



DE TOUT A RIEN , DES « VRAIS LISP »
AUX « FAUX LISP »
QUELLES MISSIONS POUR LES
REFERENTS?

PRESENTATEURS :

Dr A.PAROT-MONPETIT

Mme K.LE GALLOU

HOPITAL PRIVE OCEANE , VANNES



Circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

- Gradation des prises en charge : - les LISP constituent le 2^{ème} niveau de prise en charge
 - la **responsabilité** de la DP repose sur la désignation d'un référent de SP , en lien avec les dispositifs spécialisés
- Annexe 1- Référentiel d'organisation des Lits Identifiés, **Rôle du référent** :
« **Un référent « soins palliatifs » médecin et un référent soignant sont identifiés dans le service concerné.** Ils ont un rôle particulier en matière de coordination et sont chargés... »
 - collégialité
 - partenariat (autres médecins, S Support, SP)
 - accompagnement
- Moyens de fonctionnement, **formation et compétences** des personnels :
 - expérience pratique(USP ou EMSP) + formation continue + **diplôme universitaire**



LES REFERENTS LISP: LES OUBLIES

- Fiches de poste de la SFAP: « oubli » des référents LISP : difficultés à les définir? rôle mineur des LISP dans le paysage palliatif?
- Entretiens «Portraits » de l'infirmière et de médecin en SP (lettres du CNDP du 16/05/2014 et 10/02/2015):
Référents LISP non cités
- Le référent soignant infirmier LISP ne figure pas dans la fiche de poste IDE en SP du Manuel de soins palliatifs
- LISP refusés comme lieux de stage pour les internes du DESC concerné
- Validation du GHM 23Z02Z (contrôle CNAMTS):
présence dans le service d'un médecin ou IDE formé
aux SP NON EXIGEE



TYPOLOGIE DES LISP: 4 types*

- « **faux LISP** » : non respect des attendus de la Circulaire de 2008 (contrôles)
- « **vrais LISP** », 2 modèles: moyens dédiés à tout le service OU moyens dédiés aux LISP (binôme soignant tournant ou binôme fixe « expert »)
- mini-USP
- LISP transformés en « équipe mobile de renfort »
- ➔ Contexte # selon arbitrages locaux (services peu sensibilisés à la DP- services sensibilisés sans DP- services avec culture et DP associées ou intégrées) et organisation territoriale
- ➔ **Temps soignant supplémentaire reconnu par la T2A** ➔ personnel dédié aux LISP ➔ accompagnement
- L'analyse organisationnelle des LISP doit rendre compte de ce temps

**Rapport d'étude DGOS 2013, cabinet Plein Sens: Evaluation de la contribution des EMSP et LISP à la diffusion de la culture palliative*



QUI SONT CES REFERENTS?

- 3 sens généraux : détenteur d'information, médiateur, porte-parole
- Problèmes : - dénomination: nommés, identifiés, désignés? Par qui?
 - quel temps dédié dans le service et dans la fonction?
- Pas juste un nom devant une fonction:
volontariat, motivation



EXEMPLE D'UN BINOME médecin-IDE

- Qualités du binôme « expert »
 - **duo professionnel** → culture palliative commune et formation identique
 - **3C** : Confiance(complicité-cohésion), Collaboration et Complémentarité
 - **3R** : Respect, Reconnaissance et Responsabilité
- Autres binômes: soignant-soignant; médecin-cadre...
→ LANGAGE COMMUN(formation)



SPECIFICITES DE L'EXERCICE EN LISP ET BI-APPARTENANCE : PLACE

- **Place différente auprès des patients et des familles:** position d'interface, gérer la transition(curatif/palliatif)
 - Proximité +forte/EMSP : accompagnement au quotidien, disponibilité
 - Continuité patients-équipe soignante-famille
 - Rapport au temps différent : temps particulier de l'annonce du « passage » en SP
 - Identification précoce
 - ➔ impacts multiples(cf travaux de J.TEMEL)
 - ➔ Anticipation des problèmes
 - Ne pas apparaitre comme « des spécialistes de la fin de vie »



- **Place différente auprès des équipes de soins et/ou de support : Référents = soignants du service**
 - Compagnonnage au quotidien
 - Agir autrement
 - Se substituer
 - Gérer les épisodes aigus
 - Gérer la transition, le changement d'objectifs de soins
 - « organiser » la fin de vie dans un service de soins
 - Quand culture palliative bien intégrée :
INTERDISCIPLINARITE FLUIDE (Maité Castaing)



- **Place différente pour le médecin/confrères** : moins de clivage curatif/palliatif
 - innover de nouveaux modes de collaboration (Cs, visites conjointes, RCP onco-palliatives, ...)
 - expliquer, faire respecter ses prescriptions et inversement



- **Place différente pour l'infirmière/autres professionnels**
 - Un réel défi au départ/résistances, remise en question, pas de certitudes
 - Se faire confiance, investir sa place, être reconnu par ses pairs
 - Rôle privilégié : du temps et prise de recul
 - Travail collectif, Transmettre, susciter un questionnement éthique
 - Enrichissement personnel et professionnel : constante évolution
- **Place différente pour l'administration** : rôle de supervision (dépend de la structure)
 - Tracer « la transition » pour la tarification et les contrôles: chronophage +++
 - T2A → temps supplémentaire pour les soins d'accompagnement et la traçabilité



MISSIONS COMMUNES AUX 2 REFERENTS (médical et soignant)

- Faire acquérir des savoirs cliniques et techniques : formation
- Faire assimiler à toute équipe de soins les savoirs empathiques et organisationnels
 - Savoirs empathiques : prédisposition
 - Savoirs organisationnels : modifier sensiblement le fonctionnement classique du service, engagement individuel
- Gérer les conflits éthiques
- Mettre en communication équipes de soins de support et équipes de soins
- Tâches administratives = rôle « contrôleur »
- Informer patients et proches : organisation, structures ressources (documents, site internet, livret d'accueil, ...)



RECOMMANDATIONS AUX REFERENTS

- Savoir expliquer ce que sont les LISP (Annexe 1)
- Ne pas oublier les étapes habituelles de la démarche de projet
- Se rappeler que tous les soignants n'adhèrent pas forcément, ni à la même vitesse à la démarche palliative
- Attention aux confusions des rôles
- Se préparer à rencontrer des résistances
- Ne pas perdre son identité et renoncer à certains aspects structurants des SP
- Se préparer à ce que cela demande du temps et une charge de travail importante



CONCLUSION

- **Diversité des contextes** → diversité des organisations : pas de recettes! Savoir composer entre idéal et réalité!
- **IMPERATIF DE RESPECTER LA CIRCULAIRE DE 2008** et les pré-requis pour la DP dans un service:
 - **Référents** (médecin et soignant) → volontariat
 - Missions de **coordination et d'organisation** (collégialité, processus décisionnel, temps dédié, partenariats)
 - **Formation universitaire**
- **Spécificités de l'exercice en LISP:**
 - PLACE: Bi – appartenance → Gérer la transition,
 - MOYENS: Temps dédié clairement identifié,
- Fiches de poste de « personnel LISP » et/ou fiches de poste « Référents LISP » → La discussion est ouverte



Annexe 1 - COMMENT EXPLIQUER CE QUE SONT LES LISP AUX PATIENTS, AUX FAMILLES ET AUX SOIGNANTS?

- Les LISP ne sont ni une USP, ni un service de soins palliatifs
- Pas seulement la fin de vie
- Plus value dans un service pour les patients en soins palliatifs
- Soins de support?* → risque de confusion
- Soins de confort? → PEC douleur + symptômes
- Les soins palliatifs sont des **soins d'accompagnement pour répondre aux besoins**
- Parler des SP dans le respect de ce que peut entendre la personne : souci d'ordre éthique (honnêteté)
- Difficulté de mettre des mots sur le non-guérir et de parler du mourir

**Circulaire n°DHOS.SDO/2005/101 du 22/02/2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie*



- Membres du groupe de travail :
Branche Gilles
Brette Marie- Dominique
Chrétien Jacques
Le Gallou Karine
Parot-Monpetit Anny
Zikovic Lylyana