

Lits identifiés de soins palliatifs et Unités de soins palliatifs, Interactions et Interférences



*Dr Mireille PERINEAU
Centre Hospitalier d'Avignon*

L'Offre de soins: circulaire du 19 février 2002

- A l'annonce du second plan de développement des soins palliatifs, la DHOS rédige une circulaire ministérielle permettant la mise en œuvre de la loi du 9 juin 1999 pour favoriser l'accès aux soins palliatifs
- La notion de « lits identifiés » apparaît, recouvrant divers concepts (lits de relais, lits de répit, lits d'ancrage, lits de replis, lits de recours, lits de secours...)

Dès 2004, le concept se précise...

- Pour une reconnaissance de la pratique des soins palliatifs dans un service ou un établissement hospitalier.
- Pour une meilleure lisibilité de l'offre de soins.
- Pour une dotation adaptée.

L'obtention d'une autorisation de création de LISP est soumise une contractualisation avec l'ARH.

A domicile, les dispositifs d'accès aux soins palliatifs se développent.

- Création de « places identifiées » soins palliatifs dans les HAD .
- Mise en place des réseaux de soins palliatifs.
- Les EHPAD ne seront réellement associées sur le plan réglementaire au maillage qu'en 2010 . (Instruction n°DGOS/R4/DGCS/2010/275)

INTERFERENCES : les USP perdent – elles leur « hégémonie » par le déploiement des LISP ?

Tableau 1 Évolution des capacités en lits identifiés en soins palliatifs, des lits en unités de soins palliatifs et du nombre des équipes mobiles de soins palliatifs depuis 1999 [5,51].

Changes in the number of palliative care dedicated bed, beds in palliative care units and the number of palliative care mobile teams since 1999.

	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2007	2010
Nombre de lits identifiés en soins palliatifs	0	232	316	758	1281	1908	3075	4800
Nombre de lits en unité de soins palliatifs	742	808	843	782	783	825	937	1176
Total de lits de soins palliatifs	742	1040	1150	1540	2064	2733	4012	5976
Nombre d'équipes mobiles de soins palliatifs	184	265	291	309	317	328	340	353

La création de LISP est entachée d'une politique opportuniste de la part des établissements (effet pervers de la T2A ...)

- Les recommandations ministérielles ne sont pas suivies : pas de référent le plus souvent, pas de regroupement de LISP, pas de réelle lisibilité, pas de dotation en personnel dédié .
- Expérience de la création d'un lit en chirurgie cancérologique ORL à Bichat .

Les détracteurs sont nombreux :

- « Un concept noble, une politique floue... » dénonce le Dr Bernard Wary, évoquant une vaste nébuleuse dictée par des critères politico-économiques au dépend de la création d'USP, voire de leur fragilisation ainsi que pour les EMSP.
- « Il serait important de clarifier et préciser de façon réaliste la fonction des lits identifiés en soins palliatifs, source de confusion et de dilution des ressources sans garantie de qualité de soins... »

(La médecine palliative dans les dix prochaines années , Wadih Rhondali, Marilène Filbet, Edouardo Bruera, Méd pall, volume 11 octobre 2012)

Deux concepts se confondent : gradation de l'offre et niveaux de soins.

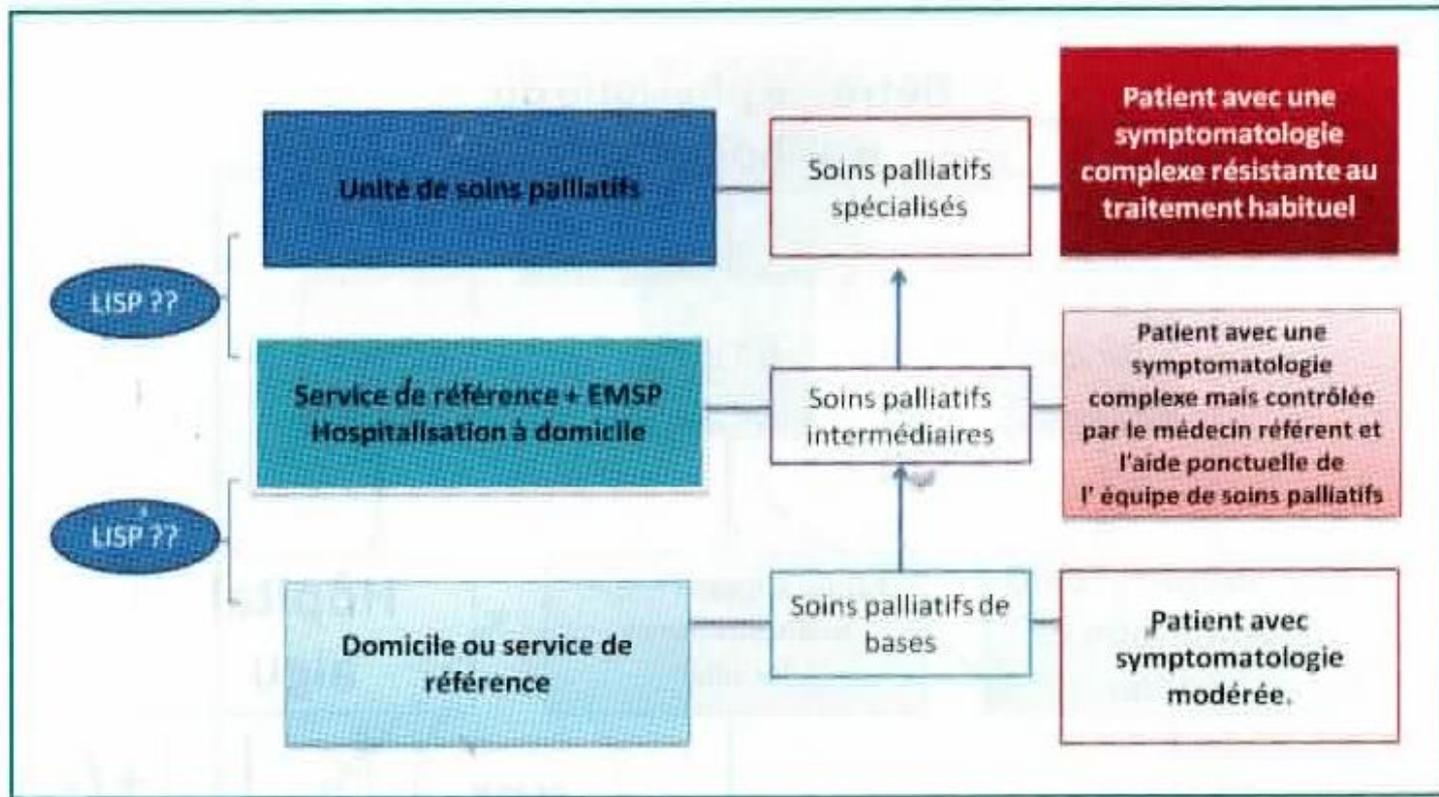
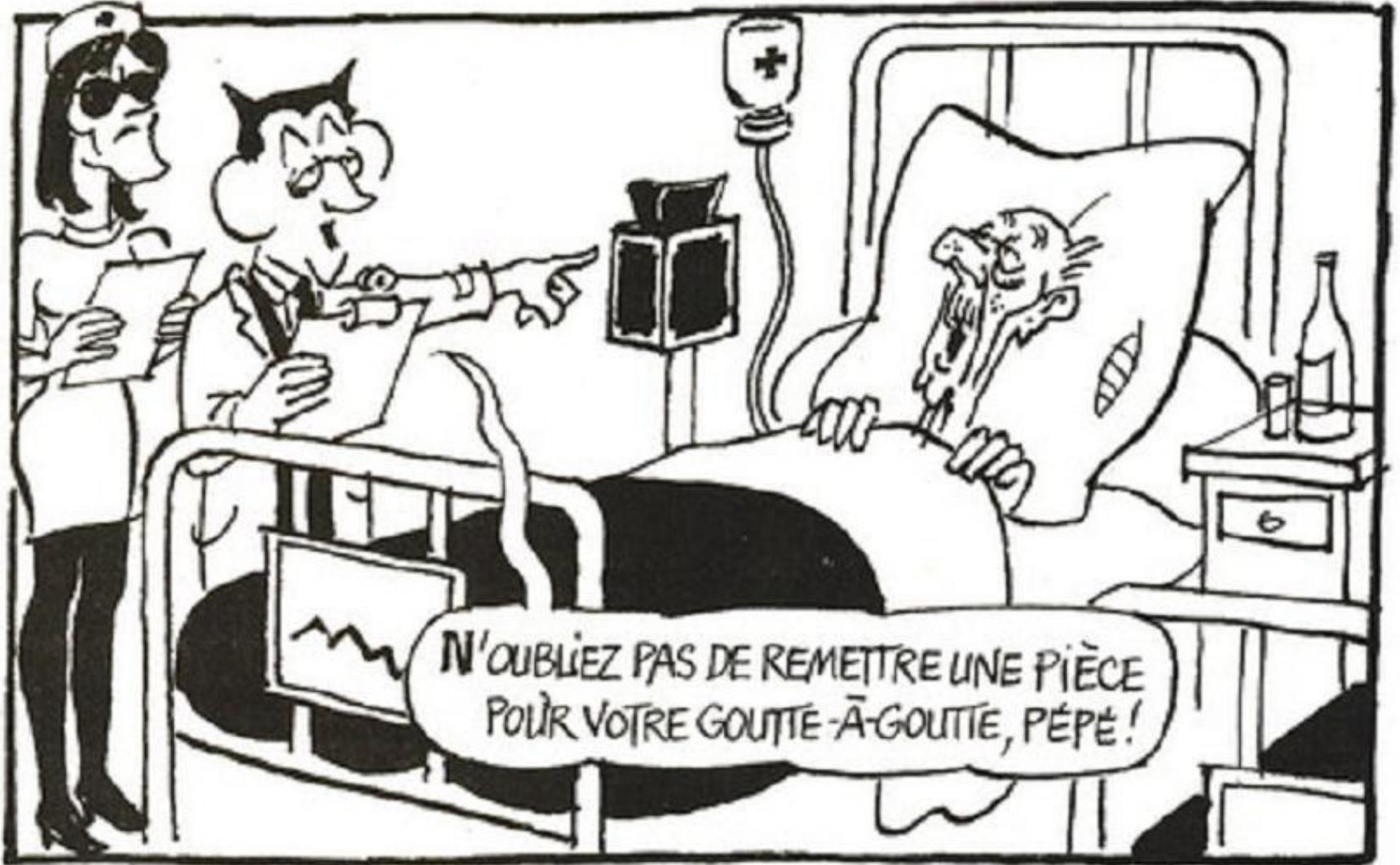


Figure 3. Les différents niveaux de soins. LISP : lits identifiés en soins palliatifs.
Different levels of care.

Interactions : les lisp contribuent à la diffusion de la Culture Palliative.

- L'émergence de nouveaux acteurs en soins palliatifs témoigne cependant d'une diffusion de la culture.
(12 000 professionnels médecins, infirmiers, psychologues auraient suivi un DIU SP ces dix dernières années ; source Comité National de suivi des soins palliatifs 2010)
- S'il s'agit moins du *militantisme* qu'on a connu dans les années qui ont précédé la promulgation de la loi de 1999, la motivation des soignants s'en trouve renforcée.
- La pratique de l'interdisciplinarité, fondement de la démarche s'avère inscrite désormais dans les pratiques professionnelles .

Les promoteurs : nombreux, motivés dans toutes les disciplines.





Peu de liens formalisés entre EMSP et LISP, LISP et USP et on peut questionner le concept du niveau de soins à l'once des transferts de patients en USP. La recherche et la formation restent l'apanage des USP, lieux d'exigence et d'excellence.

La question demeure sur l'accès de proximité pour les patients qui souhaitent rester au plus près de leurs habitudes de vie et de leurs référents.

La coordination des acteurs, qui développent une synergie en matière de développement des Soins Palliatifs en France, reste une piste pertinente afin de ne perdre ni nos moyens, ni notre âme.

