

Sélection, tri et triage en médecine

L'austérité en fin de vie, so N.I.C.E. !

Le 19 novembre 2012

Soyons réalistes et pratiques, la vie en bonne santé a un coût ! Et la fin de vie, alors... Visiblement, c'est un sujet qui fait débat en ces temps de crise.

Ne parlons pas d'euthanasie !

Le 1^{er} octobre 2012, vingt-deux des grands organismes de soins britanniques ont signé l'accord **LCP (Liverpool Care Pathway for the Dying Patient)** pour le parcours des soins de fin de vie et déclarent adhérer au protocole mis en place par le docteur Jane Collins du Marie Curie Cancer Care, prestigieux centre de soins.

Les mots ont une importance. Parler d'euthanasie, c'est faire référence à des faits datant des années 30

du XX^e siècle... c'est mauvais pour l'image publicitaire d'un programme de soins. **Mais parler d'un parcours de soins de fin de vie dans une unité hospitalière spécialisée, ça passe déjà mieux, mais l'idée reste la même : sous prétexte de diminuer les coûts dans la santé, on écourte la vie du patient.** Soulignons que les unités de soins palliatifs sont une très bonne chose, sauf lorsqu'elles sont détournées dans des buts autres que ceux pour quoi elles ont été créées.

Voyons maintenant, les faits sur le terrain : Une infirmière relate dans le *Daily Mail* du 19 octobre 2012, la mort affreuse de sa mère de 85 ans. Carole Jones y décrit la souffrance de sa mère qui entre à l'hôpital le 25 juillet 2011, victime d'un AVC (accident vasculaire cérébral). Sous prétexte qu'elle n'aurait qu'une espérance de vie de trois jours au plus, le personnel hospitalier la débranche et l'a conduit dans une unité de soins palliatifs affiliée au parcours de soins de fin de vie du LCP. Privée

d'eau et de nourriture et saturée de morphine, Maureen Rodd mourra consciente, 12 jours plus tard, avec un regard désespéré vers sa fille.

Etonnant ensuite d'entendre la secrétaire d'État à la Santé britannique, Earl Howe, faire l'éloge du LCP lors d'une visite au Marie Curie Cancer Care au cours des discussions menant à la finalisation du projet : « *Le parcours de soins Liverpool a parfois été accusé d'être un moyen de traitement de retenue à la source, y compris pour l'hydratation et la nutrition. That is not the case. Ce n'est pas le cas. Il est utilisé pour prévenir les patients qui meurent dans la détresse car ils reçoivent des traitements ou des tests qui ne sont pas bénéfiques et qui peuvent causer plus de tort que de bien.* »



The image shows a screenshot of a news article from MailOnline. The headline reads: "My diary of mum's awful death on the Liverpool Care Pathway: Nurse's heart-rending account of how doctors decided to put her mother on 'pathway to death'". The article is by Carole Jones. The text visible includes: "As a nurse, real health should last 25 years" in prison, Carole Jones, brought her 85-year-old mother to hospital. Her mother, 85-year-old Maureen, was admitted to Addenbrooke's Hospital in Cambridge last year having suffered a stroke. She was later diagnosed with motor neuron disease. Her mother's diagnosis of motor neuron disease was confirmed by doctors, a diagnosis now known as motor neuron disease. It is a progressive disease that causes the muscles to waste away and eventually leads to death. Carole's knowledge — to place Maureen in the controversial Liverpool Care Pathway (LCP).

Angleterre : l'article qui a fait scandale en octobre après qu'une patiente ait été abandonnée sous prétexte qu'elle n'aurait que 3 jours à vivre si elle était soignée.

Le programme Nice de Tony Blair s'actualise

Un regard sur une actualité qui ne fait pas la Une de la presse. En effet, sans bruit, suite à une série d'audits auprès de représentants d'une vingtaine de pays tout au long de l'année 2011, la Conférence internationale sur le LCP (Liverpool Care Pathway) a eu lieu à la Royal Society of Medicine de Londres le 1^{er} décembre 2011. Cette conférence a réuni 200 spécialistes et professionnels internationaux de la santé pour soutenir par une série d'engagements le projet LCP du Marie Curie Palliative Care Institute.

L'initiative serait l'aboutissement d'une collaboration novatrice de 70 cliniciens, universitaires et chercheurs de neuf pays travaillant ensemble dans le but de parvenir à une meilleure prise en charge des patients en « phase terminale » de toutes les cultures au sein du projet OPCARE9. Les principaux orateurs ont été le professeur Susan Block, Harvard Medical School, USA, Lady

Christine Eames OBE, le General Medical Council, et Tom Hughes-Hallett, Marie Curie Cancer Care of Liverpool.

Après concertation entre professionnels au sein du projet, il en résulterait plusieurs « initiatives » à mettre en place. **De prime abord, il s'agit de déterminer quels sont les « signes et symptômes d'une mort prochaine ».** Tout en reconnaissant qu'il est « difficile de trouver un consensus », le groupe d'experts a mis au point une série de protocoles médicaux. Ceux-ci devraient permettre de faire des pronostics (ce qui désigne en médecine les chances de guérison) et de prendre les « décisions de fin de vie » pour le malade.

Ensuite, la « situation » du malade est approuvée après concertation du personnel médical et un protocole de « soins de fin de vie » est alors mis en place. Les soins de fin de vie impliquent souvent de prendre des « décisions éthiques difficiles » (selon l'aveu même des experts) sur l'utilisation d'une sédation profonde et / ou l'arrêt du maintien de la vie par des traitements telles que l'alimentation et l'hydratation artificielles, la ventilation, la dialyse et de ne pas tenter la réanimation en cas d'arrêt cardiaque.

Car c'est bien du programme de réduction des coûts mis en place par Tony Blair en 2003 dont il s'agit. « *Les commissionnaires peuvent être confiants car les services qu'ils achètent sont de haute qualité et rentables* » précise dans son programme **Nice (National Institut for Health and Clinical Excellence)** le NHS. La confiance est, bien entendu, un paramètre important dans une affaire financièrement rentable.

Fin de partie ou vie dans la dignité

Le 1^{er} décembre 2011, le professeur Sir Mike Richards, Conseiller national sur le cancer et la fin de vie pour le ministère de la santé britannique, a déclaré : « *Le travail de OPCARE9 a mis l'accent sur la façon dont différents pays et cultures peuvent fournir des soins aux mourants et comment une collaboration dans l'approche sur la recherche peut apporter des avantages aux patients, ici au Royaume-Uni et au-delà. Nous avons besoin de continuer à travailler entre les nations* ».

Bien évidemment, **il faudra uniformiser le programme LCP dans d'autres pays qui, comme nous le voyons malheureusement dans ces temps de crise, cherchent assidûment à réduire les coûts dans ce secteur.** Si actuellement le programme santé

d'Obama fait des ravages aux États-Unis, l'Europe, prise dans la tourmente de l'effondrement du système financier, s'engage dans des programmes suicidaires en termes d'économie hospitalière. **Déjà en Grèce ou au Portugal, les personnes de plus de 65 ans sont refoulées aux portes des établissements hospitaliers, sous prétextes que les soins sont trop coûteux passé un certain âge.**

La France n'étant pas en reste, si certains politiques et médecins appellent au Droit à mourir dans la dignité, dans la page *Débats & Opinions* du *Figaro* du 24 septembre 2012, les membres des cours de justice exposent fièrement leur avis sur le sujet. Gilles Antonowicz, avocat, et Jean-Pierre Getti, président de cour d'assise, fixent leurs arguments éthiques en faveur de l'aide active à mourir : « *les médecins ne « donnent » pas plus la mort qu'un obstétricien ne donne la vie. Ils aident à mourir, comme leurs confrères aident à naître.* »

Justement à l'autre bout de la vie, la pratique des arrêts de soins et de nutrition entre aussi dans les maternités. Le *JDD* du 16 septembre 2012 titre **Quand des nouveau-nés meurent de faim à l'hôpital...** décrivant avec horreur et délectation la manière dont on débranche certains prématurés atteints de lésions cérébrales. C'est exact que l'ambiguïté de la loi Leonetti de 2005 met le personnel hospitalier à rude épreuve : si cette loi interdit l'euthanasie sous quelque forme que ce soit, « *il est désormais légal, par exemple, de stopper la respiration artificielle d'un nouveau-né ou d'un enfant atteint de lésions neurologiques très graves, après en avoir débattu avec l'équipe soignante et après en avoir parlé avec les parents* » précise le professeur Philippe Hubert, chef du service de réanimation pédiatrique et néonatale de l'hôpital Necker-Enfants malades; ajoutant immédiatement, qu'un enfant au cerveau lésé peut parfois respirer et survivre sans alimentation une journée à une semaine ou plus.

Il faut sortir de cette société pourrie par le monétarisme financier où le suicide sociétal devient la règle politique. **La santé est un droit républicain et non une valeur marchande ou une évaluation comptable.** Lorsque s'abaisse la morale républicaine, les forces féodales de l'argent reprennent le pouvoir. Mais si le citoyen défend âprement la République et ses droits, alors, enfin, il peut garantir une vie dans la dignité à chaque être humain, non seulement dans son pays, mais bien au-delà de ses frontières.

La santé est un droit républicain et non une valeur marchande ou une évaluation comptable

Solidarité & progrès



www.solidariteetprogres.org | BP27 92114 Clichy cedex | 01 76 69 14 50

Picardie-Nord Pas de Calais : 06 14 17 48 74 / picardie-nordpasdecalsais@solidariteetprogres.org // **Bretagne** : 02 56 51 82 13 / 06 23 80 58 79 / bretagne@solidariteetprogres.org // **Alsace-Lorraine** : 06 11 32 34 59 // **Sud-Est & Rhône-Alpes** : 04 26 23 08 40 / 06 28 75 06 84 / rhone-alpes@solidariteetprogres.org // **Normandie** : 06 19 29 02 89 // **Sud-Ouest** : 07 87 76 14 66 / toulouse@solidariteetprogres.org // **Côte d'Or - Franche-Comté** : 01 76 21 05 26