

augmentation de 17% pour chaque portion de 100 grammes de viande rouge consommée par jour. Sans plus de précision.

Faire une croix sur le barbecue? De fait, l'une des principales questions sanitaire et scientifique est de savoir si, comme dans le cas du tabac (et nullement de la cigarette électronique), le risque cancérigène est associé aux produits de combustion. On sait que les méthodes de cuisson à haute température génèrent en effet des composés qui peuvent contribuer au risque cancérigène. «La cuisson à température élevée ou avec la nourriture en contact direct avec une flamme ou une surface chaude, comme dans le barbecue ou la cuisson à la poêle, produit davantage de produits chimiques cancérigènes (comme les hydrocarbures aromatiques polycycliques et les amines aromatiques hétérocycliques) explique le CIRC. Cependant, le groupe de travail ne disposait pas de suffisamment de données pour conclure si la façon dont la viande est cuite affecte le risque de cancer. De même, il ne disposait pas de données pour répondre à la question du moindre risque que pourrait représenter la viande crue.»

La viande transformée est désormais classée dans la même catégorie que le tabac et l'amiante. Comparer les charcuteries et le tabac? L'agence de l'OMS évoque le chiffre de 50000 morts prématurées par cancers digestifs qui, chaque année, pourraient dans le monde être associées à la consommation de viandes. On estime à un million le nombre de celles dues, par cancer, à la consommation de tabac (600000 à la consommation d'alcool, et plus de 200000 à la pollution atmosphérique).

Où l'on voit les limites des interprétations qui peuvent être faites de ce travail assez touffu de classification des cancérigènes. Les cigarettiers tuent infiniment plus que tous les bouchers-charcutiers. Comment allons-nous faire pour raison garder?

Jean-Yves Nau  
jeanyves.nau@gmail.com

1 «Le programme des Monographies du CIRC évalue la consommation de la viande rouge et des produits carnés transformés». Communiqué de presse CIRC/OMS N° 240 daté du 26 octobre 2015.

2 On trouvera ici la liste des participants: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Meetings/vol114-participants.pdf>

3 Bouvard V, Loomis D, Guyton K Z, et al, on behalf of the International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. The Lancet Oncology 2015, published online. OI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00444-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00444-1)

4 «Nutrition et cancer, Rapport d'expertise collective» Anses, mai 2011.

## carte blanche

# Mourir à la maison

Accompagner nos patients dans la dernière étape de leur vie est l'une des tâches nobles pour les médecins de famille. Nous sommes plus ou moins formés et préparés pour cette situation, mais la grande majorité d'entre nous l'accepte volontiers. Selon différents sondages, une majorité de la population désire aussi pouvoir mourir à la maison.

Mais ce désir correspond-il vraiment à la réalité, et représente-t-il toujours la meilleure attitude? La lecture d'un récent article

pitalisation d'urgence (malgré la décision mutuelle anticipée de vouloir rester à la maison...), les souffrances impossibles à soulager à la maison (la dyspnée, la douleur, la solitude), ou l'épuisement de toute une équipe sur la durée, malgré la mobilisation de toutes les ressources possibles...

Alors est arrivé ce qu'ils n'ont pas voulu, contre quoi ils ont essayé de se protéger: ils ont été déplacés en urgence et sont arrivés dans ces institutions inconnues, avec de nouveaux soignants, dans un hôpital, une institution de soins palliatifs, un EMS. Ils ont été pris en charge, certainement bien traités, mais je ne suis pas sûr qu'ils aient reçu ce dont ils avaient besoin. Ils ont moins



du *British Medical Journal*<sup>1</sup> a réveillé des questions que je me pose depuis un moment. Quand je fais le bilan de mon activité de médecin de famille, il n'y a pas eu plus de cinq ou six patients que j'ai vraiment pu accompagner à la maison jusqu'à la mort. Cela tient à différents facteurs, entre autres à ma situation de médecin de ville (ou plutôt de banlieue). Le lien avec le «chez soi» est éventuellement moins fort, les structures familiales sont moins bien conservées, l'accès aux institutions est plus facile.

Evidemment, il y a eu des patients qui m'ont exprimé le désir de pouvoir rester chez eux, moins en évoquant déjà la mort, qu'avec l'idée d'y vivre la période de la fin de leur vie. C'était une demande facile à accepter, mais rarement réaliste. Nous avons organisé un réseau de soins à domicile, les infirmières du CMS, la famille, parfois l'équipe mobile de soins palliatifs et éventuellement des gardes additionnelles. Mais fréquemment il y a eu des pannes dans ce montage, une dégradation aiguë amenant à une hos-

piété, mais ils ont dû finir leur vie hors de leur cadre familial. Peut-être l'ont-ils vécu comme un dernier échec; l'équipe qui s'est engagée à les garder à la maison l'a certainement ressenti comme cela.

Mais il y a aussi des situations plus dramatiques: plusieurs fois j'ai reçu en consultation des proches de personnes âgées, en fin de vie, auxquelles ils ont dû promettre solennellement de les garder à la maison à tout prix. Ils s'y sont engagés de bon gré, mais avec le temps la tâche est devenue trop lourde. Comment gérer cet engagement moral? Plus d'une fois j'ai dû user de mon autorité médicale pour permettre une solution pour ces proches sans trop charger leur conscience.

Pouvoir mourir à la maison est un rêve compréhensible, mais aujourd'hui il me semble justifié de penser à d'autres solutions, comme le suggère l'auteur de l'article du *BMJ*. Nous devons développer des lieux d'accueil, adaptés à tous les degrés de besoin, de confort et de thérapie, avec les compétences nécessaires et avec des modalités de transition facilitées. L'excellence de l'art médical se mesure aussi à sa capacité d'abstention le moment venu.

1 Pollock K. Is home always the best and preferred place of death? *BMJ* 2015;351:h4855.



**Pr Thomas Bischoff**  
Médecine interne FMH  
Directeur de l'Institut universitaire de médecine de famille PMU, 1011 Lausanne  
Thomas.Bischoff@hospsvd.ch