

# Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP)

Recommandations validées par le CA de la SFAP à  
partir de propositions du groupe de travail LISP

Avec le soutien de la Fondation de France



La SFAP a créé un groupe de travail dès 2005 pour étudier les modes de fonctionnement des LISP qui se sont multipliés en France. Ce groupe a noté une grande disparité et parfois des dysfonctionnements.

C'est pourquoi la SFAP a souhaité établir un guide de bonnes pratiques pouvant aider les personnes engagées dans un projet de LISP, recommandations qui pourraient être présentées aux tutelles.

## 1. **Définition (Circulaire du 8 Mars 2008)**

« Les LISP se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs ; l'individualisation des LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches».

Ils s'inscrivent :

- dans le schéma général de l'offre de soins défini par la circulaire n° 2002/98 du 19 février 2002 et concernant tous les services ayant une activité importante en soins palliatifs, que ce soit en court séjour (médecine, chirurgie) ou en SSR.
- dans une dynamique entre domicile et établissements et permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des personnes en soins palliatifs : répit ou accueil temporaire, prise en charge de cas complexes émanant du domicile ou d'autres structures.

L'annexe 1 de la circulaire précise les pré requis et modalités de mise en œuvre des LISP :

- En terme d'activité : nombre de décès annuel (seuil de 200 décès/an), % de l'activité Soins Palliatifs (données PMSI), nombre d'interventions EMSP, volume (grammes) de morphine délivré, nombre de consultation algologie.
- En terme d'organisation : les LISP peuvent relever de MCO, SSR ou SLD et doivent être situés en dehors des USP; locaux adaptés pour les personnes malades (chambres

individuelles) et les familles (lieux de repos et d'accueil) et les équipes soignantes (bureaux, salle de réunion).

- En termes de fonctionnement : équipe d'un nombre suffisant composée d'un minimum de personnes formées, procédure d'intervention d'une équipe de bénévoles d'accompagnement, soutien d'équipe, médecin et cadre IDE ou IDE référents en soins palliatifs.

Elle précise également d'autres normes aux quelles beaucoup de services disposant de LISP ne sont pas en mesure de répondre.

## **2. C'est pourquoi la SFAP veut recommander les critères d'attribution des LISP suivants qui lui semblent indispensables :**

- Intégration du projet LISP dans le projet d'établissement et le projet de service (ou de pôle) formalisés, élaborés de manière concertée avec les professionnels concernés.
- Localisation: identification, à minima de 4 LISP, attribués de préférence à un seul service (ou un seul pôle), regroupés géographiquement ou « éclatés ».
- Locaux et équipements : chambre seule (avec sanitaires et douche), équipée d'un lit électrique réglable par le patient lui-même, avec possibilité d'adjoindre un lit accompagnant ; espace réservé aux familles (accueil, repos, préparation et prise des repas) ; lieu de réunion d'équipe (synthèses) ; espace pour entretien avec les familles, local spécifique pour les bénévoles.
- Organisation interne au service : possibilité de prise en charge des patients et des familles par un psychologue et d'un accompagnement social. Nécessité de formaliser lors de réunions pluridisciplinaires un projet de soins individualisé pour chaque malade, inscrit dans son dossier de soin et réévalué régulièrement.
- Organisation externe au service : convention avec une EMSP ou un réseau (pour l'expertise, la formation et l'extériorité), possibilité de recours au médecin « tiers » prévue par la loi Léonetti, partenariat avec une (des) USP territoriale(s).
- Personnel : Ratio de personnel majoré (+0.3 ETP) et opposable. Nécessité de référents formés (médecin permanent du service ou du pôle et soignant chargé de la coordination des LISP) et d'un plan de formation continue pour le personnel.
- Bénévoles : Liens formalisés avec des associations de bénévoles d'accompagnement et intervention effective des bénévoles dans les LISP.

## **3. Critères d'admission en LISP :**

Il est nécessaire de disposer d'une fiche d'inclusion permettant de justifier l'entrée d'un malade dans les LISP.

Sa rédaction nécessite une réflexion collégiale et pluridisciplinaire et permet d'établir un projet de soin individualisé, régulièrement réévalué.

Les critères d'inclusion permettent en outre d'éviter un certain nombre de dérives d'utilisation des LIPS. Ils tiennent compte :

- De critères médicaux : malade atteint d'une maladie grave, évolutive ou terminale, symptômes, indice de performance, stratégie thérapeutique.
- De la charge de soins.
- De critères sociaux.
- Du but de l'hospitalisation.
- De la volonté du patient.

La fiche d'inclusion, intégrée au dossier patient, assure une traçabilité et permet de répondre aux contrôles de la CNAMTS.

#### **4. Référents - Formation - Soutien :**

Le niveau d'exigence de formation de la circulaire du 8 mars 2008 est difficile à atteindre dans tous les LISP :

- Référents (médecin et soignant : médecin permanent de l'unité et cadre de santé ou IDE ) titulaires d'un DU ou d'un DIU.
- Tout le personnel formé.

#### **Formation :**

En pratique il y a trois niveaux de formation continue sur jours dédiés :

- 1° niveau : sensibilisation sur un jour ou deux demi-journées pour l'ensemble du service.
- 2° niveau : trois ou quatre jours de formation ou d'immersion dans une structure de soins palliatifs.
- 3° niveau : DU ou DIU.

Les deux premiers niveaux de formation peuvent être réalisés in situ dans le service par l'EMSP.

Il existe une formation au quotidien dans le service par compagnonnage, lors des réunions pluridisciplinaires, lors des interventions de l'EMSP.

Il doit exister dans les LISP un plan de formation.

#### **Les référents :**

Ils ont un rôle essentiel pour initier et soutenir la démarche palliative.

- Ils animent les réunions pluridisciplinaires.
- Ils sont les interlocuteurs privilégiés de l'EMSP (ou du réseau) et en interne des structures de l'établissement (direction, différentes commissions, CLUD, comité d'éthique).
- Ils participent à l'élaboration du plan de formation.
- Ils rédigent le rapport annuel d'activité.

Ils doivent bénéficier au minimum du 2<sup>o</sup> niveau de formation acquis dans une structure de soins palliatifs en attendant de répondre à l'obligation du DU /DIU.

### **Soutien des soignants :**

Le respect des ratios de personnel en LISP est la base du soutien des soignants.

La formation, les réunions pluridisciplinaires participent au soutien des soignants, ainsi que les interventions de l'EMSP (dont une réunion annuelle d'évaluation).

Des réunions de fermeture de dossiers difficiles (débriefing) doivent être organisées.

Un psychologue peut animer des groupes de soutien, ou des groupes de parole. Il est préférable qu'il soit extérieur aux LISP.

### **5. Relations avec les EMSP et les réseaux :**

Des liens privilégiés entre les LISP et une EMSP (ou un réseau) sont essentiels :

- les modes d'intervention doivent être définis et formalisés. En particulier l'EMSP doit participer régulièrement aux réunions pluridisciplinaires selon une périodicité fixée par les deux parties en tenant compte du nombre de LISP et de ses disponibilités. *(le groupe n'a pas souhaité fixer cette périodicité car il y a une grande variabilité suivant les expériences)*
- L'EMSP doit être associée d'emblée au projet de constitution de LISP. Ses interventions doivent se maintenir dans le temps.
- L'EMSP apporte son expertise, son soutien, son extériorité, son aide pour la formation.
- L'EMSP ne doit pas prendre en charge directement les malades des LISP.

**L'absence d'intervention de l'EMSP dans les LISP est de nature à remettre en cause l'existence même des LISP.**

### **6. Financement des LISP et mesure de l'activité associée aux LISP :**

1. Dans les structures de court séjour (services d'aigus de médecine, chirurgie, obstétrique), les LISP sont financés par l'intermédiaire de la Tarification à l'Activité (T2A). La T2A est un mode de financement fondé sur une mesure de l'activité réelle des services. A chaque séjour correspond un tarif. Aussi il est relativement facile de calculer les recettes qui ont été générées par l'activité des LISP. Une des particularités c'est que les séjours de soins palliatifs qui interviennent pour des patients qui sont dans des LISP sont mieux valorisés que les même séjours si les patients étaient pris en charge dans un lit « standard » de MCO.(cf. le document sur le site de la SFAP qui explique les règles de tarification). Cette valorisation supplémentaire est liée au fait que normalement la prise en charge dans un LISP génère des dépenses supplémentaires. Cependant l'expérience montre que l'utilisation par les établissements de cette valorisation supplémentaire est très variable (certains établissements ne font aucun retour financier quand d'autres allouent des moyens supplémentaires)

Il est donc de l'intérêt des acteurs de soins palliatifs de l'établissement de soins de rester vigilants pour éviter les dérives liées à une utilisation des LISP dans une optique de pure rentabilité financière.

Il est important que chaque année le médecin responsable établisse lui-même les éléments financiers de sa structure (dépenses et recettes) pour être capable d'aller négocier avec les institutions un « retour sur investissement » par rapport aux lits identifiés que cela soit en termes de moyens et de personnel ou une autre forme comme la formation par exemple. L'expérience montre que ces éléments de discussion sont fondamentaux à élaborer au moment de la création des lits afin d'éviter que les recettes normalement attribuées au LISP abondent d'autres budgets.

Les moyens des équipes mobiles de soins palliatifs ne doivent en aucun cas contribuer au fonctionnement des LISP si l'équipe n'est pas renforcée. Les LISP dégagent un financement propre qui doit être utilisé pour leur fonctionnement.

Toutefois, l'inclusion d'un patient en LISP ne permet pas à elle seule de coder le séjour de façon systématique en soins palliatifs. Même pour un LISP le codage du séjour en soins palliatifs justifient de respecter les critères de décision pour le contrôle du GHM 23Z02Z soins palliatifs correspondant aux GHS 7992 7993 7994 (Séjours GHM soins palliatifs).

(cf document de la SFAP <http://www.sfap.org/content/contr%C3%B4les-cnams-crit%C3%A8res-de-d%C3%A9cision-pour-les-s%C3%A9jours-de-soins-palliatifs-en-m%C3%A9decine-ou-ch>).

L'inclusion en LISP doit donc correspondre à une démarche de soins, qui est au mieux validée par la fiche d'inclusion ou décidée conjointement avec une EMSP.

2. Dans les SSR, les séjours sont actuellement valorisés par un mécanisme plus complexe, qui devrait progressivement faire place à une forme de T2A dans les années suivantes.
3. **La SFAP recommande donc à tous les acteurs hospitaliers de SP d'être vigilants à l'utilisation du budget généré par les LISP dans leur structure :**
  - En utilisant le guide présent sur le site de la SFAP pour le calcul de cet abondement financier.
  - En validant et surveillant les critères d'inclusion des patients dans les LISP (pour éviter les dérives et valoriser la crédibilité des LISP).
  - En discutant à la mise en place de LISP des moyens supplémentaires adaptés qui seront alloués dans le cadre de la valorisation supplémentaire.
  - En établissant avec l'établissement lors de la mise en place des LISP un « cahier des charges » reprenant les exigences minimales en termes de formation, de locaux, de matériel, de personnel, d'organisation, de travail commun avec les référents SP.
  - En discutant annuellement au niveau des pôles ou des hôpitaux la réalisation de ce « cahier des charges ».

## **7. Evaluation des LISP :**

Les LISP doivent répondre à toutes les obligations d'évaluation interne et externe (certification HAS, évaluation des pratiques professionnelles (EPP), rapports d'activité, indicateurs définis dans le projet de service et /ou établissement, évaluation du partenariat avec l'EMSP).

Leur activité **doit être inscrite dans le PMSI et dans la T2A.**

**Il est nécessaire de construire des indicateurs spécifiques des LISP,** probablement multidimensionnels, qui prennent en compte :

- Le nombre annuel de décès par cancer ou pathologie dégénérative dans la structure.
- Le nombre et le pourcentage de patients en LISP, l'activité en équivalents lits sur l'année.
- Le mode d'entrée et de sortie des LISP.
- Les efforts consentis par la structure et les moyens supplémentaires mis à disposition.
- Le délai moyen d'attente avant hospitalisation en LISP.
- Les paramètres non liés au patient comme
  - ☞ La formation spécifique des personnels.
  - ☞ Le renforcement de l'EMSP et son activité spécifique LISP.

**L'évaluation des dossiers médicaux** doit permettre de retrouver la traçabilité exhaustive du projet de soins individualisé, des réunions pluridisciplinaires, de l'intervention du psychologue, de la prise en charge par les bénévoles, etc...., ces éléments permettant de répondre au contrôle des tutelles, ARS et CNAM.