



23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS



# La médecine du tri en mouvement Exemple des soins palliatifs



Roger Thay

Thay.roger@gmail.com



Absence de liens d'intérêt



Extrait du carnet de terrain mercredi 22/07/2020

Unité de soins palliatifs des Diaconesses

« 12 patients sont actuellement hospitalisés, les deux patients les plus jeunes du service sont décédés hier et avant-hier, dont celui particulièrement difficile de Mme G. L'entrée du jour est déjà prévue cet après-midi, nous avons donc la possibilité de réaliser une nouvelle entrée demain.

Trois patientes se démarquent parmi la pile de demandes, pour chacune d'entre elles nous avons été interpellés soit par les équipes qui s'occupent d'elles, soit par leur entourage.



## 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS



- Mère de 3 enfants en bas âge
- Vit à proximité de l'USP



- Patiente connue suivie en HDJ
- AVC, actuellement aux urgences, sa fille nous sollicite directement



- Patiente également connue, déjà hospitalisée une première fois
- Extrêmement douloureuse



Trois patientes atteintes d'un cancer multi métastasé en phase palliative. Toutes trois ont besoin d'une hospitalisation en USP et toutes trois répondent aux critères d'hospitalisation en USP. Nous devons en choisir une pour demain. »



## Plan

Éléments de contexte, hypothèse et objectif

Méthodes d'explorations

Résultats:

- Les différents niveaux de la médecine du tri

- Organisation de la sélection au niveau des services

Conclusion



## Eléments de contexte



Sous la direction de

**Guillaume Lachenal**  
**Céline Lefève**  
**Vinh-Kim Nguyen**

## **LA MÉDECINE DU TRI**

*Cahiers du Centre Georges Canguilhem n°6*

**Histoire, éthique,  
anthropologie**

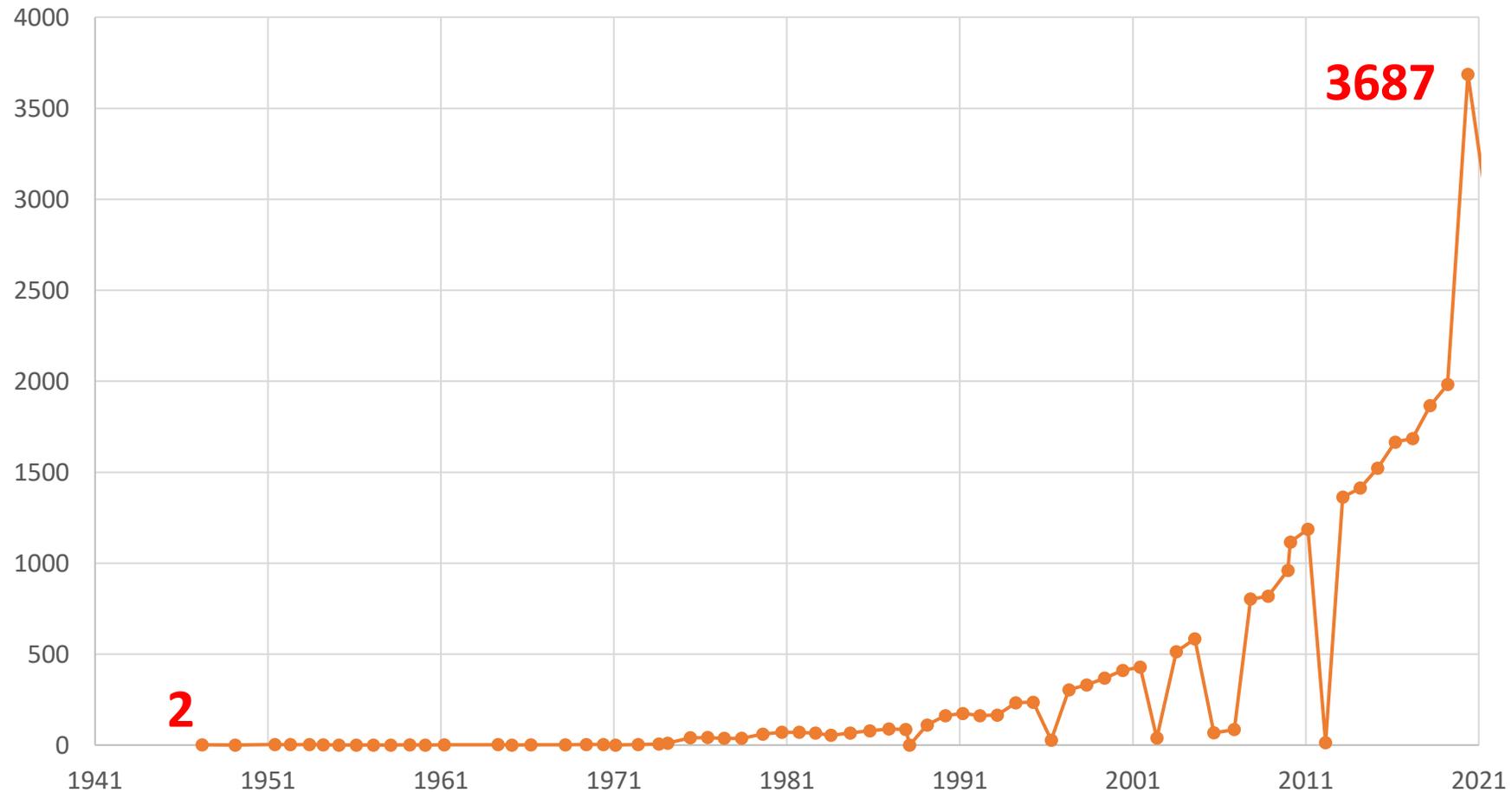
SCIENCE  
& HISTOIRE  
SOCIÉTÉ **puf**

Travail qui s'inscrit dans une question de recherche qui émerge



# 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS

Nombre d'articles relatifs au "triage" dans la base de données Pubmed





## TRIBUNE

**Philippe Bizouarn**

Médecin anesthésiste-réanimateur,  
CHU de Nantes

### **Coronavirus : « Dans un contexte de ressources rares et face à l'arrivée massive de patients, un tri pourrait se faire »**

Médecin anesthésiste et réanimateur, Philippe Bizouarn revient, dans une tribune au « Monde », sur les choix qu'auront éventuellement à faire les médecins pour décider quels patients pourront être traités en priorité. Les règles employées devront être expliquées en toute transparence.

Publié le 20 mars 2020 à 13h21 - Mis à jour le 20 mars 2020 à 14h22 | 🕒 Lecture 5 min.

### **Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19**

Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al.  
Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med. 23 mars 2020.



# Tri et triage

Processus qui attribue à un.e patient.e ou un groupe de patient.e.s, une prestation de santé donnée, dans un contexte où plusieurs parcours sont possibles

| Grille Evaluation Malade Admission Usp   |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>A Critère absolu</b>  |  |  |  |
| Oui  | Maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale avec arrêt des traitements à visée curative |  |  |
| <b>B Evolutivité</b>   |  |  |  |
| 10   | Aggravation récente avec troubles de conscience liés à la maladie  |  |  |
| 5  | Aggravation récente sans troubles de conscience  |  |  |
| 1  | Pas d'aggravation  |  |  |
| <b>C Douleur</b>   |  |  |  |
| 10   | Non contrôlée malgré un palier III   |  |  |
| 5  | Contrôlée par un palier III  |  |  |
| 1  | Bien contrôlée par un palier I ou II / ou pas de douleur   |  |  |
| <b>D Symptôme physique majeur lié à la pathologie autre que la douleur</b>       |  |  |  |
| 10   | Non contrôlé(s), rebelle(s) / ou multiples (≥ 3) ou risque majeur  |  |  |
| 5  | Mal contrôlé(s) ou en aggravation / ou ≥ 2   |  |  |
| 1  | Bien contrôlé(s) / ou pas de symptôme majeur d'inconfort   |  |  |
| <b>E Souffrance psychologique du patient</b>                                     |  |  |  |
| 10   | Dépression ou angoisse majeure ou désir de mort  |  |  |
| 5  | Anxiété, tristesse ou agressivité ou agitation   |  |  |
| 1  | Absence  |  |  |
| <b>F Problème éthique formulé par le patient</b>                                 |  |  |  |
| 10   | Demande d'euthanasie, de sédation, d'arrêt des traitements vitaux  |  |  |
| 5  | Ambiguïté dans la demande d'arrêt des soins  |  |  |
| 1  | Pas de demande formulée  |  |  |
| <b>G Charge en soins infirmiers et/ou geste technique</b>                        |  |  |  |
| 5  | Soins complexes / ou à renouveler > 3 / j  |  |  |
| 3  | Soins à effectuer 1 à 3 / j  |  |  |
| 1  | Soins de base uniquement (toilette, aide à s'alimenter)  |  |  |
| <b>H Indice de Karnofsky ou score OMS</b>  |  |  |  |
| 5  | IK ≤ 30 % ou OMS = 4 (dépendance totale)   |  |  |
| 3  | IK entre 31 à 49 % ou OMS = 3 (dépendance partielle)   |  |  |
| 1  | IK ≥ 50 % ou OMS 1 ou 2 (ambulatoire)  |  |  |
| <b>I Provenance du patient</b>   |  |  |  |
| 5  | Domicile   |  |  |
| 3  | Transfert interne, service porte ou urgences   |  |  |
| 1  | Hopital, clinique privée, soins de suite   |  |  |
| <b>J Entourage familial</b>  |  |  |  |
| 5  | Epuisement ou souffrance de l'entourage ou isolement au domicile   |  |  |
| 3  | Entourage familial en difficulté / présence discontinue  |  |  |
| 1  | pas de problème signalé  |  |  |
| <b>K Situation sociale</b>   |  |  |  |
| 5  | sans ressource, sans domicile fixe ou sans papier  |  |  |
| 3  | Difficultés financières, domicile non adapté   |  |  |
| 1  | Pas de problème signalé  |  |  |
| <b>TOTAL / 75</b>  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Un total ≥ 30 signifie qu'il existe des critères objectifs à un transfert en USP |  |  |  |

## Sélection

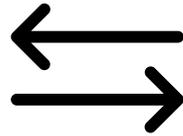
La sélection en est une variante, parmi un groupe de patient.e.s, elle va consister à choisir celle ou celui qui bénéficiera de la prestation de santé





## Objectif princeps du triage

BESOIN

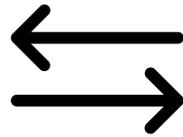


RESSOURCE



## Objectif princeps du triage

**BESOIN**



**RESSOURCE**



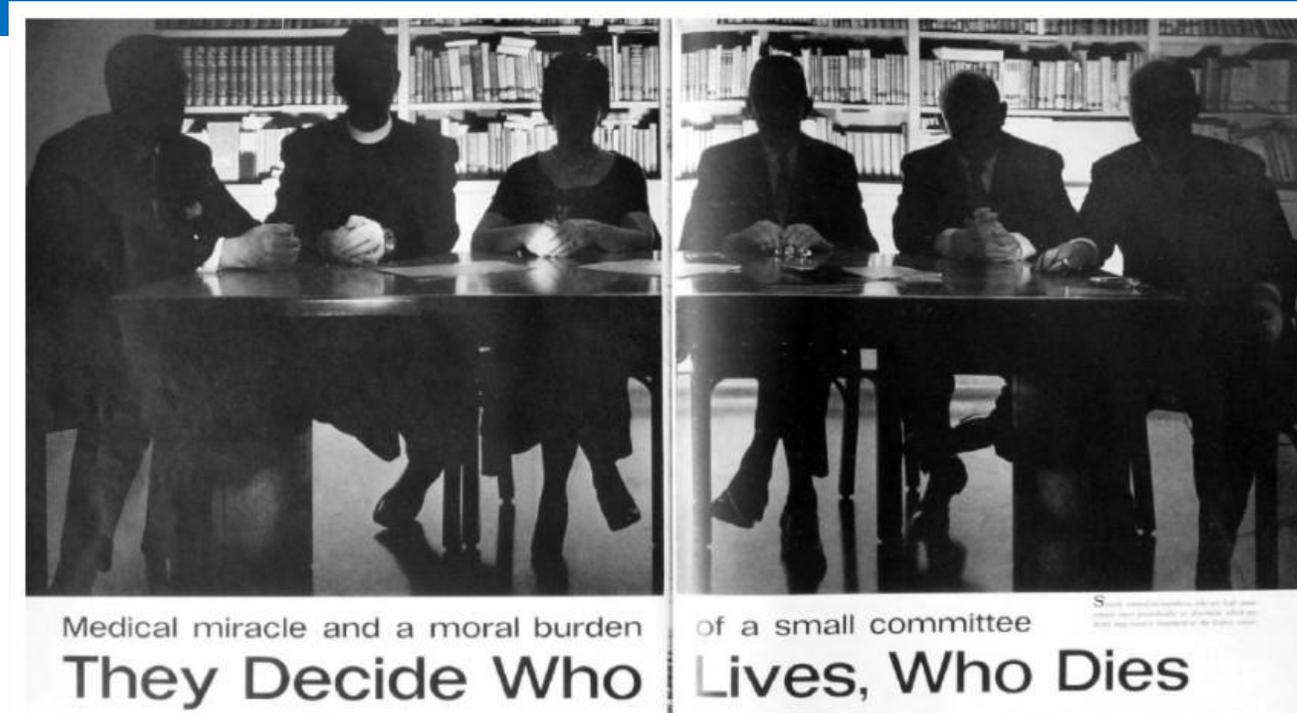
## Contexte historique



Portrait de Dominique-Jean Larrey par  
Anne-Louis Girodet-Trioson  
Paris, Musée du Louvre



## 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS



Comité composé d'un avocat, un homme d'église, une femme au foyer, un banquier, un leader syndical, un représentant de l'Etat et un chirurgien.

Critères non médicaux: le statut familial, la stabilité émotionnelle, la profession, les revenus, les « potentialités futures ».

# Questionnement éthique



## La sélection de patients en USP

En 2018,

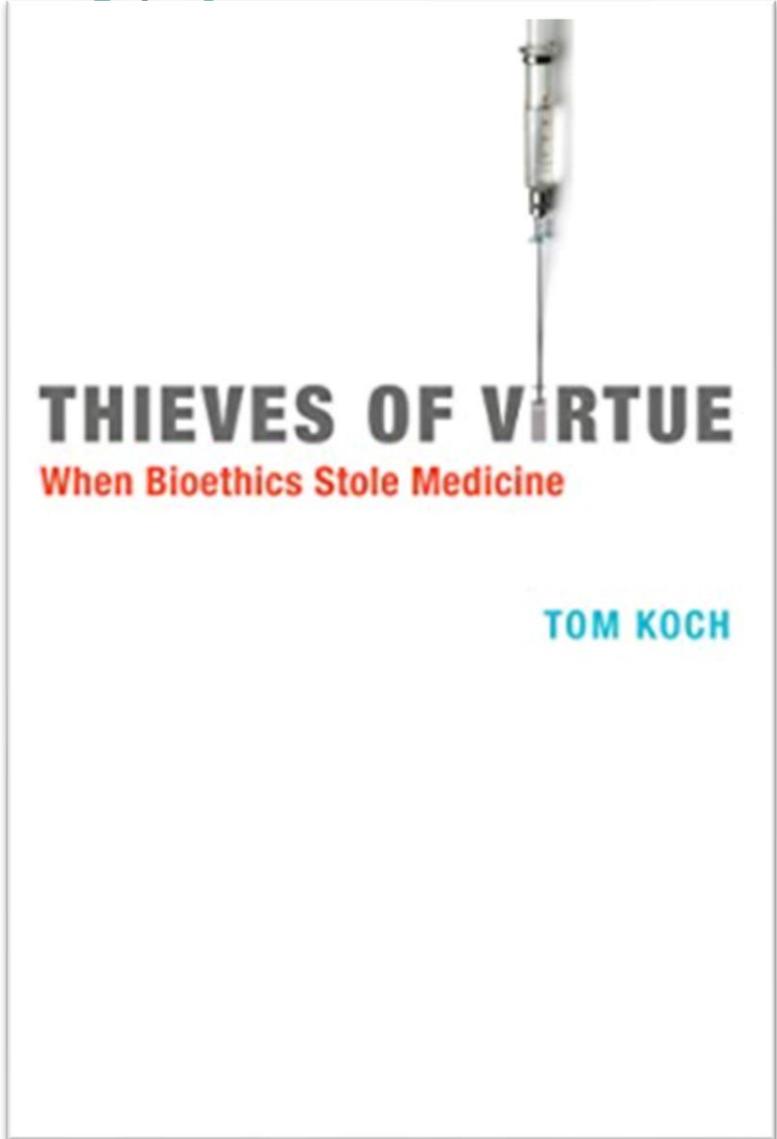
USP Cognacq-Jay (Paris 15): 1 demande sur 3 aboutit à une hospitalisation

USP Diaconesses (Paris 12): 1 demande sur 6



### CONSTATS :

- Pratiques de choix plutôt hétérogènes
- Les textes réglementaires précisent des critères larges
- La littérature détermine des critères biomédicaux
- Ces critères ne sont pas suffisants

The book cover for 'Thieves of Virtue' by Tom Koch features a vertical syringe in the center. The title 'THIEVES OF VIRTUE' is in large, bold, black letters, and the subtitle 'When Bioethics Stole Medicine' is in smaller, red letters below it. The author's name 'TOM KOCH' is in blue at the bottom right.

## THIEVES OF VIRTUE

When Bioethics Stole Medicine

TOM KOCH



Comment les canots de sauvetage ont-ils été attribués ?

Comment le nombre de canots de sauvetage a-t-il été décidé ?

Pourquoi n'y en avait-il pas assez ?

**La rareté est construite**



## Hypothèse :

Le choix d'un.e patient.e en USP est le résultat de multiples décisions d'amont.

Nécessité d'élargir le champ d'étude

> HUMANITES MEDICALES

**Le « continuum » de triage et de sélection :**

plusieurs niveaux de régulation de la population, plusieurs échelles à prendre en compte pour saisir le fonctionnement et les enjeux de la sélection des patient.e.s.



## Objectif

Explorer le continuum de triage et de sélection de la prestation de santé

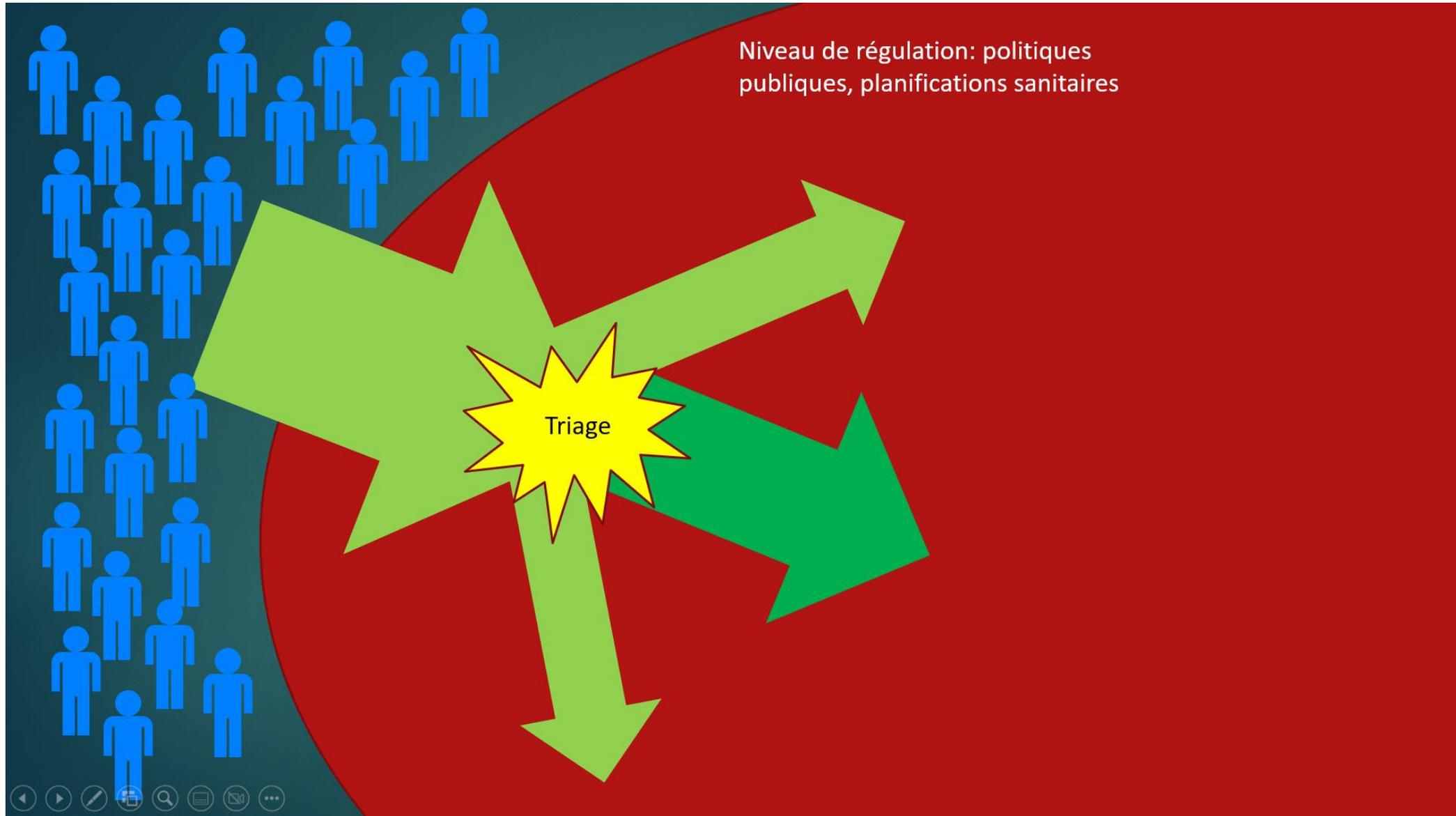
« Hospitalisation en unité de soins palliatifs »



# Méthodes d'explorations



# 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS





# 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS

**HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
D'ACCOMPAGNEMENT  
ET DE SOINS PALLIATIFS**



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS**

## Soins Palliatifs



**ASSOCIATION  
POUR LE DROIT  
DE MOURIR DANS  
LA DIGNITÉ.**



**AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION**



**PLAN NATIONAL  
2015 - 2018**

**pour le DEVELOPPEMENT  
des SOINS PALLIATIFS  
et l'ACCOMPAGNEMENT  
en FIN DE VIE**



Inspection générale  
des affaires sociales

Evaluation du plan national 2015-2018 pour  
le développement des soins palliatifs et  
l'accompagnement en fin de vie

**RAPPORT  
TOME 1**

Édité par

Dr Nicole BOBIC      Dr Francis FELLINGER  
Marianne SAILLÉ      Louis-Charles VERDEYAT  
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

juillet 2019 -  
2019-1408





# 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS

## EXPLORER Les politiques publiques



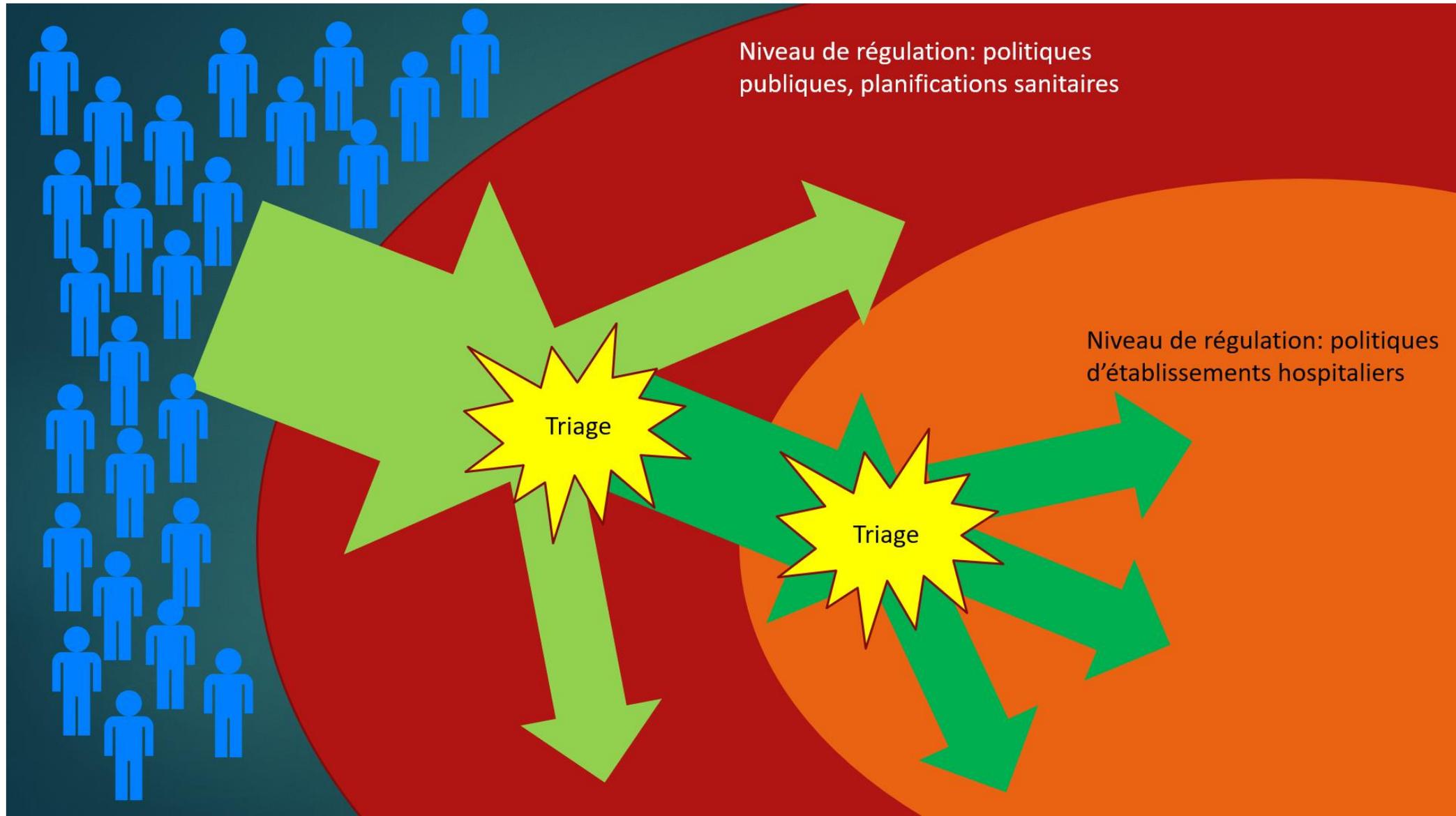
ETUDES DE DOCUMENTS  
STRUCTURANT LA DISCIPLINE



ENTRETIENS OUVERTS



# 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS





# Explorer les positionnements des établissements hospitaliers



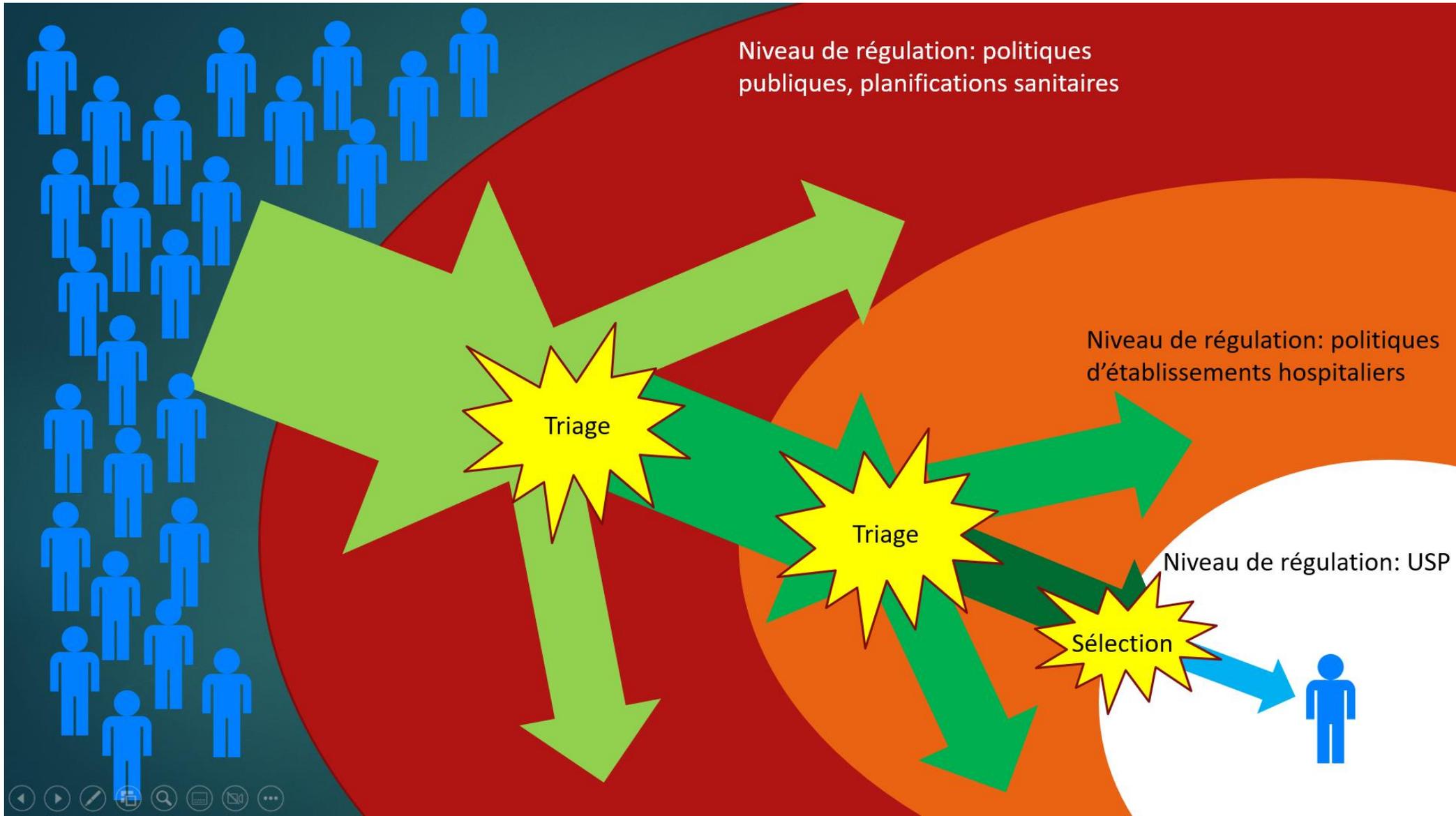
16 interlocuteurs dont 13 directeurs d'établissements, et 3 membres de direction, d'un établissement de santé disposant d'une USP  
5 établissements publics, 4 établissements privés, 7 établissements associatifs



10 référents ARS en soins palliatifs correspondant à 10 régions différentes



# 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS





### Explorer les TERRAINS de la sélection – DEUX Unités de soins palliatifs



- ▶ USP de 25 lits
- ▶ 2 lits d'hôpital de jour
- ▶ Equipe mobile de soins palliatifs
- ▶ Consultations



- ▶ USP de 36 lits



# Résultats



## La médecine du tri : résultats

### Santé publique

- 1.Tri conceptuel
- 2.Tri systémique

### Au niveau intermédiaire

- 3.Tri géographique
- 4.Tri de flux

### Au sein des services

- 5.Sélection



# 1. Tri conceptuel

- Une origine
- Une norme en mouvement



## Origine du tri

Emergence du segment des soins palliatifs en France –  
Regard sociologique

*Michel Castra*

### Bien mourir

Sociologie des soins palliatifs



LE LIEN SOCIAL

puf



## Le premier tri

- Reconnaissance et construction de besoins spécifiques en fin de vie
- Avènement d'une discipline et de son écosystème
- Création d'une identité potentielle de patient



## La construction d'une norme

- Tri réglementaire : lois et circulaires
- Logique disciplinaire : oncologie d'abord
- Discipline vs segment social : bataille culturelle vs bataille de moyens
- Valorisation financière : T2A et double borne basse



- ▶ Patient.e cancéreux.se
- ▶ à la situation complexe
- ▶ à la durée de séjour raisonnable





## Tarifification à l'activité

T2A: outil politique

Différence entre COUT et TARIF

Rôle de l'ATIH

Incitation : « surfacturation » des soins palliatifs



### Une santé qui compte ?

Les coûts et les tarifs  
controversés de l'hôpital public

Pierre-André Juven

Préface de Frédéric Pierru

**Prix Le Monde  
de la recherche  
universitaire**



## 2. Tri systémique

« pratique de priorisation, d'aucuns diraient de planification, qui mobilise des outils de mise en balance des investissements et de leurs effets, dont les critères dominants sont tour à tour épidémiologiques, économiques ou sociaux. »





## Perpétuer les inégalités structurelles d'accès aux soins

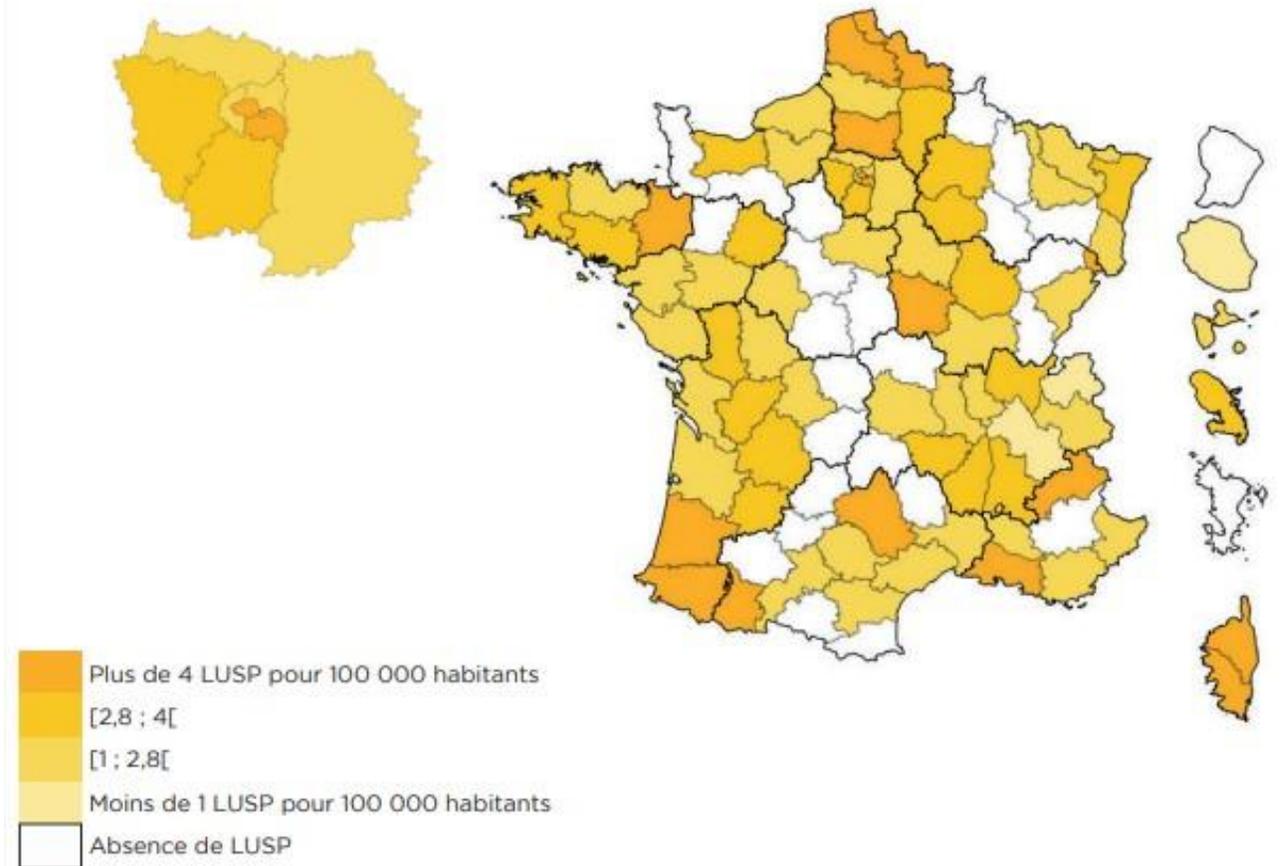
Soins palliatifs et ...

- Santé mentale
- Inégalités socio démographiques
- Inégalités socio économiques
- Situations de handicap > ?
- Orientation sexuelle et identité de genre > ?
- Inégalités ethniques > ?

## 3. Tri géographique ou de maillage du territoire

- Couple Agence Régionale de Santé - Etablissement de soin
- Décision d'implanter une USP
  - Etoffer le maillage territorial
  - Favoriser la coordination des acteurs entre eux

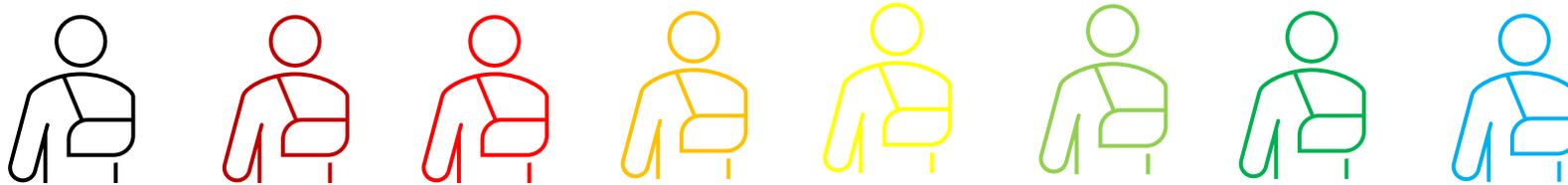
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Source : Drees, SAE, 2019, Insee 2019, exploitation CNSPFV



## 4. Tri de filières et de flux hospitaliers



Couple Etablissement de santé – chefferie de service  
Renforcer ou tarir une typologie de patient.es





## 5. Au niveau des services:

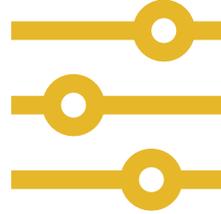
La sélection et la synthèse de différentes pressions et représentations



# 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS



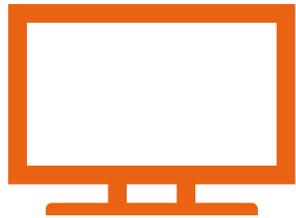
Patient soignant



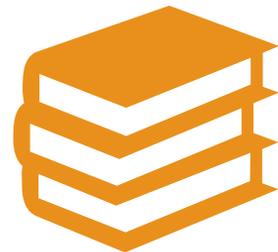
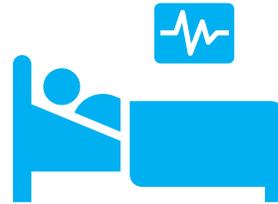
Patient candidat



Patient charge en soins



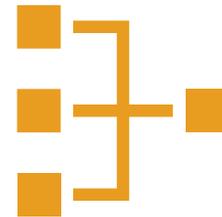
Patient média



Patient expérience



Patient économique



Patient plaidé et  
logique de réseau



## Equilibre de la charge en soins : condition du care



- Le rythme du/de la patient.e, principal prédicteur de la charge en soins
- Addition de la charge en soins de chaque patient.e
- Charge individuelle VS charge globale
- Dynamique de colloque singulier VS dynamique de gestion de salle, d'intendance
- Tension entre l'approche éthique (vie inestimable) VS l'approche gestionnaire (valeur relative d'une vie)

## L'équilibre, la condition du *care*



Effets d'une salle lourde:

priorisation des tâches instrumentales au détriment des tâches non instrumentales, se rapportant à la notion de care

Non déploiement total du care face au deuil, épuisement

Burn out, maltraitances



Effet d'une salle légère :

respiration



## La rentabilité

- Recherche de l'équilibre financier
- Patient.e.s au séjour ayant un faible profil de rentabilité contrebalancés par des patient.e.s aux séjours plus rentables
- Entrées « pour remplir »
- Entrées évitées afin de maîtriser les coûts (dialyse, molécules couteuses)



### La rentabilité

- Ambiguïté de la pression : intériorisée différemment selon les corps professionnels
- Usage différent des indicateurs pour les médecins et les administratifs
- Pression qui s'exerce au moment de la sélection et durant l'hospitalisation



## Organisation de la sélection au niveau des services: la séquence de sélection

Partager la mission / corvée : assigner la tâche, assurer le rôle de guichet

Etablir un objectif et esquisser le « patient idéal »

Lire le dossier d'admission, investir et adhérer, déminer

Répondre aux plaidoyers

Contacteur les services adresseurs



# 23ème JOURNEE D'ACTUALITES MEDICALES EN SOINS PALLIATIFS

**ETHOS**  
*Credibility*



**PATHOS**  
*Emotion*



**LOGOS**  
*Logic*





## Le refus d'un dossier



Temporisation VS refus assumé



Le coût émotionnel du refus



## Une fois admis: la pression de légitimité

« Il/Elle a toute sa place ici » VERSUS « Il/elle n'a rien à faire ici – il/elle prend la place de quelqu'un d'autre »



Concordance dossier / patient



Le coût émotionnel de l'erreur



Illégitimité et maltraitance



# Donc, Triple équilibre

- ▶ **Besoins des patient.e.s present.e.s:** conserver les conditions de prise en charge des patient.e.s déjà hospitalisé.e.s
- ▶ **Besoins du patient.e à venir :** répondre à la détresse des patient.e.s nécessitant une hospitalisation
- ▶ **Equilibre d'une unité :** pouvoir répondre aux besoins de future.e.s patient.e.s en préservant la qualité de vie au travail, condition du care
- ▶ Le ou la patient.e idéal.e est impossible à définir pour lui-même: la caractère idéal se détermine en fonction des autres patient.e.s





## Conclusion



## La médecine du tri

### Santé publique

1. Tri conceptuel : la norme comme discrimination
2. Tri systémique : inégalités d'accès en santé

### Au niveau intermédiaire

3. Tri géographique : implantation des USP
4. Tri de filières de patients

### Au sein des services

5. Sélection : synthèse des pressions externes, et existence de pressions internes



### Plusieurs constats

- Indépendance des niveaux, faible synchronisation
- Communication entre les niveaux: planification (top-down) versus mobilisation (bottom-up)
- La communauté des patients
- Nouvelle relation entre besoin et ressource
- Emancipation vis-à-vis des conditions du choix, pour exclure le moins possible



### Questions qui restent ouvertes

- Un continuum plus large encore
- L'amont des parcours patients
- Quelle liberté pour le patient ?
- (Auto-)ethnographie des autres niveaux :  
l'interdisciplinarité



Merci de  
votre  
attention

