

Quelles relations entre EMSP e USP ?

Et... pour quoi faire ?

ANTIBES le 04 mars 2010

USP et EMSP

Orientations de la politique des soins palliatifs

(circulaire N°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008)

- les principes de la démarche palliative
 - gradation des prises en charge
 - formation
- *l'inscription des soins palliatifs dans une dynamique d'organisation territoriale négociée*
- des référentiels d'organisation des soins pour organiser le déploiement des soins palliatifs*
- une nécessaire accélération de la mise en place des structures de soins palliatifs*

USP, EMSP... réseaux... et HAD

Les liens entre ces 4 structures ne sont pas clairement écrits dans les référentiels :

- ni entre USP et EMSP
- ni entre EMSP et réseaux
- ni entre USP et réseaux
- ni entre USP, EMSP, Réseaux...et HAD !

USP et EMSP

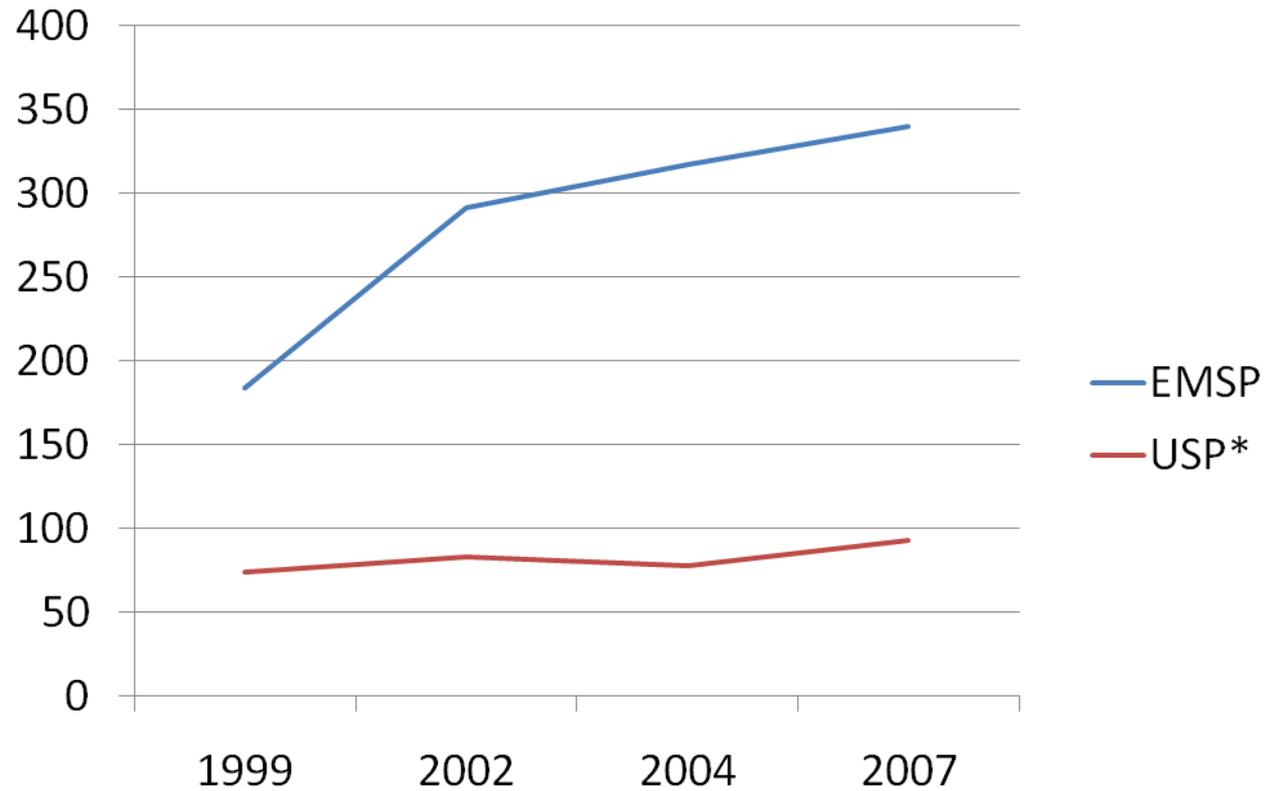
ETAT DES LIEUX (2007)

(Source : bilans de la DHOS)

-340 EMSP

-89 USP soit 937 lits

USP et EMSP



EMSP

« *exercice en solo* »

Lâchées sans cadre, sans limites, étourdies de liberté, les EMSP ont essuyé des échecs, de la violence, ont buté sur des obstacles invisibles et récurrents, ont assumé tant bien que mal d'être un lieu de projection et d'identification à la mort,....

.... Et ont pallié, pallié, pallié... !

EMSP

« *exercice en solo* »

- immersion de fait dans la transversalité et sa violence potentielle (services, équipes, institutions), et souvent sans préparation
- Gérer au quotidien le fossé entre idéal de soin et soin idéal
- Des attentes démesurées de certaines équipes mais parfois contradictoires, des demandes difficiles à décrypter
- Comment garder une expertise sans garder la main ?
- Comment donner conseil sans s'appuyer localement sur un modèle ?

USP et EMSP

« *descriptif différentiel* »

EMSP :

- collaboration clinique
Sans substitution
- soutien des équipes
- diffusion de la démarche
palliative
- formation, enseignement
- recherche

OUTILS :

- compétence en SP
- compétence en transversalité
- interdisciplinarité

USP:

- accueil des patients
- accueil des familles
- prise en charge clinique
- permanence des soins
- formation, enseignement
- recherche

OUTILS:

- compétence en SP
- interdisciplinarité

USP et EMSP

« *descriptif différentiel* »

EMSP

La brigade légère
Les négociateurs
Les éclaireurs

Systeme ouvert et mobile

indispensable empathie

Capacité d'échange, de contact

La réactivité (accessibilité)

L'adaptabilité, la disponibilité

USP

L'artillerie lourde
La base arrière
Le garant des valeurs

Systeme fermé et fixe

Structure de référence et de recours

Pour EMSP et réseaux

Indispensable modèle clinique

Indispensable modèle pédagogique

Le peu de réactivité (recrutement)

Lourdeur de fonctionnement,

USP et EMSP

« fragilités »

EMSP

effectifs aléatoires
environnements aléatoires
autonomie aléatoire
pénétration aléatoire
Ni nuit ni WE de travail
(décalage de niveau de réalité)
Manque d'ubiquité

USP

La T2A
La vie en pôle
Liste d'attente
Fragilité des effectifs
Harmoniser le collectif

USP et EMSP

« fragilités »

EMSP

- le manque d'ancrage
- Une moindre légitimité
- Prédominance du kairos
- Le risque d'égarement
- La compromission

USP

- le repli sur soi
- L'isolement d'amont et d'aval
 - La dérive intégriste
 - L'acharnement palliatif
 - Préservation du kairos

USP et EMSP les points communs

EMSP et USP

Les patients (file active)

Le partage d'expertise

Les objectifs de prise en charge

La philosophie de soin

La permanence des soins

La territorialité

La formation, l'enseignement

La recherche

USP et EMSP « ensemble pour quoi faire » ?

avancer ensemble et en harmonie

continuité et cohérence de soins

Mieux s'adapter au parcours du patient

Faciliter l'entrée en USP en la banalisant

faciliter la permanence de soins

garantir une meilleure dynamique

Renforcer la protection des structures

Réduire le risque de lutte de pouvoir

Augmenter l'autonomie

Augmenter la lisibilité du soin palliatif

Renforcer l'identité du soin palliatif

Mieux asseoir la légitimité des EMSP

Éviter les dérives potentielles

USP et EMSP

« *ensemble sur un modèle structurel ou fonctionnel* » ?

laisser cette dynamique à la bonne volonté des acteurs ?

ou

Proposer, suggérer, recommander fortement ?

Peu importe pourvu que ça marche, mais la
Structure donne un cadre au fonctionnel
(la fonction crée l'organe)

***« Faire pour les autres sans les autres,
c'est faire contre les autres...! » (Daniel Mermet)***

USP et EMSP

« quels risques à être ensemble » ?

mutualisation à l'économie

dilution des moyens

confusion des genres

perte de privilèges, de spécificités

Rigidifier les 2 structures

Limiter le potentiel créatif

Osons nous affirmer en disant :

Non au saupoudrage des moyens

Non à l'exclusion et à la discrimination des patients !

USP et EMSP

les intérêts d'un rapprochement

Pour un modèle de soins territorial
peut être utopique (??) mais équitable et plus fort

Seul garant :

- de **l'équité d'accès** aux structures d'expertise
en soins palliatifs

-de **la continuité des soins** dans la fluidité et la
cohérence, sans rupture de prise en charge