



4ème journée d'information et de réflexions sur les LISP

Proposition de critères d'évaluation des LISP

Christian GUY-COICHARD
Groupe de Travail LISP de la SFAP

PROPOSITION DE GRILLE D'EVALUATION LISP

Cette grille de critères est proposée par la SFAP pour une évaluation du fonctionnement de Lits Identifiés de Soins Palliatifs. Elle complète le cahier des charges imposé par la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

www.sfap.org

Problématiques historiques des LISP

- Hétérogénéité des situations
- Opacité d'attribution
- Absence de critères de contrôle a posteriori, autres que le diagnostic codé
- Encadrement minimal
 - par la circulaire du 25 mars 2008
 - Par les recommandations de la SFAP de 2012

Comment construire un « cahier des charges » ?

- Nécessité de critères d'exclusion et de critères de révision
- Des items indiscutables issus des recommandations
 - Réunion pluri-professionnelle, identification des patients LISP, formation des équipes
- Des points qui restent à préciser en fonction des conditions locales
 - Articulation avec EMSP ou réseau
 - Renforcement du personnel
 - Missions des référents SP
 - Soutien psychologique de l'équipe

1°/ Critères d'exclusion (critère non validé = remise en cause des LISP):

- 1) **Une réunion pluridisciplinaire et pluri-professionnelle (RPP)** est organisée dans le service, permettant une discussion des dossiers des patients atteints de maladie incurable évolutive (ou de polyopathie lourde avec succession d'épisodes aboutissant à un épuisement physiologique terminal) relevant de soins palliatifs, et potentiellement inclusibles dans des LISP. Cette réunion
 - a. **Est régulière.**
 - b. **Fait l'objet d'un compte-rendu** retranscrit dans le dossier du patient.
 - c. Conduit à l'établissement d'un **projet de soins adapté**, comportant entre autres **une mention de l'intensité raisonnable de soins**, les éléments de la réflexion collégiale (intervenants, argumentation, la prise en compte des volontés du patient ou de ses directives anticipées) l'estimation du **parcours de soins ultérieur** du patient, et une anticipation de la stratégie en cas d'aggravation.

- 2) **Il existe une procédure d'identification des patients justifiant d'une prise en charge palliative en LISP, tracée dans le dossier**, datée, permettant de limiter les dérives d'utilisation des LISP, d'objectiver les besoins du patient, et d'obtenir un codage de bonne qualité. Cette procédure d'admission est **validée par la RPP**; **la fiche d'inclusion reprend au moins les critères suivants** :
 - a. Patient atteint de maladie incurable évolutive
 - b. Présence d'une consigne d'intensité de soins
 - c. Prise en charge pluridisciplinaire permettant la mobilisation d'au moins 3 compétences sur les 7 suivantes : assistante sociale, psychologue, équipe douleur, kinésithérapeute, diététicien, ergothérapeute, équipe de soins palliatifs.
 - d. Projet de soins palliatifs individualisé inscrit dans l'observation médicale.

- 3) **Une collaboration avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou un réseau de soins palliatifs, s'ils existent sur le territoire ou la structure, est formalisée par une convention et réévaluée régulièrement.**

- 4) **Il existe un plan de formation** annuel aux soins palliatifs **pour le personnel** du service concerné,

- 5) **Le service a désigné un référent médical et un référent paramédical** pour les LISP.
Ces référents bénéficient d'une formation spécifique aux soins palliatifs.
Les missions des référents, et les moyens qui leur sont alloués, sont exprimés dans la demande d'attribution de LISP.
Un temps spécifique est alloué aux référents pour ces missions.

- 6) **Le service a mis en place les moyens d'un accompagnement psychologique et social des proches, et a passé une convention avec une association de bénévoles d'accompagnement (et la présence des bénévoles est effective).**

2°/ Critères de révision (critère non validé = nécessité de validation dans un délai d'un an) :

- 1) *Pour répondre à l'exigence de qualité de la prise en charge en LISP, le personnel est renforcé en nombre (au minimum à la hauteur de 0.3 ETP par lit, prévue par le circulaire du 25 mars 2008) lors de l'attribution de LISP.*
- 2) *Le soutien psychologique des professionnels impliqués dans les LISP est formalisé* (psychologue dédié, analyse de pratiques, groupe de parole, débriefing de dossiers, etc...)
- 3) Possibilité *d'accès à une hospitalisation* en chambre seule et à un lit pour accompagnant.
- 4) *Le codage du diagnostic et le partenariat avec le DIM sont formalisés (dans les services de MCO et de SSR). Le codage du séjour avec diagnostic principal « soins palliatifs » est réalisé à l'issue de la procédure d'identification. Les CRH signalent une inclusion en LISP* et la date de l'inclusion ou de la RPP, et reprennent *les motifs de cette inclusion* : motifs d'hospitalisation et conclusion, avec contexte et terminologie évoquant les soins palliatifs, et la trace du recours aux différents professionnels de santé.
- 5) *Evaluation : un processus d'évaluation régulière de la réalisation des critères précédents est mis en place* conjointement entre le service et l'EMSP. Ce processus peut être déclaré comme EPP (évaluation des pratiques professionnelles).

Relativité de cette grille

- Le respect des critères dépend de l'acceptation par les acteurs des services cliniques
- Les critères doivent coller aux besoins des tutelles (ARS)
- Nécessité de ne pas être trop normatif
- L'hétérogénéité des situations oblige à des adaptations selon structure, spécialité, histoire

L'avenir

- Engager un débat avec les tutelles
- Engager un travail commun avec les autres spécialités
- Favoriser les adaptations locales et régionales
- Adapter si changement (du mode de financement ?)