



# Évolution du projet LISP en Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) .

- Dr Estelle SUDRE -  
- CHU De BORDEAUX -





*- Absence de lien d'intérêts déclarés -*





## Le contexte

- **Notions générales:**
  - 186 établissements - + de 65 000 détenus – Age moyen de 35ans,
  - Exposition facteurs de risque, illettrisme, peu de contact avec le système de soin.
- **Vieillessement de la population carcérale depuis 15 - 20 ans:**
  - + 150% de plus de 60 ans, + 5% de plus de 70 ans.
- **D'après la circulaire du 17 mai 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention: 1/4 de la population pénale est considérée comme précaire,**
  - Indicateurs de précarité: environnementaux, financiers et d'isolement,
  - « Personne vivant dans une insécurité qui ne leur permet pas d'assumer seules leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ».





- **Etude PARME:**

CHRU de Besançon, en association avec l'université de Franche-Comté -  
Aline Chassagne

- « L'évaluation de la situation des personnes malades détenues relevant d'une démarche palliative dans les établissements pénitentiaires français. »,
- Du 1er avril au 30 juin 2013 sur l'ensemble de la population carcérale,
- Entretien soignants – patients avant et après libération,
- Études de 14 situations : « l'accompagnement des personnes en fin de vie reste impensé »,
- Manque de formation, visites de proches difficiles à organiser, ...





- **Observatoire de la privation de liberté, et des sanctions et mesures appliquées dans la communauté: «décès sous écrou» - 11 mars 2014:**
  - 242 décès sous écrou (taux de 31 / 10000): 130 décès naturels, 111 suicides, et 1 homicide,
  - 53,7% sont des personnes en fin de vie.
- **Observatoire national de la fin de vie - Rapport 2014:**
  - Entre 2002 et 2011, 650 détenus.
  - La majorité décèdent en établissement de santé (en appartement de coordination thérapeutique ACT, en centre d’hébergement et de réinsertion sociale), et à domicile dans le cadre d’une hospitalisation à domicile.
  - « Beaucoup décèdent en UHSI qui s’avèrent être les lieux les moins inadaptés, même si cela ne constitue pas leur mission. »





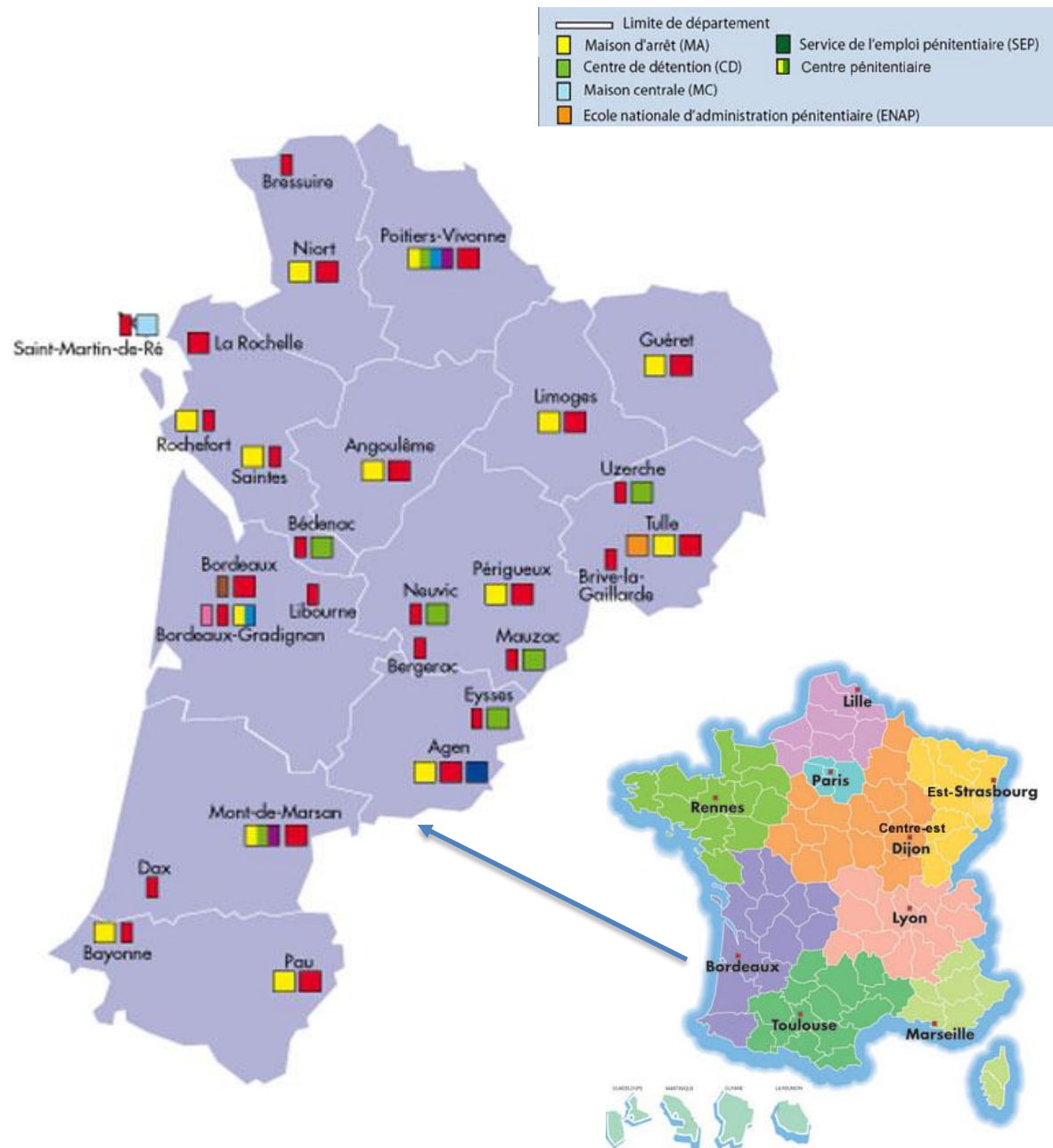
## Les UHSI

- UHSI, unités hospitalières sécurisées interrégionales, destinées à l'accueil des personnes incarcérées, créées suite à un arrêté du 24 août 2000,
- Au nombre de 8, au sein de CHU (1ère Nancy en 2004),
- Zone: Direction Interrégionale pénitentiaire (20ne établissements),
- Compétence médico-chirurgicale voire obstétrique,
- Hommes, femmes et mineurs dès 16 ans,
- Hospitalisation de plus de 48 heures, séjour de courte durée – SSR
- « dans des conditions adaptées à ce public »,
- Convention tripartite puis bipartite.



## Création de LISP à l'UHSI de Bordeaux?

- Unité inaugurée le 5 mai 2006,
- 16 lits - 2 chambres doubles,
- Portes fermées – surveillant,
- 25 à 35% des séjours pour néoplasie,
- Stade avancé, 60% d'emblée palliatif,
- Approche pluridisciplinaire: infirmiers, aides-soignants, psychologue, médecins, diététicienne, kinésithérapeute, assistance socio-éducative, ...
- Situations cliniques de fin de vie.





- **Objectifs:**

- Améliorer l'accès au patient, augmenter le temps soignant,
- Ainsi optimiser la qualité des soins,
  - Formation des soignants,
- Permettre au patient de construire un projet de vie, de fin de vie,
- Valoriser le travail médicosocial pour la mise en place d'un aménagement de peine:
  - contact avec la famille, recherche hébergement, lien dedans -dehors, parcours de soins...
- **En collaboration avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs, mise en place d'une démarche palliative et création de 2 LISP en mars 2016 (dossier 3ème trim. 2015).**





## Questionnement sur le projet

- Préliminaire: à l'annonce 2016
  - Enregistrement du vécu d'un binôme IDE-ASE,
  - Prix audace de SFAP Dijon.

- Dans le cadre du DIU de SP (2016-2017):

***Les avantages apportés aux équipes soignantes de la mise en place d'une démarche palliative (DM) en unité sécurisée de médecine polyvalente.***

- Méthodologie :

- 5 entretiens exploratoires individuels de soignants exerçant dans l'unité avant la création des LISP,
- Sur équipe de 10 AS et 17 IDE,
- Entretiens retranscrits et étudiés par analyse du contenu.
- Thèmes : DM, formation, travail en équipe.





- **Résultats et discussion:**

- Amélioration dans la relation d'équipe, la communication et les soins apportés aux patients,
- Valorisation des soignants,
- Désir de transmettre et de partager leur compétence.
- Attentes:
  - Proposer plus de soins de bien-être avec les intervenants paramédicaux,
  - Mieux communiquer autour du patient lors de temps dédiés,
  - Approfondir les acquis,
  - Aspect sécuritaire (ouvertures de porte, accès aux soins), aménagements de peine, de la libération ou du transfert des patients vers une autre unité non abordés.
- Intérêts et difficultés lors de la mise en place de LISP comparables aux autres services de médecine.





## *Que s'est-il passé depuis la mise en place des LISP ?*





- **Depuis la création:**
  - Plan de formation adapté avec l'EMSP du site,
  - Intégration du médecin référent au groupe de travail LISP (fiche d'inclusion),
- **Depuis l'étude:**
  - Mise en place d'une IDE référente ayant le DU,
  - Intervention des bénévoles l'association Alliance 33 pour les patients en LISP,
  - Mise en place du projet « Belles assiettes » : initié par une autre unité du CHU et adapté aux contraintes pénitentiaires,
    - Évaluation par un questionnaire auprès des patients: retour positif!
  - Présentation du projet par IDE référente LISP et AS référente au congrès régional CASPANA en novembre 2018.



- **Donc idée d'une nouvelle étude « bilan »:**
  - **Evaluer les modifications apportées au quotidien, d'explorer le vécu et le parcours de l'équipe depuis 2 ans,**
  - Equipe 10 AS et 17 IDE (dont 1 en CM) en mouvement.
- **Modalités:**
  - 5 entretiens exploratoires individuels (reformulation du 1<sup>er</sup> questionnaire)
    - 4 soignants déjà interrogés (2IDE et 2AS) et de l'IDE référente,
  - Complétés par un questionnaire:
    - Mis à disposition de toute l'équipe en salle de soins pendant 15j,
    - Pour préparer le projet de service, plan de formation,
      - Par une meilleure évaluation des attentes des soignants.
  - Thèmes : ressenti/ avis par rapport aux LISP/DM - formation



- **Résultats des entretiens:**

- Temps à l'UHSI: plus de 6 ans (3-8)

- Points positifs:

- « Autre regard » sur les patients,
- Plus implication, plus d'investissement quand le patient est en LISP,
- Plus d'autonomie, appropriation des PAP,
- Meilleure communication au sein de l'équipe (transmissions),
- « Ouverture » du service avec les bénévoles,

- Age moyen de 46 ans

- Points à améliorer:

- Retravailler sur Directives Anticipées et Démarche Ethique,
- Contact avec la famille (binôme méd-IDE),
- Temps dédiés communs,
- Ouverture de porte,
- Intégrer bénévoles dans le parcours du patient,
- Refaire une formation spécifique, besoin d'approfondir.



- **Résultats des questionnaires:**

- 15 questionnaires rendus soit taux de réponse 71,4%,
- AS : 70% - IDE : 65% - 2 non précisés,
- Depuis 2 ans et 2 mois (2,16) à l'UHSI, plus jeune,
- 2/3 n'ont pas eu de formation spécifique,
- Points positifs :
  - Soins plus adaptés, personnalisés au patient,
  - Meilleure évaluation des besoins du patient,
  - Plus de temps et d'écoute,
  - Mise en place de projets (autour de l'alimentation).



– Points à améliorer :

- Investissement médical,
- Contraintes du service (Ouverture de porte, rencontre des familles),
- Répartition/ priorisation des soins,
- Communication (staffs spécifiques),

– Nécessité de formation unanime:

- Spécifique aux SP:
  - de l'initiation à l'approfondissement - DU,
  - Les soins en toute fin de vie, agonie,
- Méthodes analgésiques non médicamenteuses (hypnose, toucher massage, aromathérapie).







## En conclusion

- Expérience réussie malgré les contraintes,
- Investissement constant de l'équipe, beaucoup de dynamisme,
- Réponses comparables entre les 2 études concernant l'adaptation des soins, spécifiques aux besoins et aux souhaits du patient,
  - Différence entre anciens et nouveaux,
  - Nécessité de temps d'échange dédiés,
  - Nécessité d'un (ré)investissement médical,
  - Nécessité de formation de différents niveaux et ateliers dans le service (tutorat).
- Intérêt de mener une étude élargie à toutes les UHSI (par questionnaires puis entretiens) pour évaluer les besoins et les souhaits des soignants pour promouvoir une démarche palliative pour les patients détenus hospitalisés.





## Références bibliographiques

- Cahiza H, Paternostre B. Mise en place de « lits identifiés de soins palliatifs » en service de médecine : motivations et résistances de l'équipe soignante. Médecine Palliative. juin 2011;10(3): 120-4.
- Chassagne A, Gordrad-Marceau A, Aubry R, La fin de vie des patients détenus. Anthropologie en santé [En ligne], le 27 mars 2017 - <http://anthropologiesante.revues.org/2441>
- Lagarrigue A, Mongiatti M, Bayle P, Telmon N, Rougé D. Deprivation of liberty and end of life: Does die with dignity mean to die free?, Médecine Palliative. sept 2014; 13(4): 200-206 - <http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2014.03.002>
- Talau L. Patients en fin de vie hospitalisés en lits identifiés soins palliatifs : quel impact ? <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2012.05.002>
- Le Berre R. En quoi les soins palliatifs sont-ils éthiques ? Dialogue entre les soins palliatifs et les éthiques du care. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2017.07.001>



*- Merci de votre attention -*

