réconfort.

Delphine Le Boulaire pour La Croix



Les transmissions entre équipes de soignants permettent de réévaluer constamment l'état du patient.

Delphine Le Boulaire pour La Croix



●●● tir de l'examen du visage, du regard, des plaintes, des positions du corps et du comportement », poursuit la docteure Destrée. Autant d'observations réalisées quotidiennement lors de la visite par un des trois médecins du service, mais également par les binômes infirmière-aide-soignante qui se relaient jour et nuit au chevet des patients. D'où l'importance des transmissions entre les équipes et de la réunion hebdomadaire, le jeudi après-midi, qui permettent de réévaluer constamment l'état du patient. « Un moment où tout le monde peut prendre la parole pour croiser les regards sur une situation, ce qui évite souvent de se tromper », souligne Pierre-Emmanuel Daubin.

« On ne doit pas entrer dans l'escalade thérapeutique avant d'avoir priorisé ce qui est important pour le patient. »

Une fois le diagnostic posé, reste à définir une méthode de prise en charge. « La bonne stratégie est de ne jamais se précipiter quand un patient a mal. Ne pas entrer dans l'escalade thérapeutique avant d'avoir priorisé ce qui est important pour lui, tout en tenant compte des effets secondaires. Il n'existe pas de kit de médicaments qui va tout régler d'un coup », précise la docteure Destrée. Avec chaque patient, il faut créer une « alliance thérapeutique », installer la confiance qui est à la base de son consentement à être soulagé. »

Qu'on avance à son rythme, en respectant ses volontés, c'est ce qu'apprécie le plus Francine. « À l'hôpital, on vous soigne, mais on ne prend pas soin de vous. Ici, c'est le bien-être total. On ne s'occupe pas seulement de mes douleurs physiques, mais aussi morales. Ce matin, je me suis même réveillée en faisant des projets. Des lieux comme celui-ci, il

repères

Les soins palliatifs en France

La loi du 9 juin 1999 garantit, en théorie, à toute personne atteinte d'une pathologie grave susceptible d'entraîner son décès, quel que soit son lieu de vie, de pouvoir accéder à des soins palliatifs dont l'objectif est de soulager ses souffrances tout au long de sa maladie et d'accompagner son entourage.

En pratique, la prise en charge palliative est très insuffisante et très inégale selon les terri-

toires en raison du manque de moyens humains et financiers : en 2021, sur les 350 000 Français morts à l'hôpital - la moitié des décès environ -, seulement 40 % ont pu bénéficier de soins palliatifs.

La France dispose actuellement de 171 unités de soins palliatifs (USP), soit 1 968 lits spécialisés, et de 420 équipes mobiles qui peuvent se déplacer en Ehpad ou à domicile.

Une vingtaine de départements n'ont toujours pas d'USP. Le 5^e plan de développement des soins palliatifs prévoit de combler ce manque en 2024.

n'y en a pas assez en France », lâche-t-elle. « Traiter la souffrance est un exercice de haute voltige. Entre une très grande humanité et une haute technicité, on joue sans cesse les funambules », résume la docteure Destrée. Côté technique, la médecine palliative dispose d'une pharmacie de pointe dont la docteure Josiane Bougnet, ancienne anesthésiste-réanimatrice, dresse la liste en experte : des antalgiques pour calmer les douleurs physiques, du simple paracétamol aux morphiniques, aux anxiolytiques, type midazolam, qui traitent l'anxiété, en passant par les antidépresseurs, les somnifères et les neuroleptiques utilisés pour leurs effets tranquillisant et anti-délicirant. « Mais il y a un médicament qu'on utilise sans modération : c'est le contact », ajoute-t-elle avec malice.

« La prise en charge de la souffrance, c'est aussi une dentelle d'attentions qui apaisent, confirme Dominique Japiot, une des quatre bénévoles de l'association Rivage qui accompagnent les patients. Ce sont souvent des gestes simples : un téléphone prêté pour appeler un proche, un soin de bouche au cidre ou au champagne, une caresse. Tout ce qui permet de conserver le

désir et le plaisir qui donnent goût à la vie. » Mais il peut aussi arriver que la souffrance déborde tous les traitements envisagés, plongeant le patient dans une détresse incontrôlable. « Dans ce cas, on peut envisager une sédation qui permet d'altérer sa vigilance pour soulager un symptôme insupportable, avec le consentement du patient si possible, explique la docteure Destrée. Mais cette pratique médicale n'est jamais anodine. On utilise des médicaments puissants qui peuvent mettre la vie du malade en danger, même sans l'avoir voulu. Il faut donc être très rigoureux dans son utilisation : savoir pourquoi on le fait et jusqu'où », ajoute-t-elle.

Car toutes les sédations ne sont pas équivalentes, selon la durée, la profondeur et le consentement du

patient, trois critères évalués selon le score Sedapall qui doit être établi à chaque décision. Cette grille de lecture distingue les sédations transitoires - de quelques heures à quelques jours - pratiquées pour réaliser des soins ou pour assurer le sommeil du patient quand les médicaments se révèlent inopérants, de la sédation profonde et continue. Ce dispositif encadré par la loi est réservé, à l'issue d'une procédure collégiale, aux patients dont le pronostic vital est engagé à court terme et présentant une souffrance réfractaire.

« Une pratique que l'opinion assimile parfois à une euthanasie cachée, alors que la différence est très nette, assure la docteure Destrée. Avec l'euthanasie, on provoque la mort de façon délibérée, alors que la sédation profonde et continue plonge le patient dans l'inconscience jusqu'à ce que les fonctions vitales s'arrêtent du fait de la maladie, de manière naturelle, même si la fin de vie est médicalisée. »

Tout à l'heure, la soignante a appliqué des poches chaudes pour détendre une nuque trop raide, a recalé la tête sur l'oreiller, a posé une main sur la poitrine.

Philippe, 48 ans, atteint d'un cancer du côlon, aurait pu bénéficier de cette sédation profonde, lui dont l'état s'est aggravé ces derniers jours, provoquant douleurs et an-

goisses de mort et d'abandon, que rien n'arrive à dissiper. « Hier, j'en ai parlé avec lui, il était prêt à cette possibilité, au cas où. Mais nous n'en aurons pas besoin : depuis ce matin, il est plongé dans un coma qui annonce une fin prochaine et il est parfaitement confortable », précise Estelle Destrée. Dans la chambre verte qui fait face à celle de Philippe, Rosemonde, 71 ans, se meurt, elle aussi, du cancer qui a peu à peu envahi son corps, sein, poumon, foie, os, jusqu'au cerveau. Depuis le couloir, on ne peut apercevoir que le profil d'un visage qui paraît paisible et cette main posée sur un lapin en peluche apporté par un proche.

Il faut l'œil exercé de Marine, l'infirmière, pour distinguer les signes ténus - le teint jaune froid, la respiration sifflante - qui marquent l'entrée dans la phase d'agonie, ce moment de non-retour où le corps se bat encore contre la mort. Tout à l'heure, la soignante a appliqué des poches chaudes pour détendre une nuque trop raide, a recalé la tête sur l'oreiller, a posé une main sur la poitrine. « L'agonie est un mot qui fait peur, mais il y a aussi des agonies paisibles, comme celle de Rosemonde, souligne Pierre-Emmanuel Daubin. Ce qui fait souffrance, c'est pour les familles. Il faut savoir prendre le temps de leur expliquer pour donner du sens à ce moment. Le parcours de soins ne s'arrête pas avec le décès du patient. »

Regarder la mort en face, l'accompagner du mieux possible, en acceptant ses limites et celles du patient : c'est la tâche qu'accomplit chaque jour Guillaume, 37 ans, aide-soignant depuis deux ans et demi dans l'unité. Cet après-midi, il a tenu à montrer le funérarium et la chapelle où il conduit régulièrement les corps des patients décédés dans le service. « Si je devais définir mon travail ? Je reprendrais la formule de Claire Fourcade, l'actuelle présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs : c'est la promesse de non-abandon. Jusqu'au bout. »

Antoine d'Abbundo

Depuis ce reportage, Rosemonde et Philippe sont décédés.

Rencontre à l'Élysée le 9 mars

Un dîner sur la fin de vie à l'Élysée, initialement prévu le 22 février puis reporté, devrait finalement avoir lieu jeudi 9 mars. Autour d'Emmanuel Macron, 16 personnalités avaient été conviées avant le report. Parmi elles, des représentants des cultes, dont le président de la Conférence des évêques de France, Éric de Moulins-Beaufort, mais aussi des partisans d'une aide active à mourir, comme le médecin Denis Labayle ou l'ancien député Alain Claeys.

