



DE TOUT A RIEN , DES « VRAIS LISP »  
AUX « FAUX LISP »  
QUELLES MISSIONS POUR LES  
REFERENTS?

PRESENTATEURS :

Dr A.PAROT-MONPETIT

Mme K.LE GALLOU

HOPITAL PRIVE OCEANE , VANNES



## Circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

- Gradation des prises en charge : - les LISP constituent le 2<sup>ème</sup> niveau de prise en charge
  - la **responsabilité** de la DP repose sur la désignation d'un référent de SP , en lien avec les dispositifs spécialisés
- Annexe 1- Référentiel d'organisation des Lits Identifiés, **Rôle du référent** :  
« **Un référent « soins palliatifs » médecin et un référent soignant sont identifiés dans le service concerné.** Ils ont un rôle particulier en matière de coordination et sont chargés... »
  - collégialité
  - partenariat (autres médecins, S Support, SP)
  - accompagnement
- Moyens de fonctionnement, **formation et compétences** des personnels :
  - expérience pratique(USP ou EMSP) + formation continue + **diplôme universitaire**



# LES REFERENTS LISP: LES OUBLIES

- Fiches de poste de la SFAP: « oubli » des référents LISP : difficultés à les définir? rôle mineur des LISP dans le paysage palliatif?
- Entretiens «Portraits » de l'infirmière et de médecin en SP (lettres du CNDP du 16/05/2014 et 10/02/2015): Référents LISP non cités
- Le référent soignant infirmier LISP ne figure pas dans la fiche de poste IDE en SP du Manuel de soins palliatifs
- LISP refusés comme lieux de stage pour les internes du DESC concerné
- Validation du GHM 23Z02Z ( contrôle CNAMTS): présence dans le service d'un médecin ou IDE formé aux SP NON EXIGEE



## TYPOLOGIE DES LISP: 4 types\*

- « **faux LISP** » : non respect des attendus de la Circulaire de 2008 (contrôles)
- « **vrais LISP** », 2 modèles: moyens dédiés à tout le service OU moyens dédiés aux LISP (binôme soignant tournant ou binôme fixe « expert »)
- mini-USP
- LISP transformés en « équipe mobile de renfort »
- ➔ Contexte # selon arbitrages locaux (services peu sensibilisés à la DP- services sensibilisés sans DP- services avec culture et DP associées ou intégrées) et organisation territoriale
- ➔ **Temps soignant supplémentaire reconnu par la T2A** ➔ personnel dédié aux LISP ➔ accompagnement
- L'analyse organisationnelle des LISP doit rendre compte de ce temps

*\*Rapport d'étude DGOS 2013, cabinet Plein Sens: Evaluation de la contribution des EMSP et LISP à la diffusion de la culture palliative*



## QUI SONT CES REFERENTS?

- 3 sens généraux : détenteur d'information, médiateur, porte-parole
- Problèmes : - dénomination: nommés, identifiés, désignés? Par qui?
  - quel temps dédié dans le service et dans la fonction?
- Pas juste un nom devant une fonction: **volontariat, motivation**



## EXEMPLE D'UN BINOME médecin-IDE

- Qualités du binôme « expert »
  - **duo professionnel** → culture palliative commune et formation identique
  - **3C** : Confiance(complicité-cohésion), Collaboration et Complémentarité
  - **3R** : Respect, Reconnaissance et Responsabilité
- Autres binômes: soignant-soignant; médecin-cadre...  
→ **LANGAGE COMMUN**(formation)



## **SPECIFICITES DE L'EXERCICE EN LISP ET BI-APPARTENANCE : PLACE**

- **Place différente auprès des patients et des familles:** position d'interface, gérer la transition( curatif/palliatif)
  - Proximité +forte/EMSP : accompagnement au quotidien, disponibilité
  - Continuité patients-équipe soignante-famille
  - Rapport au temps différent : temps particulier de l'annonce du « passage » en SP
  - Identification précoce
    - ➔ impacts multiples(cf travaux de J.TEMEL)
    - ➔ Anticipation des problèmes
  - Ne pas apparaitre comme « des spécialistes de la fin de vie »



- **Place différente auprès des équipes de soins et/ou de support : Référents = soignants du service**
  - Compagnonnage au quotidien
  - Agir autrement
  - Se substituer
  - Gérer les épisodes aigus
  - Gérer la transition, le changement d'objectifs de soins
  - « organiser » la fin de vie dans un service de soins
  - Quand culture palliative bien intégrée :  
**INTERDISCIPLINARITE FLUIDE (Maité Castaing)**





- **Place différente pour le médecin/confrères** : moins de clivage curatif/palliatif
  - innover de nouveaux modes de collaboration (Cs, visites conjointes, RCP onco-palliatives, ...)
  - expliquer, faire respecter ses prescriptions et inversement



- **Place différente pour l'infirmière/autres professionnels**
  - Un réel défi au départ/résistances, remise en question, pas de certitudes
  - Se faire confiance, investir sa place, être reconnu par ses pairs
  - Rôle privilégié : du temps et prise de recul
  - Travail collectif, Transmettre, susciter un questionnement éthique
  - Enrichissement personnel et professionnel : constante évolution
- **Place différente pour l'administration** : rôle de supervision (dépend de la structure)
  - Tracer « la transition » pour la tarification et les contrôles: chronophage +++
  - T2A → temps supplémentaire pour les soins d'accompagnement et la traçabilité



## **MISSIONS COMMUNES AUX 2 REFERENTS (médical et soignant)**

- Faire acquérir des savoirs cliniques et techniques : formation
- Faire assimiler à toute équipe de soins les savoirs empathiques et organisationnels
  - Savoirs empathiques : prédisposition
  - Savoirs organisationnels : modifier sensiblement le fonctionnement classique du service, engagement individuel
- Gérer les conflits éthiques
- Mettre en communication équipes de soins de support et équipes de soins
- Tâches administratives = rôle « contrôleur »
- Informer patients et proches : organisation, structures ressources (documents, site internet, livret d'accueil, ...)



## RECOMMANDATIONS AUX REFERENTS

- Savoir expliquer ce que sont les LISP (Annexe 1)
- Ne pas oublier les étapes habituelles de la démarche de projet
- Se rappeler que tous les soignants n'adhèrent pas forcément, ni à la même vitesse à la démarche palliative
- Attention aux confusions des rôles
- Se préparer à rencontrer des résistances
- Ne pas perdre son identité et renoncer à certains aspects structurants des SP
- Se préparer à ce que cela demande du temps et une charge de travail importante



## CONCLUSION

- **Diversité des contextes** → diversité des organisations : pas de recettes! Savoir composer entre idéal et réalité!
- **IMPERATIF DE RESPECTER LA CIRCULAIRE DE 2008** et les pré-requis pour la DP dans un service:
  - **Référents** (médecin et soignant) → volontariat
  - Missions de **coordination et d'organisation** (collégialité, processus décisionnel, temps dédié, partenariats)
  - **Formation universitaire**
- **Spécificités de l'exercice en LISP:**
  - PLACE: Bi – appartenance → Gérer la transition,
  - MOYENS: Temps dédié clairement identifié,
- Fiches de poste de « personnel LISP » et/ou fiches de poste « Référents LISP » → La discussion est ouverte



## Annexe 1 - COMMENT EXPLIQUER CE QUE SONT LES LISP AUX PATIENTS, AUX FAMILLES ET AUX SOIGNANTS?

- Les LISP ne sont ni une USP, ni un service de soins palliatifs
- Pas seulement la fin de vie
- Plus value dans un service pour les patients en soins palliatifs
- Soins de support?\* → risque de confusion
- Soins de confort? → PEC douleur + symptômes
- Les soins palliatifs sont des **soins d'accompagnement pour répondre aux besoins**
- Parler des SP dans le respect de ce que peut entendre la personne : souci d'ordre éthique (honnêteté)
- Difficulté de mettre des mots sur le non-guérir et de parler du mourir

*\*Circulaire n°DHOS.SDO/2005/101 du 22/02/2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie*



- Membres du groupe de travail :  
Branche Gilles  
Brette Marie- Dominique  
Chrétien Jacques  
Le Gallou Karine  
Parot-Monpetit Anny  
Zikovic Lylyana