



# EVALISP ET SES USAGES

## intérêt d'une auto-évaluation régulière

Dr Anny Parot-Monpetit\*

Dr Vincent Guion\*\*

\*Centre d'Oncologie St-Yves, Hôpital Privé Océane,  
Vannes

\*\* Cabinet médical, Saint-Chély-d'Apcher

7<sup>ème</sup> journée des LISP  
17 octobre 2025, FIAP, Paris

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt en rapport avec cette présentation

# Genèse EVALISP

- Evaluation insuffisante du dispositif LISP,  
études qualitatives rares → hétérogénéité
- **Grille d'évaluation LISP 2017** (critères établis  
par le Groupe de Travail LISP de la SFAP )
- Coopération ARS PACA - GT LISP → **EVALISP**
- **Outil** proposé par le GT LISP en 2022 ( auto  
évaluation, audit croisé, audit externe)
- Diffusion via les cellules régionales aux  
équipes Lisp
- **Objectif = Améliorer la qualité des soins**

# Grille EVALISP

- **Grille** de 25 critères détaillés. Scores pour chaque critère + guide de cotation. Maximum de 15 dossiers de séjours en Lisp. Remplissage en collégialité
- **3 onglets**
  - **onglet « critères services »** (10 critères) : concerne les aspects organisationnels du service, les référents, les formations, les moyens, les collaborations = Score A
  - **onglet « évaluation sur dossier »** (15 critères) : analyse la prise en charge des patients (→procédure d' identification en LISp, coordination pluridisciplinaire, anticipation du parcours, fiche urgence-pallia ou équivalent, directives anticipées, RPP\*, réévaluation, ... ) = Score B
  - **onglet « score final résultats »** : les scores totaux de l'évaluation ( A et la moyenne de B ), critères à améliorer, actions correctrices à mettre en place

\*RPP: Réunion Pluri professionnelle Pluridisciplinaire

NOM de L'ETABLISSEMENT :

NOM du SERVICE doté de LISP réalisant cette évaluation :

|   |  | SCORE MAX | guide de remplissage des scores   | SCORE | SCORE |
|---|--|-----------|---|-------|-------|
| <b>LE SERVICE EST DOTÉ DE LISP ET COMPORTE :</b>  |  |           |   |       |       |
| le service est doté de référents SP (médical et paramédical)  | les référents des LISP sont deux personnes physiques et ce ne sont pas des postes fractionnés sur des personnes différentes  | 1         | 1 = il existe bien deux référents dûment identifiés<br>0 = dans les autres cas  | 1     |       |
| des personnels formés aux soins palliatifs  | le cadre du service tient à jour la liste des personnels formés et la réactualise chaque année   | 1         | 1 = la liste est accessible et la mise à jour est annuelle<br>0 = la liste n'est pas mise à jour annuellement   | 1     |       |
| des moyens supplémentaires en personnel   | allo ués du fait de la valorisation :<br>des ETP supplémentaires ont été attribués au service sous forme de temps défini de kiné, psycho, assistante sociale, infirmière, aide soignant,.....        | 1         | 1 = effectivement des temps supplémentaires ont été alloués au service et contribuent à une prise en charge de qualité<br>0,5 = la contribution des paramédicaux complémentaires est possible mais pas toujours réalisée (congés, absence, week-end,...)<br>0 = aucun temps supplémentaire n'est alloué | 1     |       |
| un soutien d'équipe   | groupe de paroles/ analyses de pratiques   | 1         | 1 = oui il existe une organisation pour ce soutien<br>0 = aucune organisation de soutien n'est mise en place  | 1     |       |
| <b>Ce service doté de LISP a des relations dans le cadre de collaborations formalisées et réactualisées :</b> |  |           |   |       |       |
| EMSP  | la formalisation peut se traduire par les réunions régulières fixées, par une convention ou par la traçabilité des contacts par exemple.....<br>cf reco HAS RAD <sup>1</sup> , SPICT.fr <sup>2</sup> | 1         | 1 = la collaboration est formalisée et effective<br>0,5 = il y a un défaut de formalisation ou d'efficience<br>0 = aucune collaboration   | 1     |       |
| HAD (service d'hospitalisation à domicile)  |  | 1         | 1 = lien formalisé<br>0 = pas de lien particulier   | 1     |       |
| Bénévoles   |  | 1         |   | 1     |       |
| DAC ou dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (PTA, CPTS, ...)                          |  | 1         |   | 1     |       |
| <b>ORGANISATION DU SERVICE POUR LES SOINS PALLIATIFS</b>  |  |           |   |       |       |
| Entrée directe de patients SP dans le service possible et/ou facilitée  |  | 1         | 1 = critère rempli et effectif<br>sinon 0   | 1     |       |
| Astreinte médicale de soins palliatifs fonctionnelle et formalisée 7j / 7                                     |  | 1         |   | 1     |       |
|   |  | 10        | SCORE A   | 10    | 0     |

NOM du SERVICE doté de LISP réalisant cette évaluation :

| Critères exigés*   | Commentaires Explications   | Guide de notation pour chaque dossier étudié | Analyse de 15 dossiers de patients en LISP<br>(pour chaque dossier inscrire le score)  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
|--|---|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
|  |   |  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Procédure d'identification des patients justifiée d'une prise en charge en LISP  | Où doit retrouver dans le dossier l'ensemble sur l'identification d'un patient pour que le patient traite en LISP (mention RPP/ déclaration amitié/ traitements à peine que/ absent mention/ limitation thérapie auxquels...) | 2  | Les éléments de la déclaration de prise en charge en LISP sont précis, adéquats, thématiques et/ou thérapeutiques et traçables = 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| mais facile à consulter  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Entretien d'excellente qualité (gratification)   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| <b>PLAN de SOINS PERSONNALISÉ</b>  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Justification des soins apportés en regard de l'espérance de vie   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| coordonnées et prise en charge   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| praticien et/ou pilote en charge   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| priorité en charge pluridisciplinaire avec mobilisation d'au moins 3 coéquipiers sur les 7 suivants :<br>assistanat, psychologique, équipe de soins, équipe de thérapie, nutrition et lettres, équipe de soins palliatifs, ergothérapie. |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| autonomie  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Questionnement sur le parcours du patient : maladie dans le service, retour à domicile et envisage ? situation d'avant ? Réorientation ?   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| autonomie  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Fiche urgence-palier ? Ou équivalent ?   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| les soignants (domicile, CHPAD, etc...) sont présents, compétents et le malade est informé.  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| volonté de la personne   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Respect du choix du lieu de vie et de sélectivité anticipée  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Proches (famille, personnes de confiance, amis, etc...) ou aidants (soins infirmiers)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation psychosociale et vulnérabilité de l'aideant   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| <b>REUNION INTERDISCIPLINAIRE et PUISSANCE PROFESSIONNELLE</b>   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Le service a été doté de référents SP (medical et paramédical)   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation de leur disponibilité   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Tous les coéquipiers rendent leurs disponibilités au dossier du patient  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| évaluation collégiale du risque et engagement thérapeutique (amélioration des symptômes, limitation de l'aggravation de la maladie)  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |

# Evalisp, extrait du volet « évaluation sur dossier »

| Critères exigés***   | Commentaires Explications  | Guide de cotation <u>pour chaque dossier étudié</u>   |
|--|--|---|
|  |  | SCORE   |
| <b>Procédure d'identification des patients justifiant d'une prise en charge en LISP</b><br><br>maladie incurable évolutive<br>intensité des soins requis | On doit retrouver dans le dossier les éléments sur lesquels on s'est basé pour que le patient soit en LISP (réunion RPP/ décision arrêt traitements spécifiques/ abstention/ limitation thérapeutique ...) | Les éléments de la décision de prise en charge en LISP sont précis, adaptés à l'état clinique et/ou l'évolutivité et tracés = 2<br><br>La procédure d'identification est tardive ou incomplète = 1<br><br>On ne retrouve pas clairement les éléments de la procédure d'identification = 0 |
|  |  |   |
|  |  |   |

|  |  |
|--|--|
| A  | B  |
| <b>Nom de l'ETABLISSEMENT :</b>  |  |
| <b>NOM du SERVICE doté de LISp réalisant cette évaluation :</b>                          |  |
| Score obtenu dans le volet "critères service"  | A  |
| Nombre de dossiers évalués réellement  | X  |
| Score total obtenu dans le "volet évaluation par dossier"                                | Σ B  |
| Score modéré par le nombre de dossiers   | Σ BI X   |
|  |  |
|  |  |
| <b>CONDITIONS DE L'EVALUATION</b>  |  |
| Temps passé par l'équipe à la réalisation de l'évaluation :                              |  |
| Dossiers sélectionnés pour l'évaluation (plusieurs réponses possibles) :                 |  |
| dossiers de séjours en cours :   | indiquer le nombre de dossiers                       |
| dossiers de séjours récents :  | indiquer le nombre de dossiers                       |
| sélection aléatoire par le DIM :   | indiquer le nombre de dossiers                       |
| autres dossiers dont le choix est à expliciter :   | indiquer le nombre de dossiers                       |
|  |  |
| <b>RESULTATS PRATIQUES DE L'EVALUATION</b>   |  |
| Quels sont les critères pour lesquels vous avez noté une marge de progression à réaliser | Quelles actions mettez-vous en place pour y parvenir |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# EVALISP, Etude Vannetaise à l'Hôpital Privé Océane

- **Objectif :** Faisabilité du recours à EVALISP pour l'auto-évaluation régulière de la qualité des soins
- **Méthode:**
  - 8 LISP en oncologie ( reconnaissance en 2008)
  - 2 binômes médecin - infirmière ( référents LISP formés via DIU)
  - 1<sup>er</sup> audit en avril 2024 sur les 15 premiers séjours de janvier 2024
  - mise en place d'actions correctrices pendant trois mois
  - 2<sup>ème</sup> audit en septembre 2024 sur les 15 premiers séjours de juillet 2024, mesure de l'efficacité des actions correctrices

# EVALISP, Etude Vannetaise

- **Résultats:**
  - Durée = 1 H 30 à 2 H ; 10 min/dossier (informatisé, logiciel emed)
  - Pas de donnée manquante
  - Pas de discordance inter-évaluateur
  - 1<sup>er</sup> audit → mise à jour d'insuffisances pour 3 critères
  - Actions correctrices
  - 2<sup>ème</sup> audit → mesure de la bonne mise en œuvre des actions correctrices et de leur efficacité
  - Résultats partagés avec la direction et la cellule qualité comme démarche qualité de l'établissement

# EVALISP, Etude Vannetaise, Discussion(1)

- Confirme la faisabilité de l'outil Evalisp pour l'auto-évaluation de la qualité des soins
- Temps de passation très réduit
- Entrainement des évaluateurs (« Avignon »)
- Simplicité et rapidité pour des évaluations répétées des pratiques et des actions correctrices

# EVALISP, Discussion (2)

- **Autres expériences ou usages**

⇒ ARS PACA : audit des LISP en 2022 ( Evalisp pour auto-évaluation des établissements) : *insuffisance de traçabilité dans le dossier patient ; problèmes des ressources humaines*

⇒ Caresp (7 équipes, 2022): critères posant difficultés : *nombre d'intervenants en soins de support ; durée des séjours (au moins 7 jours) ; fréquence des RPP ; contenu des compte-rendus des RPP*

⇒ Retours isolés

- Evalisp pour audit annuel (bilan annuel des LISP)
- Fréquence des RPP (hebdo?)

# EVALISP, Discussion (3)

- Problématique d'une note et de son mésusage (comparaison, compétition)
- Cour des Comptes (2023) « trame de contrôle très complète sur l'organisation des soins »
- ARS ? Aucune information sur une éventuelle utilisation systématique en région
- Performances intrinsèques non validées ( fiabilité- validité)

# Conclusion et perspectives

- Evalisp= outil simple d'auto-évaluation pour les équipes - démarche qualité
- Coupler avec des indicateurs cliniques pour montrer la plus - value des LISPs
- Validation scientifique