



Peut-on imaginer un cahier des charges LISP ? L'exemple de l'AP-HP

Christian GUY-COICHARD
AP-HP Hôpital St Antoine (Paris)



- Je ne perçois aucun avantage ni rémunération d'une entreprise de la santé; je n'ai aucun lien avec elles.
- En conséquence, je n'ai pas de lien ni de conflit d'intérêt.
- Ma déclaration publique et complète de liens d'intérêts est consultable sur le site de la HAS et sur celui du FORMINDEP.

DPI



Journée des LISP 2016

- 2005: premiers LISP dans les hôpitaux de l'APHP. Objectif affiché: 120 LISP répartis sur 12 GH ou 37 hôpitaux.
- 2006: **recommandations** d'un groupe de travail (attribution, moyens minimaux à mettre en place, mode de fonctionnement)
- 2007: **questionnaire d'auto-évaluation** des structures hébergeant des LISP, travail commun de la direction de l'AP-HP et de la collégiale.
- 2008: circulaire du 25 mars 2008
- 2012: premières recommandations de la SFAP
- 2015: rédaction d'un embryon de **cahier des charges** par la Collégiale des médecins de SP AP-HP. 180 LISP présents sur l'AP-HP.

Bref historique



Journée des LISP 2016

L'organisation médicale et soignante de la prise en charge

Des critères médicaux ont-ils été formalisés pour l'admission en LISP	A = oui, des critères ont été définis et sont appliqués	B = des critères ont été définis, mais ne sont pas appliqués	C = une réflexion est en cours dans le service (ou pôle)	D = non, pas de critères spécifiques LISP	Commentaire
Il existe un projet de soins individualisé pour chaque patient relevant de soins palliatifs	A = pour chaque patient	B = oui pour la plupart des patients	C = oui, parfois	D = non	Commentaire :
Les thérapeutiques sont évaluées régulièrement et les choix sont discutés en réunion pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle	A = réunions hebdomadaires de discussion	B = ces réunions existent, mais leur fréquence est irrégulière	C = réunions non organisées, mais possibles au cas par cas	D = pas de réunion de discussion des dossiers	Commentaire :
Il existe dans le service une procédure pour informer le patient sur ses droits.	A = oui		C = réflexion en cours dans le service sur ce sujet.	D = non	Commentaire :
Le patient peut désigner une personne de confiance	A = les modalités de recueil sont définies dans le service et la traçabilité est assurée dans le dossier patient	B = les modalités de recueil sont définies dans le service, mais la traçabilité dans le dossier patient n'est pas assurée	C = réflexion en cours dans le service sur ce sujet.	D = les modalités de recueil ne sont pas définies et la traçabilité n'est pas assurée	Commentaire :
Les directives anticipées peuvent être recueillies auprès des patients	A = les modalités de recueil sont définies dans le service et la traçabilité est assurée dans le dossier patient	B = les modalités de recueil sont définies dans le service, mais la traçabilité dans le dossier patient n'est pas assurée	C = réflexion en cours dans le service sur ce sujet.	D = les modalités de recueil ne sont pas définies dans le service et la traçabilité n'est pas assurée	Commentaire :

Exemple de l'auto-évaluation



Journée des LISP 2016

Résultats de l'auto-évaluation

Nombre de réponses A ou B obtenues :

Les principales difficultés que vous avez identifiées (a priori les réponses D indiquent des points non conformes au référentiel d'organisation des soins relatif aux LISP)

Suites à donner

Les actions qu'il vous paraît réaliste de retenir dans le pôle (service) pour améliorer le fonctionnement des LISP :

Dans cette démarche collective d'amélioration du fonctionnement des LISP, y a-t-il des points sur lesquels vous souhaiteriez une action en central (siège, CLUD-SP) ? Ce pourrait être, par exemple, l'organisation d'échanges d'expériences entre équipes, une réflexion sur les critères médicaux (cliniques, biologiques) ou bien sur la formation ou bien sur les droits du patient, etc.

Merci d'adresser une copie de cette grille une fois renseignée au secrétariat du CLUD-SP central à guillaume.lebreton@sap.aphp.fr , tel : 01 40 27 32 35



- **Recommandations:**
 - Une mise en place très hétérogène des LISP les a fait passer au second plan
 - Pas utilisées par les services, mal connues des équipes mobiles
- **Auto-évaluation:**
 - Réalisation annuelle très hétérogène, dépendante de la place de l'EMSP
 - Conclusions peu représentatives

Bilan de ces années



- Exposition des problématiques et proposition de la démarche à la CME
 - Nécessité d'une homogénéisation des pratiques
 - Nécessité d'éviter certaines dérives et d'un encadrement éthique
 - Nécessité de valorisation financière des SP
- Rédaction d'une proposition de cahier des charges pour la bonne pratique des LISP
- Proposition aux représentants des autres spécialités (hébergeant des LISP)
- Validation de la démarche et des documents par l'AP-HP

Une démarche en quatre temps



Journée des LISP 2016

- **Fonctionnement**
 - RCP palliatives ?
 - Pièces du dossier patient ?
 - Parcours de soin ?
 - Intensité de soins ?
- **Critères et procédure d'admission**
 - Transfert ou non en réanimation ?
 - Chambre seule, prise en charge pluri-disciplinaire, ...
 - Chimiothérapie « palliative » ?
- **Partenariat avec l'EMSP**
 - Degré d'intégration ?
 - Gestion ou non des LISP ?
- **Partenariat avec le DIM**
 - Procédure spécifique ? (UH spécifiques, etc...)
 - Éviter le codage a posteriori ? Rôle du DIM ?
 - Rédaction des CRH ?
- **Formation des soignants**
 - Désignation de référents
 - Formation minimale exigible pour les référents, pour les soignants ?
 - Plan de formation annuel
 - Soutien de l'équipe
- **Évaluation ou EPP**

Les problématiques identifiées



- Réunions pluridisciplinaires
 - Degré d'obligation ?
 - Définition du projet de soins ?
- Critères d'admission
 - Transfert en réanimation ?
 - Chimiothérapies ?
- Degré d'intégration de l'EMSP
 - Aide à la gestion ?
 - Aide au codage ?

Les accords difficiles...



RECOMMANDATIONS POUR UN CAHIER DES CHARGES LISP COLLEGIALE DES MEDECINS DE SOINS PALLIATIFS DE L'APHP

- 1) **Existence d'une réunion pluridisciplinaire et pluri-professionnelle (RPP)**, incluant l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), permettant une discussion des dossiers des patients atteints de maladie incurable évolutive relevant de soins palliatifs, et potentiellement incluables dans des LISP. Cette réunion doit
 - a. être régulière.
 - b. faire l'objet d'un compte-rendu retranscrit dans Orbis ou dans le dossier du patient.
 - c. conduire à l'établissement d'un projet de soins adapté, comportant entre autres une mention de l'intensité raisonnable de soins, et l'estimation du parcours de soins ultérieur du patient.

- 2) **Etablissement d'une procédure d'admission 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 ; les critères peuvent varier selon les services et les pathologies, laissant aux différentes équipes une latitude dans la gestion de leur fonctionnement propre. Elle reprend au moins les critères suivants :
 - a. Patient atteint de maladie incurable évolutive
 - b. Décision de non-transfert dans un service de réanimation ou de soins intensifs.
 - c. Prise en charge pluridisciplinaire justifiant la mobilisation d'au moins 3 compétences sur les 7 suivantes : assistante sociale, psychologue, équipe douleur, kinésithérapeute, diététique, ergothérapeute, équipe de soins palliatifs.
 - d. Hospitalisation en chambre seule.
 - e. Projet de soins palliatifs exclusifs inscrit dans l'observation médicale (si ce projet comporte une chimiothérapie, celle-ci doit être à visée palliative de contrôle des symptômes, avec surveillance clinique exclusive, après discussion avec l'EMSP), sans préjuger d'une évolution qui peut faire réorienter le projet.



Journée des LISP 2016

1) **Formalisation du partenariat entre le service ayant des LISP et l'EMSP**

L'EMSP doit être sollicitée par le service, elle intervient selon deux modes complémentaires : 1) expertise clinique auprès du patient et de ses proches ; 2) participation aux RPP, autant que possible.

L'EMSP n'a pas vocation à gérer directement les LISP, mais à intervenir régulièrement auprès des patients. Dans ces conditions, un faible nombre d'interventions doit être un signal d'alerte fort.

2) **Formalisation du partenariat entre le service ayant des LISP et le Département d'Information Médicale (DIM), et entre l'EMSP et le DIM.**

Afin d'identifier et faciliter le codage des séjours en LISP, il est recommandé de créer des UH spécifiques LISP dans les services concernés. Ce codage nécessite d'avoir respecté au préalable la procédure d'admission. Les CRH devront signaler une inclusion en LISP (case à cocher) et la date de l'inclusion ou de la RPP. Les internes **et médecins** devront recevoir une courte formation spécifique à la rédaction des CRH : motifs d'hospitalisation et conclusion, avec contexte et terminologie évoquant les soins palliatifs lorsque le terme ne peut être mentionné (soins de confort stricts, limitation ou arrêt de traitement, etc...). L'EMSP et le DIM se transmettent mutuellement un état régulier des patients inclus en LISP ou justifiant du diagnostic (DP ou DAS) de soins palliatifs, permettant ainsi une rectification éventuelle des codages.



Journée des LISP 2016

1) **Etablissement d'un plan de formation pour les soignants** du service concerné.

Le service désigne un référent médical et paramédical pour les LISP ; ces référents organisent le recours à l'EMSP, supervisent les admissions en LISP, réalisent l'interface avec le DIM, organisent la RPP décrite au paragraphe 1, supervisent les pratiques cliniques et la formation de l'équipe soignante. Le référent paramédical peut être le cadre du service. Le service doit leur proposer une formation spécifique (par exemple la formation des référents LISP organisée par l'APHP) et identifier un temps dédié aux missions ci-dessus.

Tous les soignants du service accueillant des LISP doivent recevoir une formation spécifique, qui doit faire l'objet d'un plan de formation annuel.

Le soutien psychologique des professionnels impliqués dans les LISP doit être formalisé (psychologue dédié, EPP, groupe de parole, débriefing de dossiers, etc...).

Pour répondre à l'exigence de qualité de la prise en charge en LISP, le personnel doit être renforcé en nombre (au minimum à la hauteur de 0.3 ETP par lit, prévue par le circulaire du 25 mars 2008).

2) **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). Il pourra conduire à un bilan annuel au niveau AP-HP.



- 2016/2017:
 - Rédaction d'un argumentaire d'accompagnement
 - Proposition aux autres collégiales de l'AP-HP
 - Adaptations éventuelles
 - Prise en compte centrale par l'AP-HP
 - Proposition de diffusion par les collégiales pour prise en compte par les services
 - Possibilité d'adaptations locales selon le terrain

Suite de la démarche



Journée des LISP 2016

- Constat d'insuffisance d'une démarche pro-active, mais limitée aux seuls acteurs de soins palliatifs
- Constat d'un développement hétérogène
- Nécessité d'impliquer tous les acteurs
- À partir de propositions consensuelles dans le monde des soins palliatifs
- Mais adaptables en fonction des conditions locales: spécialité, recrutement, place et moyens de l'EMSP, etc...

Conclusion