



10

E CONGRÈS NATIONAL  
DES RÉSEAUX  
DE CANCÉROLOGIE

3 & 4 octobre 2019 ■ Le Couvent des Jacobins, Rennes

## Démarche palliative précoce

# 10 ans d'expérience en lits identifiés soins palliatifs

*Dr A.Parot monpetit\*, Mme C.Noblanc\*\*, Mme K.Le gallou\*\*, Mme V. Le Bot\*\*, Mme F. Gaillardon\*\*, Mme C.Guillot\*\**

*Auteurs qui présentent : Mme K.Le gallou, Mme V.Le Bot, IDE LISP*

*\*Centre d'Oncologie St YVES, Vannes*

*\*\*Hôpital Privé Océane, Vannes*



AUCUN CONFLIT D'INTERET EN RAPPORT AVEC CETTE PRESENTATION



## Introduction

### Constats actuels:

- SPALL précoces+thérapies = qualité de vie + survie augmentées + continuité des soins
- SPALL précoces= continuité des soins et des soignants à l'arrêt ou pause des thérapies

(J.TEMEL, C.ZIMMERMAN,M.BAKITAS)

- Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP)**= spécificité française, graduation des SP, démarche palliative
- Organisation définie dans la Circulaire de 2008\*
- Reconnaissance par tutelles, Tarification spécifique avec majoration/lit standard(T2A)
- Services de soins non dédiés aux SP mais avec une forte activité palliative(ex: services de cancérologie ), à différencier des soins de support, continuum des soins

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



## BUT ET CONTEXTE

**BUT:** EVALUER OBJECTIVEMENT LA PLUS –VALUE DES LISP dans un service d'oncologie intégrant précocement la démarche palliative à la démarche oncologique: état des lieux à 10 ans

Organisation des LISP : respect des critères exigés dans la circulaire de 2008 , et respect de la grille CNAMTS-SFAP pour le groupage en lits identifiés .

- Hôpital Privé Océane(HPO):Service de médecine à orientation onco-pneumologique de 48 lits avec 8 LISP reconnus en septembre 2008
- Centre d' oncologie ST YVES(CSY) : Médecins oncologues médicaux et radiothérapeutes + médecin d'hospitalisation formé aux SPALL
  - Projet de service LISP (réunions interdisciplinaires hebdo + formations internes + soutien des soignants)
  - IDE référentes formées en SPALL travaillant en binôme avec médecin SPALL
  - Critères d'admission dans l'UF "LISP" : IK  $\leq$  50% + Dc de cancer incurable. Evaluation initiale par le médecin d'hospitalisation.
  - Équipe soignante d'oncologie formée et renforcée(+ 0.3 ETP/LIT) + soins de support(soins dit de base + autres)+ bénévoles
  - Visites quotidiennes du médecin d'hospitalisation et CV par oncologues
  - Temps dédié d'accompagnement pour IDE et médecin réf LISP (patients + proches)
  - Réunion pluridisciplinaire pluri professionnelle= RPP( « STAFF ») hebdo
  - Réunions éthiques trimestrielles
  - Evaluations régulières activité et fonctionnement (/3 mois et synthèse annuelle) en coopération avec le DIM
  - HAD Pays de VANNES (rattachée à HPO), PTA, USP à 41 kms( Malestroit), EMSP non accessible(CHBA), autres établissements avec des LISP.



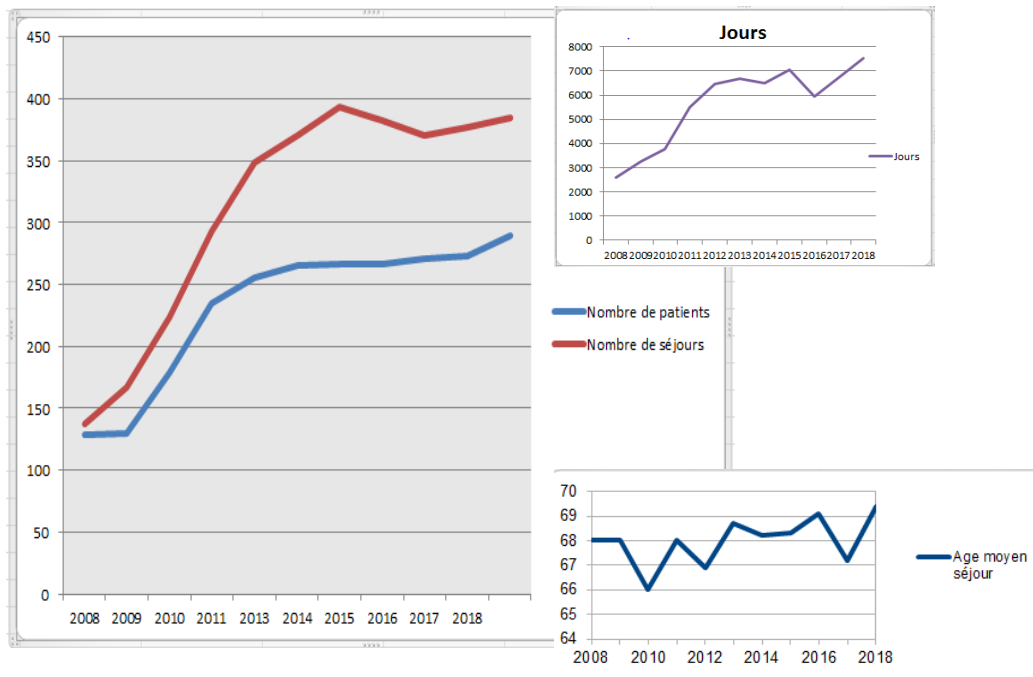
## METHODES

### Auto-évaluation selon 2 méthodes

- Quantitative: -Indicateurs de suivi de la Circulaire de 2008
  - Nbre de plaintes et réclamations reçues par la direction
  - Nbre d'heures accompagnement des proches par IDE LISP
- Qualitative sous forme d'EPP: Analyse de 30 dossiers (10 dossiers sur 2010, 2014, 2018) avec recherche des éléments de la grille de repérage CNAMTS-SFAP (2010): diagnostic médical d'incurabilité et traçabilité d'une réflexion sur le recentrage des efforts de soins (RCP, RPP); évaluation et suivi régulier par l'équipe soignante , traçabilité des besoins et traçabilité en soins de support ( douleur, PEC psycho, sociale, nutrition, rééducation physique)
  - Dossiers tirés au sort excluant les séjours se terminant par un décès
  - Recherche notion refus par le patient de l'utilisation de ses données médicales à des fins scientifiques
  - Etude validée par la direction de la qualité et de la gestion des risques de l'HPO



### Les indicateurs: L'activité



→Augmentation significative (+130%) du nombre de patients (129 patients en 2008, 289 en 2018) et de séjours (137 séjours en 2008 à 385 en 2018). Le nombre de PEC a doublé de 2009 à 2014 puis progression plus ralentie (effet de saturation).

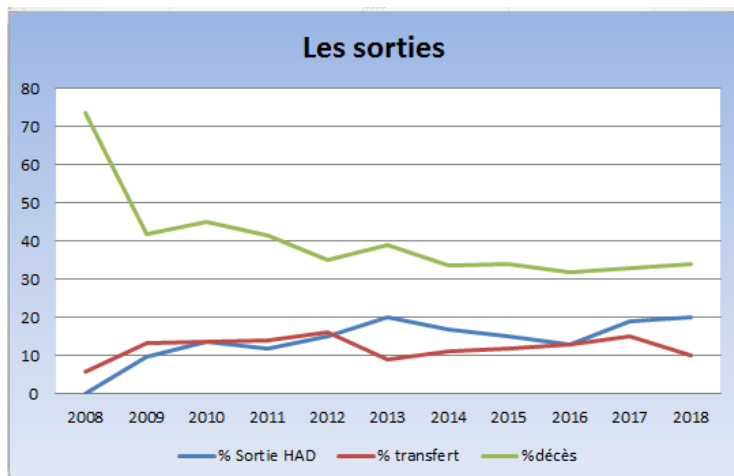
→Augmentation du nombre de jours d'hospitalisation.

→Age moyen des patients en légère augmentation depuis 2008. Moyenne d'âge de 68 ans.

→DMS stable à 18 jours



## Les indicateurs: Les sorties



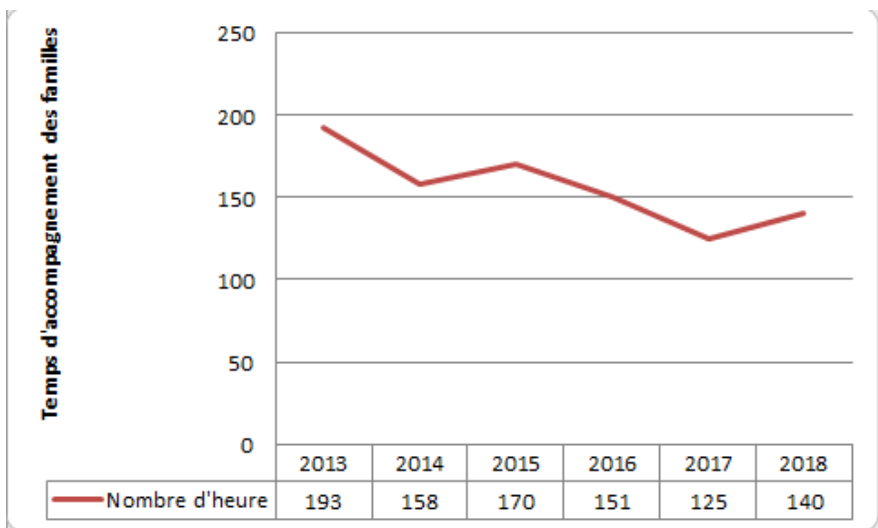
→Augmentation du nombre de sorties en HAD (0 à 20%)

→Stabilité des transferts.

→Diminution des décès (33% vs 73% avant les LISP)



## Les indicateurs: Le temps d'accompagnement des familles



→ Suivi du temps d'accompagnement des familles par les IDE LISP de 2013 à 2018

→ Diminution liée à une meilleure collaboration avec l'assistante sociale. Déplacement des entretiens avec les familles vers l'assistante sociale.

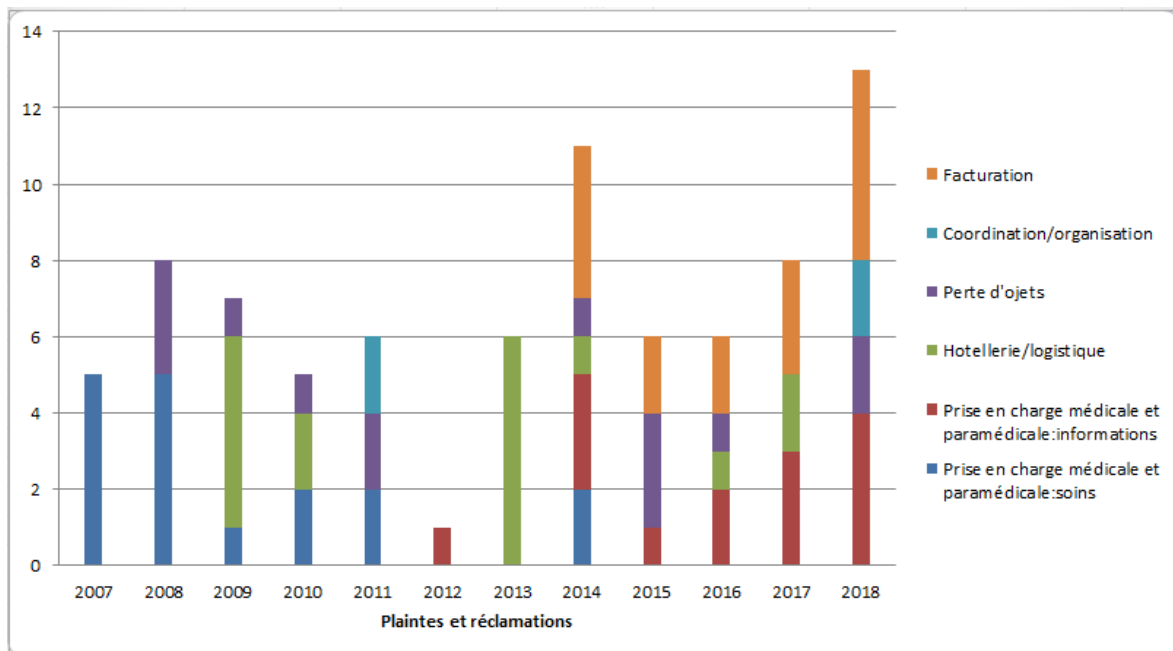
→ Augmentation du temps de l'assistante sociale.

→ Complexité croissante des situations: accroissement de l'âge des patients nécessitant des placements en EHPAD, problématiques spécifiques des patients jeunes, augmentation des tumeurs cérébrales primitives....





## Les indicateurs: Les plaintes et réclamations



→ Diminution des plaintes rapportées aux soins (meilleure formation du personnel soignants, médecin d'hospitalisation formée pour le développement de la démarche palliative)

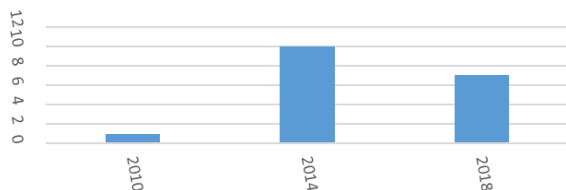
→ Besoin croissant en information

→ Augmentation des problèmes de facturation



## Analyse: Dossier patient

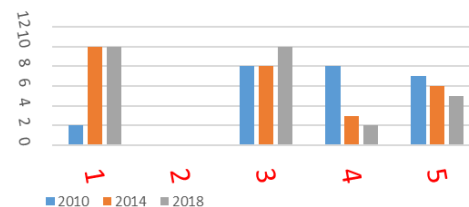
Retrouve t-on une fiche RCP  
dans le dossier du patient?



-L'ensemble des RCP sont intégrés dans le DPI au cours de l'hospitalisation.  
7 RCP en 2008: défaut de transfert des documents dans le DPI ou RCP effectué après la sortie du patient.

- 1 Retrouve t-on la fiche RPP dans le dossier patient?
- 2 Retrouve t-on au moins 1 intervention de l'Equipe Mobile Soins Palliatifs durant le séjour du patient ?
- 3 Retrouve t-on une observation médicale quotidienne?
- 4 Retrouve t-on une transmission paramédicale quotidienne (IDE LISP, IDE, AS) quotidienne?
- 5 Au cours de l'hospitalisation, retrouve t-on la traçabilité d'au moins un entretien médical ou paramédical avec la famille ou des proches du patient?

### DOSSIER PATIENT





## Analyse: Prise en charge de la douleur

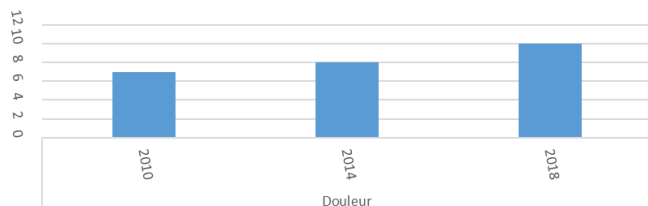
Amélioration de la PEC de la douleur:

L'exigence des tutelles, les DU douleurs obtenus par les soignants du service, les formations, le compagnonnage ainsi que l'informatisation ont permis d'améliorer la traçabilité et la prise en charge de la douleur.

### Les soins de support:

- Besoins évalués et tracés
- Coordination par les IDE SP, meilleure adéquation aux besoins avec augmentation des soins de support de base et élargissement de l'offre.

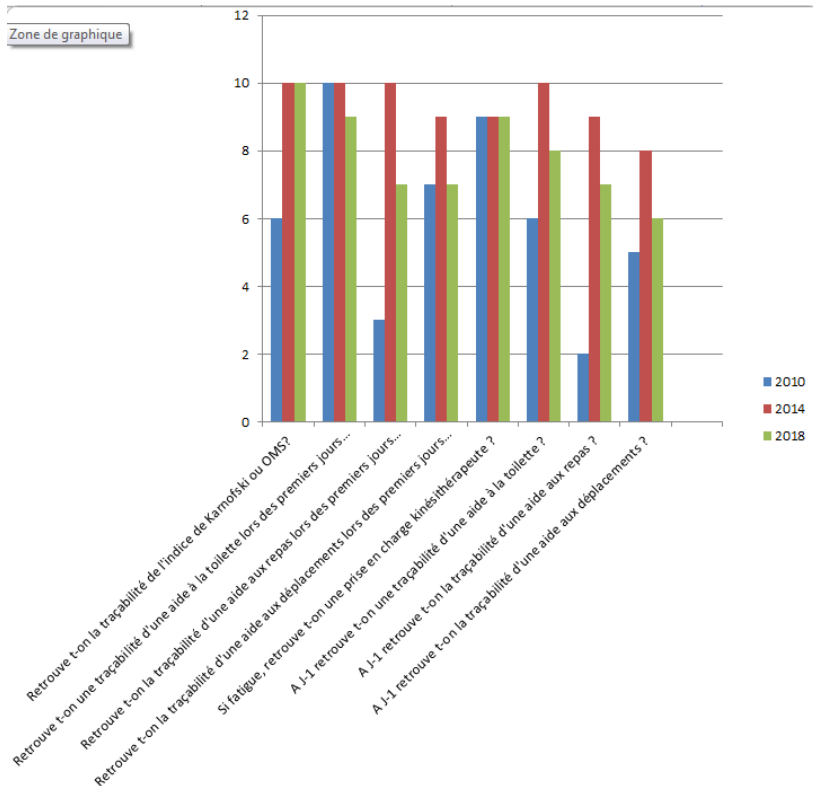
Retrouve t-on au moins une évaluation de la douleur par jour?



### Les différents soins de support proposés:

- Kinésithérapeute
- Diététicienne
- Psychologue
- Assistante sociale
- Sophrologue
- Modelage aux pierres chaudes
- Harpe thérapie
- Socio-esthéticienne
- Réflexologie plantaire
- Acupuncture

# Démarche palliative précoce 10 ans d'expérience en lits identifiés soins palliatifs



## Analyse: Prise en charge de la fatigue

Indice de Karnofski: Critère d'inclusion des patients en soins palliatifs.

En 2010: défaut de traçabilité (médecin LISP non remplacé lors de ses absences)

Soins mieux tracés dans les dossiers jusqu'à la sortie.

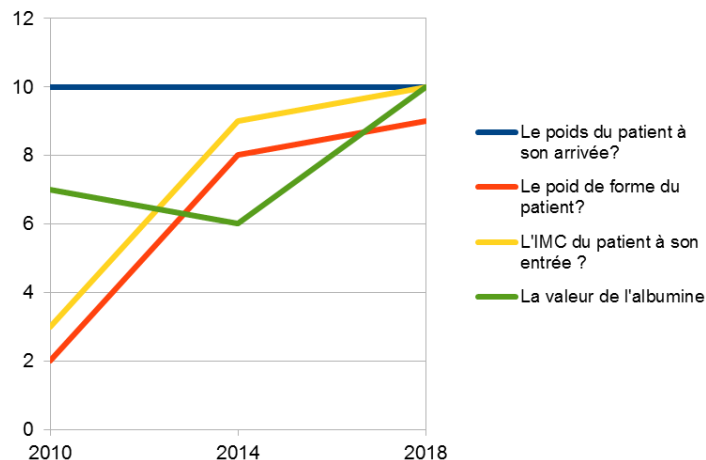
Culture palliative mieux développée.

Formations et accompagnement.

Influence des certifications en 2014 et 2018.



## Analyse: Prise en charge nutritionnelle



### Amélioration des PEC:

- Importance de la prise en charge nutritionnelle en oncologie. Développement de pratiques médicales (ex: gastrostomie)
- Présence d'une diététicienne au quotidien et d'un médecin nutritionniste deux fois/semaine..
- Culture palliative, compagnonnage, formation.
- Existence d'un CLAN dans l'établissement.

### A chaque entrée:

- Albumine.
- Poids du patient (+ suivi 2 fois/semaine au minimum).
- Calcul de l'IMC (Calcul facilité par le DPI)

Prise en charge personnalisée. Menus réadaptés par les soignants du service (AS) et par la diététicienne.



## DISCUSSION

### 1- Activité

Le bilan fait à 10 ans confirme celui réalisé à 2 ans \*

- HPO bien doté en nombre de LISP sur le territoire (8/26 LISP)[Morbihan= 52 LISP, Bretagne= 226 LISP ( sources CARESP 2018),France = 5226 LISP(ATIH 2015)], « vrais LISP »(Rapport d'étude Plein Sens- DGOS 2013)
- Volume d'activité: augmentation importante des PEC en 10 ans (+ 130%de séjours) : identification précoce des patients dès l'ADMISSION par l'équipe (délai RPP de 4 à 5 J ) + augmentation durée phases palliatives + sensibilisation de TOUTES LES EQUIPES + arrivée de nouveaux oncologues, forte prévalence de cancers en Bretagne et dans le Morbihan\*\*; pas de sous – utilisation de notre capacité en LISP, PEC palliatives clairement identifiables → optimisation du codage ; demande extension à 20 LISP en 2011, activité de 20 LISP validée en CPOM sans reconnaissance de LISP supplémentaires
- Age des patients: stable, sup à 65 ans (\*\*cancer touche p. âgées, augmentation nbre de cas )
- DMS : reste élevée = 19 j(13,3j ATIH 2015) et stable alors que nbre PEC HAD augmente: manque disponibilité lits aval (+ difficile de transférer dès qu'on mentionne SPALL, pas de LISP, variabilité selon lieu géo demandé), modèle sociétal modifié, PEC + complexes avec symptômes instables , binôme médecin- IDE expert en SPALL, croissance du volume d'activité, USP peu sollicitée(cas complexes)
- Mortalité: 33%/ 73% avant les LISP ( 66% USP) .Stable depuis 2012. PEC non réduites aux fins de vie, rôle+++ de l'évaluation et de la traçabilité, meilleur contrôle des symptômes. Développement de l'HAD. Discussions précoces/devenir(disponibilité équipe LISP)
- Satisfaction : diminution plaintes rapportées aux soins , surtout des besoins en informations (disponibilité médicale et paramédicale)

**Stabilité médicale et managériale. Continuité des projets en SP de l'HPO et du Centre Saint-Yves.**

\*Parot-Monpetit A. Lits identifiés soins palliatifs: une expérience bretonne en MCO. Med Pall.2012;11: 199- 204

\*\*sources\* INCA, Réseau ONCO Bretagne, ARS Bretagne



## DISCUSSION

### 2- Analyse des dossiers

Les bons résultats de cet EPP sont probablement à rechercher dans notre organisation des LISP.

- Précocité de la réunion pluri professionnelle (RPP) et de la connaissance du parcours de soins du patient, repérage par l'équipe soignante (où il en est de sa maladie, réflexion sur le risque d'obstination déraisonnable)
- Augmentation de la qualité des soins (PEC symptômes, développement SOS, traçabilité DP avec RPP à 4-5 J)
- Bonne utilisation des ressources allouées aux LISP : Augmentation significative des moyens (SOS)
- Augmentation besoins accompagnement social (évolution socio démographique)
- Effets de l'informatisation(+ ET -)→ Renforcer culture traçabilité



## LIMITES – CONCLUSION- PERSPECTIVES

-Etude rétrospective, mono centrique , chronophage (auto-évaluation annuelle-Evaluation par ARS Bretagne-CARESP en 2013 et 2018)

### -Problème du choix des critères d'évaluation :

→ **Critères quantitatifs d'évaluation(DIM)** : exigences de la circulaire 2008 cohérence /précocité des PEC, DMS non contributive ,satisfaction des patients/familles et heures d'accompagnement des proches;

→**Critères qualitatifs (dossiers):** grille de lecture CNAMTS-SFAP(2010) + devenir →Choisir les critères de la grille du GT LISP /SFAP 2017?(évaluation qualitative du fonctionnement des LISP)

-Satisfaction des soignants non étudiée: pas de besoin /groupes de parole, Réflexion éthique développée avec temps dédié

-Modèle intégratif oncologie-SPALL du CSY pas reproductible partout, d'autres modèles existent, culture palliative pas évidente, problème de l' identification des patients (scores?)

-Effet positif et négatif de l'informatisation, efforts de traçabilité par les médicaux et paramédicaux.

-Vigilance équipe LISP + cadre /moyens alloués aux LISP(TEMPS SOIGNANT DEDIE) /nbre de séjours (sur financement pour les LISP), coopération avec le DIM, continuité du projet palliatif.

### → **Efficience des LISP bien utilisés = leviers pour une approche des soins palliatifs précoce et efficace(rôle +++ des référents formés)**

-Quels enjeux éthiques pour les LISP? car risque « inflation » de LISP/phase pall allongée /nx traitements du cancer : sélection des patients? quels professionnels?( équipes de spécialité formées à l'approche palliative ou /et professionnels des soins palliatifs spécialisés?)

-Développement HDJOUR

-Coopération territoriale à renforcer(SSR, EMSP)





10<sup>E</sup> CONGRÈS NATIONAL  
DES RÉSEAUX  
DE CANCÉROLOGIE

3 & 4 octobre 2019 ■ Le Couvent des Jacobins, Rennes

*Merci pour votre attention!*



**10<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL  
DES RÉSEAUX  
DE CANCÉROLOGIE**

3 & 4 octobre 2019 ■ Le Couvent des Jacobins, Rennes