



4ème journée d'information et de réflexions sur les LISP

# Historique et problématiques des LISP

Ou ... comment à partir d'un dispositif mis en place depuis 2004  
par la DHOS, la méconnaissance des textes réglementaires conduit  
à une difficulté à améliorer l'offre de soins

# Une offre de soins pertinente .

- Dès 2002 , émerge la réflexion d'une « démarche palliative » concernant tous les secteurs et tous les acteurs .
- La représentation des « Soins Palliatifs » ne se résume pas, ni à une filière , ni à un seul mode d'accès . Le concept des lits identifiés permettant d'accueillir et de mieux soigner des patients relevant de soins palliatifs est né .( Circ.DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-98 du 19 février 2002 )

# La DHOS définit le cadre aux ARS

- Circ.n°DHOS/02/2004/290 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés.
- Les membres du Comité du suivi du plan national de développement des soins palliatifs 2002-2005 sont les « fers de lance »
- La SFAP créée en 2005 au sein du Pôle de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement , le groupe de travail des LISP et précise le cahier des charges.
- Aude Le Divenah est invitée en tant qu'expert . DHOS

# La définition du « séjour soins palliatifs » ... conditionne les moyens !

IGAS, Rapport N° RM2012-157P

- *Du point de vue de l'assurance maladie , pour que le codage soins palliatifs soit légitime , il faut :*
- *-un pronostic vital engagé*
- *-une prise en charge multidisciplinaire*
- *- mobiliser au mois trois soins de support :  
soulagement de la douleur, de la souffrance psychique,  
soins de nursing, traitement des autres symptômes,  
prise en charge nutritionnelle, de kinésithérapie,  
sociale.*

# Autorisation, contractualisation, traçabilité, valorisation.

En MCO, création d'une UF, valorisation d'environ 20% du séjour par rapport à un séjour dans une unité sans LISP.

- En SSR , tout change à partir de 2017 par une **dotation modulable à l'activité** permettant une valorisation de 10%.

DP soins palliatifs  
DA de gravité  
Mobilisation de 3  
soins de support

Mr M né en 1942  
DP / soins Palliatifs  
DR cancer pancréas  
DA dénutrition,  
ascite , anémie.

# Des ressources humaines indispensables

- Charge en soins importante
- Mobilisation des acteurs EMSP, Réseaux ... ?
- Coordination pour des séjours de répit (RPP) , retour à domicile, ou réorientaion ... en EHPAD
- Patients de plus en plus âgées et complexes sur le plan médical.
- Sans personnel renforcé et identification de référent en SP , que penser du concept d'origine qui prévoyait un plan de soin personnalisé, minimum un 0,3 ETP soignant par patient ...?
- Comment envisager la mobilisation de professionnels ( psycho par exemple ) participer à des RPP, procédures collégiales?

Et pourtant , il existe de belles initiatives , au regard même des recos!

Nouvelle loi sur la fin de vie, nouveaux droits

Application de la procédure collégiale : Pratiques Cliniques en Service de Soins

*Antibes, 13/10/2017*

Dr Y. Duval  
Chef du Service de Pneumologie CH Cannes  
E. Lacave  
IDE Service de Pneumologie CH Cannes

# Dynamique institutionnelle, mise en place de deux LISP , en Pneumologie ...

Dr Y . DUVAL , chef de service de Pneumologie du Centre Hospitalier de Cannes, Mme E Lacave , IDE référente.

Service de pneumologie du C.H. de Cannes: 28 lits, 2 LISP ouverts en 2015 (2 autres lits en spécialité chirurgicale)

Activité de maladies respiratoires (insuffisance respiratoire chronique obstructive, restrictive) et oncologie thoracique

En 2016: 156 patients codés soins palliatifs, 202 séjours;  
âge moyen 73,5 ans; DMS 11 jours; diagnostics associés: 9

411 patients codés soins palliatifs sur l'établissement, 467 séjours;  
(112 patients en DP); en 2013: < 200 patients





# Mise en place des Réunions de Concertation Hospitalière (RCH)

- Hebdomadaires, au sein du service
- IDE-AS- médecin de chaque secteur, EMSP, psychologue, kiné, assistante sociale, diététicienne, cadre de santé (**feuille de présence**)
- Partage de compétences et réflexion autour d'une prise en charge
  
- **Identification du patient relevant des soins palliatifs**
- Fiche d'inclusion: relevé des critères et tracé d'information (codage)
- Puis fiche de suivi

# 2017 , 2018 ... perspectives

- Gageons que soit retenu les travaux du groupe des LISP !
- La validation par la SFAP de la grille d'évaluation des LISP en juillet 2017 , et proposée aux ARS , à la veille de la clôture du Nouveau plan de développement des Soins Palliatifs et de l'accompagnement 2015-2018 , met en exergue la nécessité d'évaluer « les LISP » et de statuer sur de nouvelles autorisations.

maladie chronique ,  
mobilisant des budgets  
de plus en plus  
importants... alors  
comment répondre aux  
besoins ?

25 % DE LA  
POPULAION  
CONCERNE LES  
PERSONNES AGEES

Les trois quarts des personnes  
âgées qui finissent leur vie en  
EHPAD n'ont pas choisi d'y vivre :  
leur entrée en institution  
s'explique d'abord par l'impc  
de rester à domicile.

Moins de 15% des maisons  
retraite disposent d'une infir  
la nuit. Si c'était le cas de to  
EHPAD, cela permettrait  
d'éviter 18 000 hospitalisatic  
de vie par an.

Contrairement à une idée reçue, le  
vieillessement a un impact limité sur  
les dépenses de santé.



Problématiques : faut-il  
changer de paradigme?

- Le concept des LISP répond à la réalité des services confrontés à une forte mortalité : pis, les MCO et les SSR , les USLD, les EHPAD doivent prendre en charge des patients en situation complexe
- La « fin de vie digne et apaisée » ne s'entend pas en terme de T2A , DMS comme pour d'autres pathologies.
- Soins de support et soins palliatifs : quelle frontière aux regards des patients bénéficiant d'une thérapie ciblée ou immunothérapie, dans le cadre d'une rechute ,d'une chimiorésistance : quel codage ????
- Ils doivent s'inscrire dans l'offre de soins et s'ouvrir à l'accueil de tout patient requérant des soins palliatifs en terme de séjour de répit ou de fin de vie, mobilisant des moyens adaptés.