



6^{ème} Journée d'information et de réflexion sur les LISP

LISP- EMSP 20 ans d'une étroite collaboration dans le Nord des Hautes Alpes

Dr Hélène MINAZZI

Dr Antonice Colin

BRIANÇON

Contexte: secteur Nord des Hautes Alpes

- Département le moins peuplé de PACA et l'un des moins peuplé de France métropolitaine 140 000 h mais attractif
- Age moyen de la population > moyenne régionale
- Vieillesse ++ : hausse des cancers ,comorbidités etc.. Besoins en soins palliatifs
- Densité en médecins généralistes et IDEL > moyenne nationale
- Briançon ancienne station climatique : 4 SSR et 2 EHPAD
- Bassin de population dépendant du CHB 35000 habitants



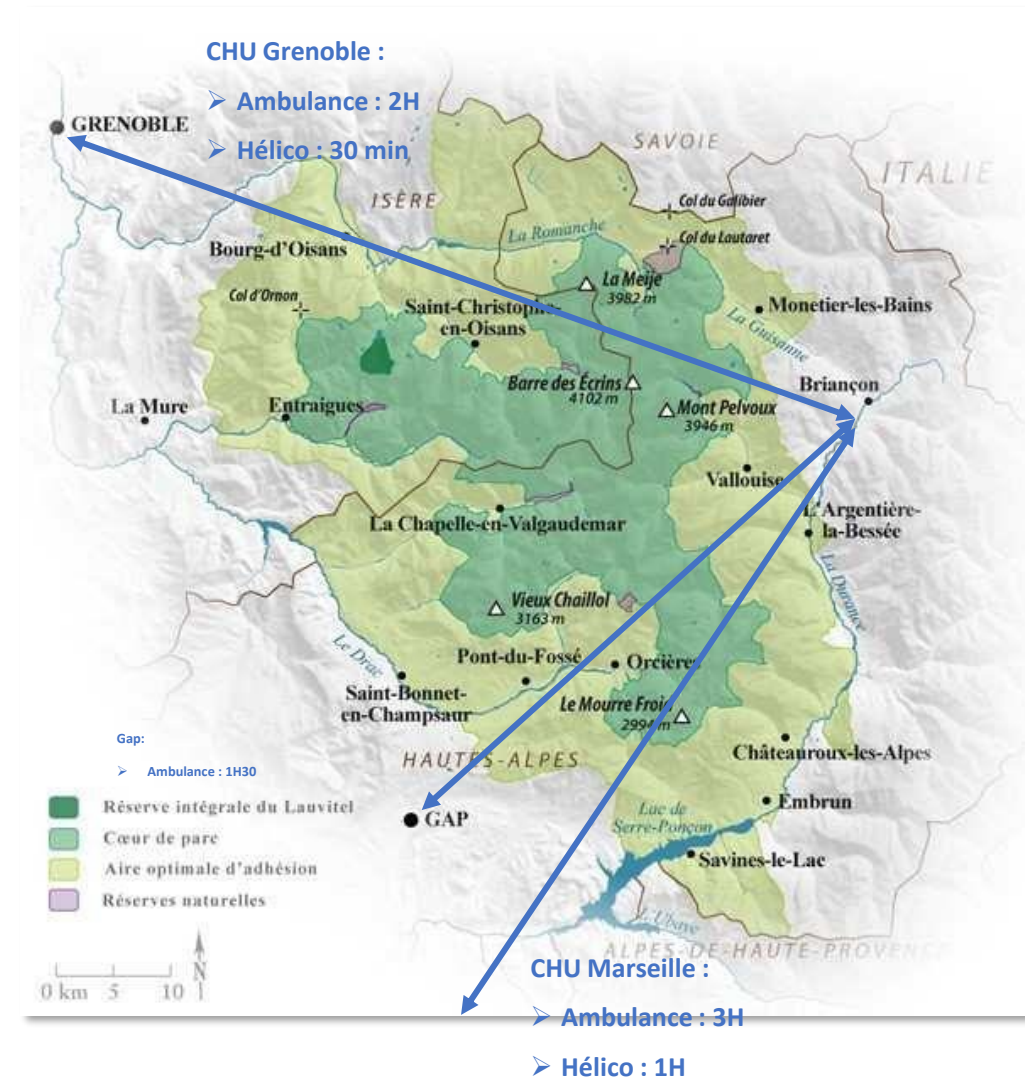
Projet LISP CH Briançon :

Inscrit dans une longue histoire des Soins Palliatifs dans les Hautes Alpes

- 1995: EMSP départementale intra hospitalière
- 2004: réseau Palliance coordination SP à domicile
- 2005: CHB 4 LISP MCO + 1 HDJ
- 2008: USP GAP (à 1h30 route)
- 2011: EMSP intra et extrahospitalière (suppression Palliance)
- 2012: Fédération des SP des Alpes du Sud : actions de formation et information ...dissoute en 2015 ... réactivée en 2022
- 2016: 4 LISP SSR Chantours Briançon

LISP CH Briançon à la création

- Hôpital de proximité , isolé en territoire de montagne, éloigné de l'hôpital référent du GHT et des CHU Grenoble , Marseille
- Proximité des SSR :essentiels ++ parcours patient et patients hors secteur sanitaire
- Service de Médecine: activité très polyvalente y compris oncologique en HDJ . Beaucoup de décès dans le service
- Equipe médicale motivée et stable
- Dossier LISP en 2004 et reconnaissance en 2005 4 LISP MCO + 1 HDJ



Evolution et étapes importantes

- 2005 à 2015 :HM médecin référent LISP et gastroentérologue
- 2011 à 2015:HM référent LISP, mi-temps EMSP, mi-temps gastroentérologue
- Organisation des LISP :
 - Fiche d'inclusion
 - Temps IDE supplémentaire IDE ONCOPAL
 - Staff hebdomadaire avec EMSP
 - Supervision
 - Collaboration avec HAD
 - Rapport d'activités annuel et suivi ARS
- 2015 à 2019:difficultés financières du CHB , restructuration des services

Evolution LISP (1/2)

- Départ de nombreux médecins piliers du CH et du médecin référent
- Suppression de IDE Oncopal , de la supervision
- Arrivée d'autre praticiens ,italiens avec d'autres pratiques .
- Les LISP vivent sans référent .Rôle du DIM qui valorise les séjours .
- EMSP toujours présente, qui fait vivre le staff hebdomadaire et tente de remotiver le service
- Aucune action de la part de l'administration et aucun rapport d'activité demandé par l'ARS

Evolution LISP (2/2)

- 2019-2023: reprise de la structuration des LISP
- CHB à nouveau dans une bonne dynamique
- Arrivée de nouveaux médecins, jeunes et motivés, impliqués et compétents dans la prise en soins des patients en soins palliatifs .
- Depuis 2020 nouveau médecin référent LISP formé et très investi
- Travail sur un nouveau dossier d'inclusion ,sur la diffusion fiche Urgence Pallia

Activité des LISP au CHEB sur 2022:

- Activité dans un service de Médecine polyvalente (30 lits)
- 150 hospitalisations en 2022, soit 10% des séjours
- Durée moyenne de séjour : 12 jours
- 83% oncologie
- 28% décès dans le service
- 13% d'entrée directe
- Difficultés à faire vivre le lit en HDJ (notamment à cause de la cotation)

Points forts

- Petit bassin de population : tout le monde se connaît et proximité du CHB avec les LISP SSR , avec les EHPADs et les médecins traitants
- Admissions en LISP facilitées par les liens directs et quotidiens EMSP, LISP CHB
- Travail sur le parcours patient de plus en plus efficient
- Travail sur le repérage précoce des patients (staffs)
- EMSP bien identifiée et accueillie partout : est déjà intervenue dans tous les services du CHEB et des établissements du territoire, et liens réguliers avec les acteurs du domicile (MT et IDEL)
- Médecin référent LISP travaille une journée à EMSP depuis janvier 2023
- Le Staff Soins Palliatifs fonctionne bien & Participation IDE référente des 4 LISP SSR Chantours
- Formations communes LISP EMSP (Législation , sédations, etc.)

Points faibles

- Pas de médecin référent pendant 5 ans.
- Cadres peu impliqués et difficultés à inscrire ces LISP dans un projet de service (et d'établissement?) même si implication du chef de pôle et chef de service
- Administration indifférente malgré de réels besoins reconnus de tous
- Pas de programme de formation continue de l'ensemble du personnel, pas de DU IDE récent
- Supervision inexistante pendant plusieurs années à réactiver et absence de psychologue dans le service : seule intervention de la psychologue de EMSP
- Pas de temps soignant supplémentaire
- Fragilités des LISP trop dépendants des personnes
- USP référente et centre anti-douleurs en difficulté, peu de lits d'aval
- Problèmes de cotation : discordance entre l'activité réelle et celle du DIM

Projets

- Poursuivre la collaboration étroite EMSP LISP: clinique , formation
- Renforcer les liens avec la ville et dès que possible avec HAD, élargir les entrées directes
- Poursuivre l'acculturation progressive de l'équipe médicale et des nouveaux soignants
- Créer une vraie dynamique des LISP qui passe par une collaboration cadre ,médecin référent et chef de service
- Plan de formation pour le personnel qui montre un réel intérêt et une vraie progression dans les prises en charge, avec notamment des formations obligatoires.
- Supervision

Conclusion

- Les LISP sont un véritable atout pour l'hôpital et le nord du département
- Collaboration entre l'EMSP et les LISP indispensable à leur fonctionnement a fait ses preuves
- Le fonctionnement des LISP n'est jamais acquis et demande une implication à tous les niveaux de responsabilité
- Les LISP restent malgré tout trop dépendants de l'investissement des différents acteurs.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

