



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉTUDE ORIGINALE

Étude et réflexion sur les critères d'admission en unité de soins palliatifs

Study and reflections on admission criteria for palliative care units



Anne Déglise^{a,1,*}, Amandine Ruffier^{b,2},
Sylvie Ascouet^{c,3}, Philippe Colombat^{d,4},
Donatien Mallet^{e,5}

^a Réseau de soins palliatifs de l'Estuaire-de-La-Loire (RESPEL), centre hospitalier, boulevard Laennec, 44600 Saint-Nazaire, France

^b Hôpital Bretonneau, CHRU de Tours, 2, boulevard Tonnelé, 37044 Tours cedex 9, France

^c Unité de soins palliatifs de Luynes, CHRU de Tours, 37230 Luynes, France

^d Service d'hématologie-thérapie cellulaire et soins palliatifs, hôpital Bretonneau 2, CHRU de Tours, boulevard Tonnelé, 37044 Tours cedex 9, France

^e CHRU de Tours, 37230 Luynes, France

Reçu le 13 janvier 2009 ; accepté le 26 juin 2009

Disponible sur Internet le 21 octobre 2009

MOTS CLÉS

Soins palliatifs ;
Critères d'admission ;
Décision ;
Éthique

Résumé Devant l'inadéquation entre le nombre élevé de demandes d'admission en unité de soins palliatifs et les possibilités limitées d'hospitalisation, les équipes de soins palliatifs sont amenées à hiérarchiser les demandes d'admission. Cette démarche nécessite d'élaborer des critères de sélection. Un peu plus d'un an après la création de l'unité de soins palliatifs de Luynes-CHRU de Tours, nous avons réalisé une étude afin de vérifier la concordance de nos critères de sélection avec les critères d'admission définis au moment de la création de l'unité. Un autre objectif de l'étude était de réfléchir sur la pertinence de ces critères. L'étude a été réalisée de manière prospective entre le 31 décembre 2007 et le 31 mars 2008. Chaque fois qu'il existait une possibilité d'accueillir un nouveau patient, les médecins remplissaient, pour chaque demande d'admission, une grille d'évaluation. Il a été retrouvé une adéquation entre les critères de sélection effectivement mis en œuvre et les référentiels choisis lors de la création de la structure. Les trois principaux critères sont les symptômes physiques mal contrôlés, les problématiques psychiques et les réhospitalisations de patients précédemment

* Auteur correspondant.

¹ Dr Anne Déglise, médecin généraliste.

² Dr Amandine Ruffier, interne en oncoradiothérapie.

³ Sylvie Ascouet, agent administratif, unité de soins palliatifs.

⁴ Pr Philippe Colombat, chef de service en hématologie-thérapie cellulaire et soins palliatifs.

⁵ Dr Donatien Mallet, praticien hospitalier responsable de l'unité de soins palliatifs de Luynes.

suivis. L'édiction de critères de sélection semble nécessaire afin d'éviter de sombrer dans un subjectivisme complet. Mais les critères ne sont pas suffisants pour fonder une décision. Et puisque la prétendue objectivation a ses limites, la réflexion sur le « comment faire » a toute sa place. Ce n'est pas seulement « au nom de quoi l'on décide » qui est à prendre en compte. C'est aussi « comment l'on décide ».

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Palliative care;
Admission criteria;
Decision-making;
Ethics

Summary Because of the discrepancy between demands for admission to palliative care units and the available hospitalization resources, palliative care teams have to set priorities for admission. This necessarily leads to the elaboration of selection criteria. Shortly after the first year of experience at the Luynes teaching hospital unit in Tours France, we conducted a study to check that our selection criteria were in agreement with the admission criteria defined at the time the unit was created. We also wanted to learn more about the pertinence of these criteria. This study was conducted prospectively from December 31, 2007 to March 31, 2008. Whenever the unit had a bed for a new patient, the physicians used an evaluation grid to admit a new patient. We found that the selection criteria actually applied in the real life situation were in agreement with the criteria established when the unit was instituted. The three main criteria were poorly controlled physical symptoms, psychic problems, and re-hospitalization of prior patients. Establishing selection criteria appears to be necessary to avoid the pitfall of total subjectivity. These criteria are however insufficient for decision-making. And since the so-called objectivity has its limitations, there is room for thought on what "should" be done. An important point is not only to think about "why" a decision is made, but also "how" it is made.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les unités de soins palliatifs (USP) sont un des maillons du système de santé pour prendre soin de patients en phase palliative ou terminale de maladie létale. Leur vocation est d'accueillir les patients qui ne peuvent plus être suivis à domicile, en établissement médicosocial ou dans leur service hospitalier d'origine en raison de problématiques particulièrement souffrantes ou complexes [1].

En pratique, devant l'inadéquation entre le nombre élevé de demandes d'admission et les possibilités limitées d'hospitalisation, les équipes de soins palliatifs sont amenées à hiérarchiser les demandes d'admission.

Cette démarche nécessite d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des critères de sélection.

Un peu plus d'un an après la création de l'USP de Luynes-CHRU de Tours, nous avons réalisé une étude afin de vérifier la concordance de nos critères de sélection avec les critères d'admission définis. Un autre objectif de l'étude était de réfléchir sur la pertinence de ces critères.

Préambule

L'USP de Luynes-CHRU de Tours a été créée dans le cadre d'un partenariat entre l'hôpital de Luynes, le CHRU de Tours et le réseau régional de soins palliatifs de la région Centre. C'est la seule unité de soins palliatifs de la région Centre. Sa capacité d'accueil est de dix lits. Elle est située dans un hôpital gériatrique à dix kilomètres du CHU de Tours.

L'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Tours est une équipe distincte de celle de l'USP. Les deux équipes travaillent en étroite partenariat, notamment par un système de gardes et d'astreintes. Il en est de même de l'équipe d'appui départementale du département. Toutes ces équipes sont des partenaires privilégiés de l'USP mais leurs responsables ne participent pas directement à la sélection des patients. En effet, nous avons préféré scinder les responsabilités décisionnelles afin que les équipes mobiles ne soient pas instrumentalisées par les services référents à des fins de placement de patients.

Dès la création de l'USP, des critères d'admission ont été définis et présentés aux services ou aux médecins susceptibles d'adresser des patients. Ces critères sont directement inspirés de ceux proposés par le ministère de la Santé et des solidarités dans la circulaire DHOS du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs [1]. Cinq critères sont identifiés :

- symptômes physiques rebelles (douleur, dyspnée, occlusion...);
- souffrances psychiques du patient ou de son entourage;
- hospitalisation de répit (épuiement de l'entourage ou des équipes soignantes);
- problématiques éthiques (pertinence d'initier, de poursuivre ou d'arrêter des traitements spécifiques ou des traitements de suppléances des fonctions vitales, demande de sédation ou d'euthanasie...);
- demandes émanant d'une autre équipe de soins palliatifs du réseau régional.

Parallèlement à l'édiction de ces critères, un dossier d'admission a été confectionné. Il présente aux équipes les objectifs et les modalités d'hospitalisation en USP. Il permet de recueillir les renseignements les plus exhaustifs possibles

Tableau 1 Grille d'évaluation.
Evaluation grid.

Nom du patient		
Critères d'admission	Critère décisionnel principal	Autres critères décisionnels
<i>Signes physiques</i>		
Douleur	7	11
Dyspnée	1	5
Confusion	1	1
Pansements douloureux		
Patient présentant une pathologie non cancéreuse	3	
Autres		6
<i>Problématique psychique du patient</i>		
Dépression (déli)	3	6
Anxiété/angoisse	1	2
Insomnie		1
Refus de vivre/envie de mourir		
Patient jeune		1
Patient ayant des enfants en bas âge		
Isolement social du patient	2	3
<i>Problématique psychique de l'entourage</i>		
Épuisement	3	2
Dépression		
Fragilité psychique	1	5
Anxiété/angoisse de l'accompagnant		3
Épuisement du médecin traitant		
Refus de prise en charge au domicile		1
<i>Problème éthique</i>		
Demande d'euthanasie	1	
Demande de sédation		
Limitation/arrêt de traitement		3
Préciser		
Refus de traitement		
Préciser		
<i>Réseau de soins palliatifs</i>		
Préciser	3	6
<i>Autres</i>		
Réseau relationnel personnel d'un des médecins		
Réseau relationnel personnel d'un des soignants		
Patient antérieurement suivi dans l'unité	26	1
Inadaptation ou épuisement d'une structure hospitalière ou d'une EHPAD		
Pas d'autre demande objective jugée pertinente	2	2
Probable hospitalisation. Courte durée	1	
<i>Critères de refus</i>		
Situation similaire dans le service		
Préciser		
Épuisement de l'équipe soignante		
Incompatibilité PEC avec court séjour	3	
Doutes sur véracité dossier	3	
Autre demande plus pertinente	30	

sur la situation clinique, psychique et sociale du patient et de son entourage. En complémentarité de ce recueil de données, un des membres de l'équipe de l'USP entre en contact par téléphone chaque semaine avec les cadres des services ou les médecins référents pour actualiser les renseignements.

Méthodologie

L'étude a été réalisée de manière prospective entre le 31 décembre 2007 et le 31 mars 2008. Chaque fois qu'il existait une possibilité d'accueillir un nouveau patient, les médecins de l'USP remplissaient pour chaque dossier d'admission une grille d'évaluation (Tableau 1). Cette grille a été réalisée de manière empirique par les membres de l'équipe médicale. Elle tend à préciser les cinq critères pré-définis, mais intègre aussi d'autres données que nous souhaitions évaluer. Par exemple, quelle place ont des critères tels que la durée probable de l'hospitalisation en USP (nous nous demandions en effet si la tarification à l'activité influençait la prise de décision), la perception d'un épuisement de l'équipe soignante (qui ferait éventuellement accepter des patients moins lourds en soins), l'existence d'un lien relationnel préexistant entre un patient et un soignant...

Au moment de remplir une grille préimprimée, les médecins devaient mentionner leurs critères décisionnels en distinguant un critère de sélection majeur et un ou plusieurs critères de sélection mineurs (maximum 3).

L'existence concomitante d'une demande plus pertinente pouvait invalider temporairement une demande d'admission. Le dossier était alors réexaminé ultérieurement. Un même dossier pouvait donc faire l'objet de plusieurs prises de décision intitulées « premier, deuxième ou troisième temps décisionnels ».

Au terme des trois mois, l'exploitation des données (comparaison simple) a permis de mettre en relief les résultats suivants.

Résultats

Demandes d'admission et admissions effectives

Lors des trois mois de l'étude, l'USP de Luynes-CHRU de Tours a reçu 87 demandes d'admission dont 49 par le biais du dossier d'admission. Les autres demandes se faisaient suite à des entretiens oraux avec des médecins ou entraînaient dans le cadre de réhospitalisation ou de retour de permission de quelques jours (Tableau 2).

Sur ces 87 demandes, 20 ont été spontanément annulées par le service demandeur sans qu'une décision d'admission ou de refus n'ait été prise. Cela pouvait être dû à l'impossibilité de transférer le patient du fait de l'aggravation de la maladie, à la survenue d'un décès ou à une réorientation (Tableau 2).

Au total, 52 admissions ont été réalisées dont 18 dans le cadre de retour de permission (Tableau 2). Cinquante-neuf pour cent des demandes initiales d'admission ont donc été suivies d'admission effective à l'USP. Si l'on ne prend pas en compte les retours programmés du domicile, 39 % des

Tableau 2 Demandes d'admission étudiées entre le 31 décembre 2007 et le 31 mars 2008.
Admission requests studied from December 31, 2007 to March 31, 2008.

<i>Demandes d'admission</i>	87
Demandes sur dossier	49
Demandes sans dossier (orales)	11
Demandes de réhospitalisation	9
Retours de permissions	18
<i>Demandes annulées</i>	20
Autre orientation	
EHPAD	1
Lits dédiés soins palliatifs secteur privé	2
Maintien au domicile	1
Phase terminale	3
Patient décédé	6
Stabilisation	2
Non renseigné	5
<i>Admissions effectives</i>	52
Dont retour de permissions	18

demandes initiales d'admission ont été suivies d'un transfert en USP.

Délai entre la demande, la prise de décision et l'admission

Le délai moyen entre la date d'une demande d'admission et le premier temps décisionnel est de 3,7 jours. Si l'on retire les demandes directes pour lesquelles un accord de principe peut être donné immédiatement par téléphone (demandes de médecins traitants, demandes émanant des différentes équipes du réseau) et les demandes de réhospitalisation, le délai moyen est alors de 6,6 jours.

Le délai moyen entre la date d'une demande d'admission et la date effective d'admission est de 4,9 jours. Si l'on ne tient pas compte des retours de permission le délai moyen est alors de 7,4 jours.

Critères d'admission

Si l'on se réfère aux critères d'admission principaux, l'admission a été justifiée par des symptômes physiques (13,7%), car le patient était antérieurement suivi par l'USP (29,8%), par des problématiques psychiques du patient (6,9%) ou de son entourage (4,6%), dans le cadre du réseau de soins palliatifs (3,4%), pour un questionnaire éthique (1,1%)^{6,7}.

⁶ Soit un total de 59% auquel il faut ajouter les 41% totaux de refus (7% de refus définitifs et 34% de demandes mises en attente).

⁷ Le calcul qui prendrait en compte critères majeurs et mineurs est plus compliqué dans la mesure où les grilles n'ont pas toutes été remplies suivant le même nombre de critères chacune (pour certaines, seul le critère décisionnel principal était coché).

Critères de refus

Sur le plan quantitatif, le principal critère décisionnel mentionné est un critère de refus :

- six demandes ont été refusées de manière définitive. Dans certains cas, la situation décrite relevait plus de lits de suite ou d'EPHAD que de court séjour ; dans d'autre, il existait des doutes sur la véracité des informations mentionnées (éléments contradictoires concernant la quantification du pronostic ou les possibilités d'accueil du patient par l'entourage en cas de stabilisation de la maladie) ;
- trente demandes ont été mises en attente, soit 34 % des demandes d'admission (Tableau 1). Dans ce cas, la demande avait reçu un accord de principe mais n'apparaissait pas prioritaire au vu des autres dossiers évalués simultanément.

Parmi ces demandes « mises en attente », 15 ont été reportées une fois, six l'ont été deux fois et neuf demandes ont été reportées trois fois ou plus. Un tiers de ces demandes a finalement abouti à une hospitalisation au sein de l'USP. Pour d'autres, le temps qu'une place se libère au sein de l'USP, la situation du patient s'était modifiée et la demande n'apparaissait plus pertinente (patient en phase terminale, patient décédé).

Discussion

La tendance habituelle est de considérer qu'« il est difficile de faire hospitaliser un patient dans une USP » et que « lorsque c'est possible, c'est souvent trop tard ». Cette étude nuance ces postulats sans pour autant les infirmer. En effet, 59 % des demandes d'admission ont été honorées. L'intervalle de temps entre le moment de la demande et le transfert du patient est relativement court puisqu'il est approximativement d'une semaine. C. Zender, lors de l'étude réalisée à l'USP du groupe hospitalier diaconesse Croix Saint-Simon retrouvait des résultats différents puisque 11 % des admissions étaient honorées dans leur unité et 32 % dans d'autres USP [2]. Ces données seraient à confirmer par d'autres études car elles dépendent de l'offre et de l'organisation des soins palliatifs selon les régions.

Cette étude retrouve une adéquation entre les critères de sélection effectivement mis en œuvre et les référentiels choisis lors de la création de la structure.

Les trois principaux critères sont les symptômes physiques mal contrôlés, les problématiques psychiques et les réhospitalisations de patients précédemment suivis.

Les admissions à la demande du réseau de soins palliatifs ou pour des problèmes éthiques, bien que numériquement faibles (4,5 % des admissions) apparaissent dans les faits très pertinentes. C'est dans ces situations que l'USP apparaît le plus une structure de recours et que sa compétence pratique est sollicitée. Le critère hospitalisation de répit n'a pas été directement mentionné. Il recouvre probable-

ment les situations d'épuisement ou de fragilité psychique de l'entourage.

La douleur, comme critère principal ou associé à d'autres symptômes, reste une des priorités de prise en charge. J. Bestall retrouvait de similaires résultats [3] avec une méthodologie différente. En effet, son étude prenait davantage appui du point de vue des médecins qui adressent un patient en USP que sur celui de ceux qui prennent la décision de l'admettre.

L'âge

ne ressort pas comme un critère d'admission prioritaire. Nous ne retrouvons donc pas la distinction mise en évidence par A. Dubreuil au cours de son travail de recherche [4]. Pour cet auteur, les USP proches des services de soins aigus accueilleraient plus de patients jeunes et atteints de cancer que les USP proches des services de soins de suite. La particularité de l'USP de Luynes-CHU de Tours, à la fois insérée dans un hôpital de gériatrie tout en étant reliée au CHU et au réseau régional de soins palliatifs, explique peut-être cette atypie.

Certains critères plus discutables comme des recommandations de l'administration ou l'appartenance à un réseau de connaissance d'un des médecins ou de soignants de l'équipe n'ont pas fait la preuve de leur fréquence, ni de leur pertinence. L'admission « par piston » ne semble donc pas de mise.

Certains critères ne sont pas évoqués. Ainsi, la provenance des patients et donc indirectement le type de pathologie dont ils souffrent n'ont pas été étudiée dans ce travail. Ce critère aurait pu être pris en compte. En effet, L. Barillet [5] comme V. Morize [6] ont montré la difficulté d'appréciation du pronostic de certaines pathologies notamment en oncogériatrie. Cela pourrait influencer certaines décisions. D'autre part, des considérations stratégiques (création de nouveaux partenariats avec certains services jusque là réservés vis-à-vis des soins palliatifs, volonté d'élargir le recrutement à des patients présentant d'autres pathologies que le cancer...) peuvent influencer les décideurs.

De même, les critères relatifs à la poursuite et à l'arrêt des traitements spécifiques (chimiothérapie, radiothérapie) ou de supports (alimentation artificielle, transfusion, VNI, respirateur...) ne sont pas évoqués. C'est probablement dû au choix qu'a fait l'USP de Luynes-CHU de Tours d'accueillir des patients à différents stades de leur maladie même s'ils bénéficient de traitements spécifiques ou de support. Ce choix n'est pas entériné par toutes les USP et ces critères sont souvent discriminants.

Il est assez difficile de comparer ces résultats à ceux retrouvés dans la littérature car ces derniers sont souvent présentés sous une forme synthétique. Ainsi M. Bennett propose comme typologie de patients à admettre en USP ceux qui ont une « maladie active, évolutive et avancée en phase palliative terminale et dont les besoins sont considérés comme extraordinaires [7]. » Peu importe que le point d'appel soit la douleur, la dyspnée ou la souffrance psychologique. Ce qui est mis en évidence est l'extraordinaire d'une situation. Ce flou sémantique est légitimé car l'évaluation de la situation est faite par les acteurs de soins palliatifs eux-mêmes.

C'est ce même souci de synthèse qui semble avoir animé le travail d'A. Dubreuil [4]. Elle reprend d'ailleurs

en partie, dans sa conclusion, l'argumentaire de M. Bennett. Elle nuance cependant son propos en introduisant, en parallèle de ces hospitalisations de « confort », la notion d'« hospitalisations de répit », en situation de crise, « quels que soient le type de la pathologie et le stade d'évolution de la maladie ».

Il serait intéressant, dans un travail ultérieur, de réaliser une étude comparative entre différentes USP selon une méthodologie plus rigoureuse, avec un recueil et une exploitation de données plus précis. Nous aurions pu notamment exploiter davantage les résultats des grilles en comparant les différents critères décisionnels : mineurs et majeurs.

Réflexion sur la pertinence des critères de sélection

Si nous réfléchissons plus largement à la problématique de la sélection des patients en USP, l'édiction de critères nous semble une condition à la fois nécessaire mais pas suffisante pour assurer une pratique, si possible « bonne ».

Elle est nécessaire car les critères évitent de sombrer dans un subjectivisme complet où se mêleraient bonnes intentions, empathie pour un patient, réseau relationnel, mécanisme de défense, protection de l'équipe, intérêt financier... Puisqu'il y a des exclus, il est important de pouvoir argumenter ses choix. Le premier impératif catégorique kantien nous le rappelle : « Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu puisses vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle » ainsi que la maxime « ce que nous ne pouvons écrire publiquement, nous savons que ce n'est pas le bien » [8]. Ces règles morales peuvent limiter la violence de choix d'autant plus arbitraires qu'ils ne sont pas formulés. L'effort d'argumentation est un pas vers l'équité. Cette vigilance apparaît d'autant plus justifiée que les contraintes de la T2a entraînent des conduites pernicieuses, voire perverses.

Cependant, si l'édiction de règles est souhaitable, leur transgression est possible car la singularité d'une situation peut l'emporter sur la règle commune. Ainsi, au-delà des critères de sélection, demeure-t-il une place pour les « vieux dont personne ne veut », les « ORL qui mettent des semaines à mourir » ou les SDF ? Les exclus que fomentent notre système de santé sont légions.

Mais les critères ne sont pas suffisants pour fonder une décision car la souffrance n'est pas quantifiable.

Comme le souligne Paul Ricœur, la souffrance est « la retraite ultime de la singularité. La quantification des degrés de souffrance est une absurdité, n'en déplaise aux tenants des échelles de qualité de vie ou aux évaluateurs à tout craindre » [9].

Puisque la règle commune ne vaut pas et que la prétendue objectivation a ses limites, la réflexion sur le « comment faire » a toute sa place. Ce n'est pas seulement « au nom de quoi l'on décide » qui est à prendre en compte. C'est aussi « comment l'on décide ».

Chaque équipe pourrait faire sa propre analyse. Dans notre expérience, quelques points peuvent être énoncés.

Ce ne sont pas des recommandations puisque les cadres de pratiques varient.

Dans notre expérience, nous tirons bénéfice d'une relative scission entre le recueil des données et la décision. Ainsi, afin de laisser aux décideurs une relative indépendance dans leur choix, la demande d'admission est en premier lieu étudiée par un membre de l'équipe chargé de communiquer avec les services demandeurs. Ce dernier est le premier interlocuteur auquel s'adressent les différents services hospitaliers. Par les liens qu'il a créés, il peut compléter, recevoir d'autres éléments plus aisément transmissibles oralement, réactualiser, sans être soumis à des pressions extérieures. En effet, il n'a pas la responsabilité stricto sensu de la décision. Cette dernière est prise dans un deuxième temps par les médecins de l'équipe, qui, eux, ont à rendre compte, rationnellement, de leur choix.

Une autre piste, pour avancer vers le meilleur ou le moins mauvais choix, est de favoriser, dans la mesure du possible, une délibération à plusieurs, issus si possible de professions différentes. Cette contrainte n'est pas toujours facile à tenir mais semble un atout pour le discernement.

Enfin, une relecture des conséquences de ces choix serait souhaitable. Elle n'est pas toujours possible car parfois, nous ignorons ce qu'est devenu le patient exclu. Cependant, apprécier en rétrospectif la pertinence d'une hospitalisation peut permettre d'affiner sa pratique délibérative. De courtes études, comme nous l'avons mené, peuvent aussi apporter des informations intéressantes.

Enfin, nous plaçons pour que les questions que nous portons et les choix que nous assumons puissent être exposés de manière publique. L'idée est de rendre compte de nos actions et d'informer la société sur le fonctionnement réel des institutions de soins. Cette mise à jour de nos pratiques peut être faite notamment lors des conseils de pôle, des commissions médicales d'établissement, mais surtout lors des conseils d'administration.

Beaucoup de nos concitoyens ont une visée naïve du système de santé, l'imaginant comme une instance répondant en permanence, de manière durable et avec compétence, aux besoins, voire aux désirs des personnes souffrantes. La réalité est autre. Nombre de besoins, notamment en termes d'accueil, de soins, d'hébergement, d'attention et de reconnaissance des personnes vulnérables ou dépendantes ne sont pas assurés. Ce constat interroge les visées de l'organisation actuelle du système de soins, les priorités définies, les choix faits de manière implicite ou explicite. À enveloppe budgétaire limitée, ce n'est pas la règle du « toujours plus » qui doit prévaloir. C'est plutôt, le souci d'une juste répartition des richesses selon des critères qui respectent l'humanité des personnes soignées. Si ces questions de fond ne sont pas publiquement et politiquement discutées, il est à craindre que les soignants aient à assumer des choix au sein d'un système de santé dont ils contestent les fondements. Ce serait normalement la tâche du politique de construire, en vérité, un débat public sur les systèmes de santé.

Conclusion

La pratique soignante, notamment médicale, comporte des aspects cachés, obscurs, peu avouables publiquement,

déconcertants dans une société tentée par le légalisme et le consumérisme du soin. La sélection des patients est la face sombre de la figure médicale. Pourtant la sélection des patients est dans les us de tous les services de soins. Toutes les unités, notamment de spécialité, sélectionnent les patients. Les USP n'échappent pas à ce travers peu enviable.

Si les médecins, dans leur ensemble, ne se saisissent pas de cette délicate question, il est à craindre que les choix ne soient faits par d'autres instances. Les critères financiers domineront. Le « bon malade » sera celui, soit que l'on peut infiniment objectiver et appareiller par le prisme technoscientifique, soit celui valorisé financièrement selon les modes du jour.

Plutôt que de fuir uniquement dans l'illusion d'une réponse accrue à des besoins infinis que médecine et société dans une dialectique immature ne cessent d'accroître, il est de notre responsabilité de se confronter directement, honnêtement et publiquement à nos dilemmes. L'obscurité est la porte ouverte à l'iniquité.

Si la détermination de critères de sélection est une approche nécessaire, l'édiction de procédures de délibération en est une autre, complémentaire.

Le choix restera incertain, mais au moins, nous pourrons rendre compte de notre visée du bien et continuer d'assumer notre responsabilité soignante et citoyenne pour la personne soignée, mais aussi pour l'exclue.

Références

- [1] Circulaire DHOS n° 02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Document édité par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.
- [2] Zender C. De la demande d'admission à l'accueil en unité de soins palliatifs : un parcours aléatoire 11e congrès national de la SFAP, 2005 p. 150 (<http://www.sfap.org/pdf/VI-D5a-pdf.pdf> [consulté en janvier 2009]).
- [3] Bestall J. Access and referral to specialist palliative care: patients' and professionals' experiences [Accès et orientation vers les soins palliatifs : expériences de patients et de professionnels]. *Int J Palliat Nurs* 2004;10:381–9.
- [4] S Dubreuil F A. Décider d'admettre un patient en unité de soins palliatifs (USP) : à propos d'une enquête nationale d'opinions des médecins responsables des unités de soins palliatifs. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2005, p. 110.
- [5] S Barrelet F L. Difficultés des admissions en unités de soins palliatifs. Centre de bioéthique, institut de recherches cliniques de Montréal. 199, p. 39–43.
- [6] Morize V. Palliative care: are we talking about the same patients? [Soins palliatifs : est-ce que nous parlons des mêmes patients?]. *Palliat Med* 2002;16:65–6.
- [7] Bennett M. Leeds eligibility criteria for specialist palliative care services [Critères d'admission de la ville de Leeds pour les services spécialisés en soins palliatifs]. *Palliat Med* 2000;14:157–8.
- [8] Kant E. Métaphysique des moeurs, 1 Fondation, [traduction Alain Renault]. Paris: Garnier-Flammarion; 1999.
- [9] Ricoeur P. Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit* 1992:21–33.